

Cuestionario de Solicitud Invalidez Laboral Transitoria

Asegurado	Nombre y Apellidos		
	NIF	FECHA NACIMIENTO	SEXO
	DIRECCION		
	POBLACION	CODIGO POSTAL	PROVINCIA
	E-MAIL	TELEFONO MOVIL	

Domicilio Bancario	IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Número de Cuenta

Seleccionar Compañía	DKV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GENERALI
Cuota	Hasta : 31/12/2016 : 58 €	Hasta: 28/02/2017: 85 €

Actividad	Bombers	<input type="checkbox"/>	Policia Local	<input type="checkbox"/>	
	Agent Rural	<input type="checkbox"/>	Mossos	<input type="checkbox"/>	
	Transportista i Similars	<input type="checkbox"/>	Policia Portuaria	<input type="checkbox"/>	
	Personal Penitenciari	<input type="checkbox"/>	Tecnics i Similars	<input type="checkbox"/>	
	Altres	<input type="checkbox"/>	Administració i Similars	<input type="checkbox"/>	

Padece alguna enfermedad Crónica (que necesite tratamiento o control médico)

SI NO

Ha sufrido o está pendiente de alguna intervención quirúrgica o hospitalización

SI NO

He leído y entendido el contenido de esta solicitud de seguros y reconozco que todos los datos introducidos son reales y veraces

En a de

Fdo:

Enviar a Alertis Brok, Correduria de Seguros S.L. e.mail: fsc-cco@alertis.es , Fax: 93.405.00.39

Mediante la firma del presente documento el cliente otorga la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE, la cual debidamente cumplimentada y firmada es entregada en este acto a Alertis Brok, Correduría de Seguros S.L. para su custodia. Dicha Orden de domiciliación forma parte indisoluble de la presente solicitud.