|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 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: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coberturas** | |
|  | |
| **Asistencia sanitaria / Assistència sanitària** | |
| X | Pruebas diagnósticas / Proves diagnòstiques |
| X | Intervenciones quirúrgicas / Intervencions quirúrgiques |
|  | |
| **Accidentes / Accidents** | |
| X | Indemnización por minusvalía permanente  Indemnització per minusvalidesa permanent |
| X | Indemnización por defunción  Indemnització per defunció |
|  | |
| X | **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