

Solicitud de seguro de Salud Helvetia "Salud Global"

PÓLIZA				RAMO	MOD.	REEMPLAZA A	
						PÓLIZA	RAMO
Fecha de efecto	Fecha de vencimiento	Forma de pago	Duración	Fecha firma solicitud	Código productor		Código cobrador

ARANDA&PARIS

DATOS DEL SOLICITANTE

NIF/CIF	Apellidos, Nombre			Teléfono			
Domicilio	Provincia			Código Postal			
Población	Otro tlf. de contacto		E-mail				
Ocupación	Número de hijos		Fecha de nacimiento				
Sexo	Estado Civil						

DOMICILIO DE COBRO

IBAN																							
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ASEGURADOS

N.º	A) Nombre y Apellidos	NOMBRE, APELLIDOS Y PROFESIÓN	Parentesco	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD	SALUD DENTAL
1	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>
2	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>
3	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>
4	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>
5	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>
6	B) Profesión	N.I.F.					<input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

PARENTESCO	TITULAR	<input type="checkbox"/> 1	CÓNYUGE	<input type="checkbox"/> 2	HIJOS	<input type="checkbox"/> 3
	PADRES	<input type="checkbox"/> 4	HERMANOS	<input type="checkbox"/> 5	OTROS	<input type="checkbox"/> 6
SEXO	MASCULINO	<input type="checkbox"/> M	FEMENINO	<input type="checkbox"/> F		
¿PROVIENE DE OTRA ENTIDAD?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO				

En caso afirmativo adjunte fotocopia de la póliza y último recibo pagado

Firma del solicitante:



aranda&paris.s.l.
correduría de seguros