

FORMULARIO SEGURO DE VIDA

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS	_____
NIF	_____
DIRECCIÓN COMPLETA	_____
FECHA DE NACIMIENTO	_____
NACIONALIDAD	_____
SEXO	_____
ESTATURA	_____
PESO	_____
DETALLE PROFESIÓN Y TIPO DE ACTIVIDAD QUE REALIZA PARA SU PROFESIÓN	_____
TELÉFONO	_____
CORREO ELECTRÓNICO	_____

DATOS DEL RIESGO

¿PRACTICA DEPORTES?		
DEPORTE/S QUE PRACTICA		
¿UTILIZA MOTOCICLETA?	NO ó < 250 cc.	
	> 250 cc.	
	> 500 cc.	
¿FUMA?		

COBERTURAS A CONTRATAR

FALLECIMIENTO	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA	
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	
FALLECIMIENTO AMBOS CÓNYUGES	
INVALIDEZ PROFESIONAL	
ADELANTO CAPITAL ENFERMEDADES GRAVES	

PÓLIZA DE SEGURO ACTUAL

COMPAÑÍA ACTUAL	_____
PRIMA ACTUAL	_____
FECHA DE VENCIMIENTO	_____