

Número de póliza: \_\_\_\_\_  Alta  Suplemento  Reemplazo  
 Nombre del mediador: \_\_\_\_\_ Código del mediador: \_\_\_\_\_  
Informar la clave del mediador multirramo, formato 76XXXXXX

## Datos del tomador

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Hombre  Mujer Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)  
 Número de cuenta IBAN  \_\_\_\_\_ Código del país de la cuenta, en las dos primeras posiciones ("ES" para España)  
 ¿El tomador es asegurado de la póliza?  Sí  No

## Garantías opcionales

Garantías opcionales:  Pack ADN  Pack becas  
 Beneficiarios garantía de accidentes:  Herederos legales  Designación expresa:  
 Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 NIF: \_\_\_\_\_

## Coberturas principales

Localidad del riesgo: \_\_\_\_\_ Código de población: \_\_\_\_\_  
 Fecha de efecto de la póliza: \_\_\_\_\_ (dd/mm/yyyy)

## Datos de los asegurados

	Nombre y apellidos	NIF	Sexo H / M	Fecha nacimiento
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Periodicidad de pago

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

## Forma de pago

Banco  Talón de ventanilla  Cobrador

## Observaciones

Cuestionario de declaración del riesgo: el tomador declara que las personas consignadas anteriormente se hallan en perfecto estado de salud. Cualquier inexactitud, si medió dolo o culpa grave, supondrá la nulidad del contrato.

Firma de solicitante / tomador

  
  

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_