

GRUPO	MUERTE	INV.PERM. % BAREMOS	ASISTENCIA SANITARIA	PRIMA TOTAL ANUAL
1	6.000	12.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	12,74 €
2	12.000	24.000	-----	14,86 €
3	12.000	24.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	20,10 €
4	30.000	30.000	-----	24,76 €
5	30.000	30.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	30,09 €
6	60.000	60.000	-----	49,53 €
7	60.000	60.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	54,83 €
8	90.000	90.000	-----	74,40 €
9	90.000	90.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	79,51 €
10	120.000	120.000	-----	99,79 €
11	120.000	120.000	ILIMITADA CENTROS CONCERTADOS / 3000 € LIBRE ELECCION	104,18 €

VALENCIA 26-10-2009

SOLICITUD DE ALTA EN COLECTIVO ASEGURADO:

NOMBRE:
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:
DNI:
FECHA NACIMIENTO:
DIRECCIÓN:
ESTADO CIVIL
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO:

FECHA EFECTO DE INCLUSIÓN EN COLECTIVO:
GRUPO DE ADHESIÓN SOLICITADO:

FIRMA ASEGURADO
SOLICITUD DE BAJA EN COLECTIVO ASEGURADO:

NOMBRE:
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:
DNI:
FECHA EFECTO DE BAJA EN COLECTIVO:
GRUPO DE ADHESIÓN AL QUE PERTENECE

FIRMA ASEGURADO
SOLICITUD DE CAMBIO DE GRUPO EN COLECTIVO ASEGURADO:

NOMBRE:
PRIMER APELLIDO:
SEGUNDO APELLIDO:
DNI:
FECHA EFECTO DE CAMBIO GRUPO EN COLECTIVO:
GRUPO DE ADHESIÓN AL QUE PERTENECE ACTUALMENTE:
GRUPO DE ADHESIÓN AL SOLICITA INCORPORARSE:

FIRMA ASEGURADO