

Oficina

Ejecutivo Comercial

 Cotización Emisión**Datos tomador**

Nombre y apellidos / Razon social

NIF

Teléfono

Domicilio

Población

Código Postal

Datos del Asegurado

Nombre y apellidos

Domicilio

Población

Código Postal

N.I.F.

Fecha de nacimiento

Sexo

Estado Civil

Nº de hijos

Parentesco con el Tomador

Actividad

Profesión

Efectúa viajes frecuentes

Fumador

Cantidad diaria

Conduce motocicletas

Cilindrada

Practica algún deporte. Detallar

Declaración de salud

¿El Asegurado padece alguna enfermedad grave, minusvalía, sida, o se va a someter a alguna intervención quirúrgica en los próximos 6 meses?. En el caso de respuesta afirmativa, rogamos dar detalles.

Datos Bancarios: Entidad _____ Oficina _____ D. Control _____ Nº Cuenta _____

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

En cumplimiento a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos por Vd. facilitados serán incorporados a un fichero donde se conservarán bajo las más estrictas medidas de seguridad y confidencialidad con el objeto de realizar el tratamiento por parte de UNIBROK XXI Correduría de Seguros, S.A. y con la finalidad de controlar los servicios económico-financieros y de seguros prestados por la empresa, así como, hacerle llegar ofertas o informaciones que puedan ser de su interés por cualquier medio, incluido el correo electrónico y/o medio equivalente. Por este motivo, le rogamos nos comunique cualquier cambio o modificación que pudiera producirse respecto de sus datos con el fin de mantenerlos actualizados. Al entrar voluntariamente sus datos, usted CONSIENTE EXPRESAMENTE su tratamiento por parte de UNIBROK XXI, así como aquellas cesiones que sean necesarias para el mantenimiento de la relación pudiendo ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición aportando una fotocopia de su DNI y dirigiéndose a nuestras oficinas, en Travessera de Gràcia, nº 11, 4ª planta, 08021 Barcelona.

En _____ a _____ de _____ de 200__

Solicito cotización riesgo

Solicito emisión póliza

Firma del solicitante

Firma del solicitante