

CUESTIONARIO DECESOS

Datos del asegurado

Nombre:

DNI / CIF

Características de la personas a asegurar

Código Postal residencia

Características Del Riesgo

Datos asegurados

F. Nacimiento	Sexo	Parentesco	Profesión
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____
____/____/____	☐ H ☐ M	_____	_____

Coberturas/sumas aseguradas

Capital asegurado _____ €

Observaciones

Fecha ____/____/____ Colaborador. _____