

VIDA

Fecha Solicitado		Fecha Contestado	
------------------	--	------------------	--

AUXILIAR EXTERNO SOLICITANTE

Nombre		N.I.F.	
Domicilio			
Teléfonos		Fax	
Código Postal		Población	
Profesión			
F. Nacimiento			
Conduce moto		Cilindrada	
Practica deportes	Detalle		

COBERTURAS DESEADAS

Fallecimiento	
Invalidez	
Fallecimiento por accidente	
Invalidez por accidente	
Fallecimiento por accidente de circulación	
Invalidez por accidente de circulación	
Enfermedades graves	Porcentaje ()

PRIMA A MEJORAR DE LA COMPETENCIA _____

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos**, sus datos de carácter personal necesarios para la gestión de nuestros servicios serán incluidos en nuestros ficheros, que se encuentran inscritos en el Registro de la Agencia de Protección de Datos. Dicha información será guardada y gestionada por esta Empresa con la debida confidencialidad, aplicando las medidas de seguridad establecidas en la legislación. En cualquier momento puede Vd. ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con dichos datos, dirigiendo su solicitud a la dirección de esta Empresa.