

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

Número de Solicitud	Aceptada	Número de Póliza
	Rechazada	

COBERTURA DEL SEGURO

Modalidad	Fecha de Efecto
-----------	-----------------

SOLICITANTE DEL SEGURO

Apellidos o Denominación		Nombre		Estado Civil
Sexo	Fecha Nacimiento	N.I.F	Teléfono	
Domicilio		Código Postal	Población	

ASEGURADOS

Apellidos y Nombre	Fecha Nacimiento	NIF	Parentesco

FORMA DE PAGO

Trimestral	<input type="radio"/>	Semestral	<input type="radio"/>	Anual	<input type="radio"/>
Datos Bancarios					

SOLICITANTE DEL SEGURO

Fecha y Firma	

CUADRO MÉDICO ELEGIDO

--

Agente: «AGENTE_____»