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

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