

En _____ a ____ de ____ de 20__

DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

NOMBRE			
NIF			
DOMICILIO			
LOCALIDAD			
PROVINCIA		C.P.	
TELÉFONO*			
MAIL*			
Si hay N.º PÓLIZA		COMPañÍA	

TIPO DE SEGURO:

PARTICULARES			
AHORRO	☐		☐ PENSIONES
VIDA	☐		☐ COMUNIDADES
MOTO	☐		☐ AUTO
SALUD	☐		☐ EMBARCACIONES OCIO
HOGAR	☐		☐ TABLET Y MÓVIL
MASCOTAS	☐		☐ ASISTENCIA EN VIAJE
REP.ELECTRODOMÉSTICOS	☐		☐ IMPAGO DE ALQUILER

PROFESIONALES			
NEGOCIO LOCAL	☐		☐ SALUD COLECTIVO
RESPONSABILIDAD CIVIL	☐		☐ ACCIDENTES CONVENIO
FLOTAS AUTO	☐		☐ ACCIDENTES PROFESIONALES
AHORRO COLECTIVO	☐		☐ VIDA COLECTIVO
ASISTENCIA VIAJE	☐		

*Campo Obligatorio

Observaciones

Los datos personales recogidos en este documento se incluyen en un fichero de responsabilidad de MARIRE AGENCIA DE SEGUROS Y SERVICIOS INTEGRALES S.L., con la finalidad de gestionar la relación contractual y mantenerle informado de nuestros productos y servicios. Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a: Marire Agencia de Seguros y Servicios Integrales S.L. Agencia de Seguros, Av. Prat de la Riba 56 Puerta 4-3, 08780 Pallejà, Barcelona - Dpto. Protección de Datos.