

SALUD

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Fecha Solicitado | | Fecha Contestado | |
|------------------|--|------------------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| AUXILIAR EXTERNO SOLICITANTE | |
|-------------------------------------|--|

Tomador

| | | | |
|----------------------|--|------------------------------------|--|
| Nombre | | N.I.F. | |
| Domicilio | | | |
| Teléfono | | Fax: | |
| Código Postal | | Población | |
| Profesión | | | |
| F. nacimiento | | | |
| Autónomo | | Trabajador por cuenta ajena | |

COBERTURAS

| | |
|-------------------------------|--|
| Seguro de cuadro médico | |
| Seguro de reembolso de gastos | |

PERSONAS A ASEGURAR

| Nombre | Sexo | Fecha Nacimiento |
|--------|------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| COMPANÍA | ANUAL | SEMESTRAL | TRIMESTRAL | MENSUAL |
|----------|-------|-----------|------------|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PRIMA A MEJORAR DE LA COMPETENCIA _____