



## PRESUPUESTO SEGURO DE DECESOS

**MES DE INICIO:** \_\_\_\_\_

### DATOS TOMADOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C. P.: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ EMAIL (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

### Nº DE ASEGURADOS

Por favor detalle la fecha de nacimiento y el sexo de cada asegurado que desee incluir:

---

---

---

---

---

### GARANTIAS BASICAS

SERVICIO FUNERARIO                       TANATORIO                       TRASLADO-ASISTENCIA

TRAMITES DERIVADOS DEL SUCESO

NICHOS

LAPIDA

INCINERACION

### GARANTIAS COMPLEMENTARIAS

REPATRIACION

GESTION DEL LEGADO DIGITAL

DESCUENTOS EN ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA