

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

INFORMACIÓN DEL CONVENIO A ASEGURAR

Nombre Literal del Convenio

Código del Convenio

Ámbito Territorial

En caso de Convenio Privado, debe acompañarse el mismo.

Nº de Empleados

SALUD DEL COLECTIVO

Siniestralidad de los últimos 3 años y del año en curso, personas en situación de IT de más de 6 meses y personal tramitando invalidez, así como existencia de algún asegurado con grado de discapacidad ya reconocido.

Motivo de la Baja

Fecha de Baja

Fecha de Alta o Situación Actual

OBSERVACIONES

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