|  |
| --- |
|  |
| Nombre de la compañía aseguradora /Nom de la companyia asseguradora |
|  |
|  |  |
| Dirección/Adreça | CIF |
|  |
|  |
| Nombre del representante/Nom del representant |  | NIF |
|  |
| CERTIFICA que /certifica que |
|  |
|  |  |
| Nombre y apellidos del tomador/Nom i cognoms de l’assegurat | NIF |
|  |  |
| Ha contratado la póliza númeroHa contractat la pòlissa número |  |
|  |
| Que, como mínimo, contempla las siguientes coberturas:Que, com a mínim, contempla les cobertures següents: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cobertura** | **SI** |
|  |  |
| **Asistencia sanitaria / Assistència sanitària** |[ ]
|  | Pruebas diagnósticas / Proves diagnòstiques |[ ]
|  | Intervenciones quirúrgicas / Intervencions quirúrgiques |[ ]
|  |  |
| **Accidentes / Accidents** |
|  | Indemnización por minusvalía permanenteIndemnització per minusvalidesa permanent |[ ]
|  | Indemnización por defunciónIndemnització per defunció |[ ]
|  |  |
| **Repatriación en caso de defunción****Repatriació en cas de defunció** |[ ]

Esta póliza tiene validez desde:

las \_\_\_ horas del día \_\_/\_\_/\_\_\_\_ hasta las \_\_\_ horas del día \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Aquesta pòlissa té validesa des de:

Les \_\_\_ hores del dia \_\_/\_\_/\_\_\_\_ fins a les \_\_\_ hores del dia \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha, firma y sello /Data, signatura i segell