



## Cuestionario de Solicitud Invalidez Laboral Transitoria Asegurado Nombre y Apellidos NIF **FECHA NACIMIENTO SEXO DIRECCION POBLACION** CODIGO POSTAL **PROVINCIA** E-MAIL **TELEFONO MOVIL OFICINA Domicilio Bancario IBAN** ENTIDAD D.C. Número de Cuenta Seleccionar Compañía DKV 79,60€ Cuota Anual: **Actividad Bombers** Policia Local Mossos **Agent Rural** Transportista i Similars Policia Portuaria Personal Penitenciari Tecnics i Similars Altres Administració i Similars Padece alguna enfermedad Crónica (que necesite tratamiento o control médico) Ha sufrido o está pendiente de alguna intervención quirúrgica o hospitalización SI He leído y entendido el contenido de esta solicitud de seguros y reconozco que todos los datos introducidos son reales y veraces En de Fdo:

Enviar a Alertis Brok, Correduria de Seguros S.L. e.mail: fsc-ccoo@alertis.es , Fax: 93.405.00.39

Mediante la firma del presente documento el cliente otorga la orden de domiciliación de adeudo directo SEPA CORE, la cual debidamente cumplimentada y firmada es entregada en este acto a Alertis Brok, Correduría de Seguros S.L. para su custodia. Dicha Orden de domiciliación forma parte indisociable de la presente solicitud.