

SOLICITUD SEGURO VIDA RIESGO

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

FORMA DE PAGO: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

DATOS TOMADOR

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

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

TELEFONO: _____ EMAIL (OPCIONAL): _____

PROFESION: _____ CONDUCE MOTOCICLETAS SI NO

DEPORTES QUE PRACTICA: _____

COBERTURAS

CAPITAL ASEGURADO: _____ €

FALLECIMIENTO

INVALIDEZ

COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

DOBLE CAPITAL POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

TRIPLE CAPITAL POR FALLECIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE CIRCULACION

DOBLE CAPITAL POR INVALIDEZ EN CASO DE ACCIDENTE

TRIPLE CAPITAL POR INVALIDEZ EN CASO DE ACCIDENTE CIRCULACION