

Datos del Tomador

Nombre y Apellidos / Razón Social _____ NIF / NIE / CIF _____

Domicilio _____ C.P. _____ Población _____

Fecha nacimiento _____ Sexo _____ Teléfono _____ e-mail _____

Datos del Asegurado (sólo si es distinto al Tomador)

Nombre y Apellidos _____ NIF / NIE _____

Domicilio _____ C.P. _____ Población _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Teléfono _____ e-mail _____

Es Fumador: _____ Ha fallecido alguno de sus progenitores antes de los 65 años de enfermedad: _____

Otros datos

Profesión

Hijos menores de 18 años: SI NO Altura cm _____ Peso Kg _____

Realiza deportes/actividades de riesgo: SI NO ¿Cuáles?

Garantías

Capital asegurado (€):

Seleccione las garantías que desea contratar:

- Fallecimiento por cualquier causa
- Incapacidad Absoluta y Permanente (para toda profesión)
- Incapacidad Profesional (para la profesión habitual)
- Fallecimiento y/o Incapacidad por accidente (doble capital)
- Fallecimiento y/o Incapacidad por accidente de circulación (triple capital)

La contratación queda supeditada al cumplimiento de las condiciones de suscripción de la Compañía Aseguradora. Deberá cumplimentarse la correspondiente Solicitud de Seguro, adjuntar fotocopia del DNI, y superar la Declaración de Salud, o tele suscripción de riesgos y/o revisión médica previa, según la política de suscripción de la Aseguradora que en cada caso corresponda.

FIRMA (Autorizo a ERSM a realizar propuesta de seguro)

FECHA