

SOLICITUD INCAPACIDAD TEMPORAL

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____ N.I.F.: _____ Fecha Nacimiento: _____

E-mail _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Teléfonos: _____ N.I.F.: _____ Fecha Nacimiento: _____

Actividad Profesional: _____ Especialidad: _____

E-mail _____ ¿ Es empleado por cuenta propia ? Sí No

GARANTIAS SEGURO DE I.T.

FECHA DE EFECTO:

	Cobertura	Indemnización diaria	Franq.	Rev.	F.de Pago	Prima Anual
Incapacidad Temporal	365 días					
Hospitalización	365 días		S/F			
Ingreso en U.C.I.	20 días		S/F			

DOMICILIACION BANCARIA

Código Banco	Código Agencia	D.C.	Número de Cuenta

DECLARACIÓN DE SALUD:

- ¿ Tiene previsto alguna intervención quirúrgica o parto ? Sí No
- ¿ Se encuentra actualmente en tratamiento por algún tipo de enfermedad? Sí No
- ¿ Padece alguna enfermedad de tipo crónico ? Sí No

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las cuestiones, por favor especifique: _____

En _____ a, _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL ASEGURADO