|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 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 número  Ha contractat la pòlissa número |  | | | | |
|  | | | | |
| Que, como mínimo, contempla las siguientes coberturas:  Que, com a mínim, contempla les cobertures següents: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cobertura** | | **SI** | **NO** | **Límite/Límit** |
|  | |  |  |  |
| **Asistencia sanitaria / Assistència sanitària** | |  |  | **200.000€** |
|  | Pruebas diagnósticas / Proves diagnòstiques |  |  |
|  | Intervenciones quirúrgicas / Intervencions quirúrgiques |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Accidentes / Accidents** | | | | **50.000€** |
|  | Indemnización por minusvalía permanente  Indemnització per minusvalidesa permanent |  |  |
|  | Indemnización por defunción  Indemnització per defunció |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Repatriación en caso de defunción**  **Repatriació en cas de defunció** | |  |  | **Ilimitada**  **Il·limitada** |

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