



ELEGIR OPCIÓN DE CONTRATACION *

ESPAÑOLES Y RESIDENTES EN ESPAÑA DE VIAJE POR EUROPA O EL MUNDO (mod.34)

- DESTINO DEL VIAJE * : _____

EXTRANJEROS DE VIAJE POR ESPAÑA (mod.34)

- PAIS DE ORIGEN * : _____

NOMBRE * : _____ NIF/PASAPORTE* : _____

DIRECCION EN ESPAÑA* : _____ PROVINCIA* : _____

(En caso de extranjero de viaje por España indicar la dirección de la Universidad si aún no se dispone de domicilio propio)

Código Postal* : _____ CIUDAD* : _____

Fecha de inicio del viaje * : _____

Fecha de finalización del viaje * : _____

PRODUCTO SOLICITADO *

ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA HASTA 12.000 € - PRIMA TOTAL RECIBO: 78,95 €

ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA HASTA 60.000 € - PRIMA TOTAL RECIBO: 194,48 €

PARA LA CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA ES OBLIGATORIO ENVIAR COPIA DE LA TRASFERENCIA BANCARIA ORDENADA EN FAVOR DE ARAG EN EL NUMERO DE CUENTA DEL BANCO DE SANTANDER Nº:

IBAN: ES47 0049 9645 0403 6753 3728

CODIGO SWIFT: ESPCESMMXXX

INDICAR EN LA REFERENCIA/ASUNTO DE LA TRANSFERENCIA EL NIF/Nº PASAPORTE DEL ASEGURADO.

ENVIAR ESTA SOLICITUD MÁS EL COMPROBANTE DE LA TRANSFERENCIA A LA SIGUIENTE DIRECCION: polizas@arag.es

UNA VEZ RECIBIDOS LOS DOCUMENTOS ARAG REENVIARÁ CERTIFICADO DE COBERTURA A LA MISMA DIRECCION DE ORIGEN DEL CORREO RECIBIDO QUE SERÁ DE VALIDEZ UNICAMENTE EN EL CASO EN EL QUE EL ABONO SE HAYA REALIZADO DE FORMA EFECTIVA.