

Enviar formulario cumplimentado a:
seguroconvenio@cmste.com

SEGURO DE CONVENIO. MEDIACIÓN DE SEGUROS PRIVADOS **(ART. 59)**

EFFECTO DEL SEGURO, DURACIÓN Y FORMA DE PAGO

Fecha de efecto inicial: (dd/mm/aaaa): __ / __ / ____

Duración de la póliza: Anual Prorrogable

Forma de Pago: ANUAL SEMESTRAL (Primas superiores a 300 € anuales)

Domiciliación bancaria: Entidad ____ Oficina ____ DC __ Cuenta _____

Titular de la cuenta:

TOMADOR DEL SEGURO / SOLICITANTE

Nombre y Apellidos / Razón Social:

NIF / CIF / NIE:

Teléfono:

E-mail:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.: _____

Clave de autorización administrativa DGSFP o Comunidad Autónoma:

DATOS DEL RIESGO / COBERTURAS / PRIMAS

Convenio: Mediación de Seguros Privados

Nº de empleados:

Coberturas:

Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta, Total para la profesión habitual y Gran Invalidez por enfermedad: 14.500 €.

Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta, Total para la profesión habitual y Gran Invalidez por accidente: 29.000 €.

Prima Total Anual por asegurado: 19,50 €.

El Tomador del seguro o Solicitante declara que los datos consignados en la presente solicitud - cuestionario se ajustan a la realidad, conociendo su finalidad e importancia para la apreciación del riesgo y fijación de la prima, y se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los mismos, así como cualquier circunstancia que pueda agravar el riesgo (Artículos 10 u ss. De la Ley de Contrato de Seguro). Igualmente se compromete a aportar, a requerimiento de la Compañía, la documentación acreditativa de los datos consignados.

Los datos personales que figuran en el presente documento han sido voluntariamente facilitados por el Tomador del seguro o Solicitante previamente advertido de que los mismos serán objeto de tratamiento informatizado, como necesarios e imprescindibles para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relación contractual entre las partes, una vez formalizada la póliza de seguro que los justifica, pudiendo ser cedidos conforme lo establecido en el apartado c) nº 2 del artículo 11 de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Reale Seguros Generales, SA, como Responsable del Fichero y del tratamiento, garantiza el ejercicio de los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los datos personales en los términos previstos en la legislación vigente.

En, a de.....de

El Tomador o Solicitante