

CUESTIONARIO ACCIDENTES INDIVIDUAL

Datos del asegurado

Nombre:	
DNI / CIF	

Características de la persona a asegurar

Fecha nacimiento: ___/___/___ Profesión :

Características Del Riesgo

Cobertura: <input type="checkbox"/> 24 horas. <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Extraprofesional
Duración : <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Temporal meses _____
Usa ciclomotores / motocicletas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Potencia : _____

Coberturas/sumas aseguradas

Fallecimiento	_____ €
Invalidez permanente	_____ €
Incapacidad temporal por accidente	_____ € / día
Incapacidad temporal por accidente y enfermedad	_____ € / día
Franquicia	_____ días

Observaciones

--

Fecha ___ / ___ / ___

Colaborador. _____