

SOLICITUD SEGURO ACCIDENTES

FECHA DE INICIO: ____/____/____ **PRECIO SEGURO ACTUAL:** _____

FORMA DE PAGO: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

DATOS TOMADOR

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

NIF: _____ FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ C. P.: _____

TELEFONO: _____ EMAIL (OPCIONAL): _____

DATOS SEGURO

PROFESION: _____ CONDUCE MOTOCICLETAS SI NO

DEPORTES QUE PRACTICA: _____

MODALIDAD: 24 HORAS LABORAL EXTRAL ABORAL DEPORTES CIRCULACION

DURACION: ANUAL TEMPORAL

COBERTURAS

CAPITAL DE INDEMNIZACION: _____ €

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE INDEMNIZACION DIARIA POR INCAPACIDAD: ____€

DOBLE CAPITAL POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

DOBLE CAPITAL POR INVALIDEZ EN CASO DE ACCIDENTE

TRIPLE CAPITAL POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE CIRCULACION

TRIPLE CAPITAL POR INVALIDEZ EN CASO DE ACCIDENTE CIRCULACION