

		En	a _	de	_ de 20_
DATOS DEL TOMADOR DE	L SEGURO				
NOMBRE		<u> </u>			
NIF				1	
DOMICILIO			<u> </u>	J	
LOCALIDAD					
PROVINCIA			C.P.		
N.º PÓLIZA*			COMPAÑíA*		
DATOS DEL SOLICITANTE	DEL STRIES	TPO			
NOMBRE	DEL SINIES	TRO			
TELÉFONO*					
MAIL*					
MALE					
SITUACIÓN DEL RIESGO					
DOMICILIO				]	
LOCALIDAD				1	
PROVINCIA			C.P.		
		•			
<b>DESCRIPCIÓN DEL SUCES</b>	60				
FECHA*					
LUGAR DEL SUCESO*					
DESCRIPCIÓN*:					
*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 ejercitar 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.