

solicitud/cuestionario

Zurich Accidentes



Nota: En las contestaciones señalar con X lo que proceda.

Nº Póliza	Efecto	Vencimiento	Nº Póliza reemplazada	Forma de pago domiciliado:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Fracc. semestral <input type="checkbox"/> Fracc. trimestral
-----------	--------	-------------	-----------------------	----------------------------	---

Datos del tomador

Tipo persona: Física Jurídica **Nacionalidad:** Española Extranjera Si extranjera, indicar nacionalidad

Tipo de documento: NIF CIF Pasaporte Permiso de residencia Otro Nº

Apellido 1 Apellido 2

Nombre Razón social

Domicilio N.º Piso Pta. Esc.

Código postal Población Teléfono

Idioma Sexo: Hombre Mujer Fecha nacimiento

Domiciliación bancaria

Banco/Caja Titular cta.

Entidad Sucursal Dígitos control Nº Cuenta

Datos intermediario

Mediador productor

Mediador cobro 1º recibo

Mediador cobro sucesivos

Datos del Negocio

Código Descripción

Datos del asegurado (Cumplimentar si es distinto del tomador)

Tipo de documento: NIF CIF Pasaporte Permiso de residencia Otro Nº

Apellidos Nombre

Domicilio N.º Piso/Pta./Esc.

Código postal Población Teléfono

Fecha nacimiento Actividad profesional que realiza

Detalle de la profesión

Régimen Laboral: Cuenta Propia Cuenta Ajena

Declaraciones del asegurado

El asegurado declara que:
No padece o ha padecido ninguna enfermedad crónica, congénita, persistente, defecto físico, anquilosis o diabetes.
No tiene ninguna mutilación, invalidez o secuelas graves.
No es sordo ni sufre miopía con más de 4 dioptrías en alguno de los ojos.
No ha sufrido intervención quirúrgica ni tiene prevista ninguna.
No tiene contratadas otras pólizas de Accidentes o Enfermedad.

En caso de no ser cierta alguna de las anteriores afirmaciones detallar:

Riesgos de especial agravación

- Maneja maquinaria industrial o agrícola Utiliza máquinas de corte, mordedura o presión
 Maneja materiales corrosivos, explosivos o tóxicos Realiza inmersiones con aparatos de respiración
 Conduce ciclomotores o motocicletas (para personas menores de 27 años)

Detalle de actividades y/o riesgos agravantes: _____

