

 **Seguro Perdida de Licencia / TCP**

## *EFECTO DESEADO DE LA POLIZA:* Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

## *TOMADOR DEL SEGURO*

## *\*Nif Tomador:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

## *\*Tomador:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

## *\*Dirección*: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

## *\*Código Postal y Población:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

## *\*Fecha Nacimiento:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

## \**Sexo:* Elija un elemento.*Estado Civil:* Elija un elemento.*Nº hijos:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# *\*Teléfono*: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# *\*Correo electrónico:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# *\*Forma de Pago:* Elija un elemento.

# *\*Cuenta Bancaria (con IBAN):* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# *DESIGNACION DE BENEFICIARIOS*

# *\*En caso de fallecimiento:*

# *\*Tiene préstamo Hipotecario ?:* Elija un elemento.

# *Nº Referencia préstamo:* Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

# *En caso de fallecimiento del asegurado el primer beneficiario será el banco por la cantidad pendiente de amortizar en la fecha del fallecimiento y el resto si lo hubiera, según la siguiente designación:*

# *\*Seleccione:* Elija un elemento.

# *\*Designación expresa:* Cualquier otra opcion distinta de las anteriores

# *GARANTIAS PRINCIPALES Y COMPLEMENTARIAS*

# *Fallecimiento por cualquier causa*

# *Invalidez Profesional Total y Permanente*

# *Helvetia Bienestar (gratuito)*

# *Capital a contratar Max. 100.000 € y Min. 10.000 € para ambas garantías:*

# *Capital:* Elija un elemento.

#

# *CUESTIONARIO DE SALUD*

# *Por favor responda a las siguientes preguntas sobre su salud*

# *En los últimos 10 años, ¿ha sido ingresado en algún hospital o centro sanitario o de rehabilitación o le han operado?* Elija un elemento.

# *En los últimos 5 años ¿le han recomendado realizar o tiene programado algún estudio o investigación médica, derivación a un médico especialista, hospitalización, rehabilitación o cirugía?* Elija un elemento.

# *¿Está actualmente, o lo ha estado en los 5 últimos años, bajo revisión o control por un médico oncólogo, cardiólogo, neurólogo, psiquiatra, psicólogo para algún estudio o tratamiento?* Elija un elemento.

# *¿Toma actualmente, o ha tomado en los últimos 3 años, alguna medicación de manera regular, o continuadamente por más de 3 semanas?* Elija un elemento.

# *¿Sufre de alguna enfermedad, de algún grado de invalidez o discapacidad (mental o física), lesión corporal o recibe alguna prestación por motivos médicos?* Elija un elemento.

# *¿Ha estado en los últimos 5 años de baja laboral por motivos de salud durante más de 10 días consecutivos o ha recibido tratamiento debido a accidente, depresión o por consumo de alcohol o drogas?* Elija un elemento.