

CUESTIONARIO SUBSIDIOS

Datos del asegurado

Nombre:

DNI / CIF

Características de la personas a asegurar

Fecha de nacimiento ____/____/____

Profesión _____

Utiliza vehículo para desplazamiento por trabajo No Si

Características Del Riesgo

Cobertura Enfermedad y accidente Solo enfermedad

Franquicia _____ días

Duración de la indemnización 365 días 730 días

Usa ciclomotores o motocicletas No Si Potencia _____ cc

Coberturas/sumas aseguradas

Subsidio diario _____ €

Hospitalización _____ €

Observaciones

Fecha ____/____/____ Colaborador. _____