

**CUESTIONARIO PÉRDIDA DE LICENCIA INDIVIDUAL**  
**INDIVIDUAL LOSS OF LICENCE APPLICATION FORM**

**Rogamos complete todos los campos a ordenador o con letra clara y en mayúsculas.**  
**Please complete the form using a computer or in clear handwriting using capitals.**

1. **Nombre del asegurado:** .....  
**Name of the insured:**
  
2. **CIF/NIF:** .....  
**VAT number:**
  
3. **Domicilio:** .....  
**Address:**
  
4. **Fecha nacimiento:**  
.....  
**Birth date:**
  
5. **Salario anual:** .....  
**Annual salary:**
  
6. **Dirección email:**  
**Email adress:**



**Declaración de No Siniestralidad**  
**No Claims Declaration**

El solicitante de este seguro declara que no se ha producido ningún cambio sustancial, así como que tras realizar la oportuna investigación, no tiene constancia de ningún siniestro o circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación en su contra.

**I/We confirm that there has been no material change in the information given and I/We also confirm that, after reasonable enquiry, there are no claims against me/us nor any circumstance that may give rise to a claim or a loss.**

En \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 2017

**In \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ of the month of \_\_\_\_\_ of 2017**

**Firmado:** \_\_\_\_\_

**Signed:**

**Nombre del solicitante de este seguro y responsable de la Entidad asegurada:**  
**Name of the person that is requesting and is responsible for the Assured entity:**

.....