

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Tomador del Seguro			CIF
Domicilio			
C.Postal	Población		Provincia
Teléfono	Página Web		
<u>Persona de Contacto</u>		Teléfono	Móvil
E-mail		Cargo en la Empresa	

ACTIVIDAD DEL COLECTIVO A ASEGURAR

Descripción Actividad

COLECTIVOS Y COBERTURAS POR ACCIDENTE

Colectivo

Nº de Asegurados

Garantías Contratadas

Suma Asegurada

Accidente Circulación

Enfermedad Profesional

Muerte 24 Horas

Muerte por Infarto de Miocardio

Muerte por Agresión

Incapacidad Permanente
Parcial 24 Horas

Incapacidad Permanente 24
Horas

Incapacidad Permanente
Total 24 Horas

Incapacidad Permanente
Absoluta 24 Horas

Gran Invalidez 24 Horas

Garantías Contratadas

Suma Asegurada

Orfandad

Gastos de Tramitación y sepelio

Asistencia Sanitaria Libre Elección
24 Horas

Indemnización Diaria por Invalidez
Temporal 24 Horas

Indemnización diaria por
Hospitalización 24 Horas

Gastos de Repatriación por
Fallecimiento en el Extranjero

Gastos de Cirugía Plástica
reparadora, Prótesis, Gafas, Etc.

Operaciones Salvamento o
Búsqueda y Transporte
Accidentado

Asistencia en Viaje

El Tomador del Seguro y/o Asegurado responden de la veracidad de las declaraciones realizadas en este Cuestionario, las cuales sirven de base para determinar el riesgo.

Firmado en

a

El Tomador

El Asegurado