

**Solicitud de seguro de retirada de carné de conducir 45€**

NOMBRE\* \_\_\_\_\_

APELLIDOS\* \_\_\_\_\_ DNI\* \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE CARNE CONDUCIR\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFESION\* \_\_\_\_\_ ES CONDUCTOR PROFESIONAL\* \_\_SI\_\_ \_\_NO\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ Nº DE HIJOS \_\_\_\_\_

DOMICILIO\* \_\_\_\_\_ C.P.\* \_\_\_\_\_

TELEFONO\* \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

Si el tomador del seguro es una empresa indicar NOMBRE\* \_\_\_\_\_ CIF\* \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_ C.P.\* \_\_\_\_\_

DATOS DEL VEHICULO (el vehiculo que conduzca habitualmente y que esté a su nombre. Independientemente de esta información el presente seguro tendrá cobertura sobre cualquier vehículo que usted conduzca)

MARCA \_\_\_\_\_ MODELO \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA ASEGURADORA \_\_\_\_\_ Nº DE POLIZA \_\_\_\_\_

Observaciones:

Nº cta. Bancaria para domiciliación de recibos (20 dígitos) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Los datos personales solicitados en estos formularios con \* son los imprescindibles y, por lo tanto, totalmente obligatorios para que LA CORREDURIA pueda dar respuesta a su solicitud; aceptándose por éste que sus datos personales sean registrados en un fichero automatizado, titularidad de C.S. ORTEGAGESTION ASEGURADORA S.L. y situado en su Centro de Proceso de Datos A Coruña, c/ Curros Enríquez nº 43 local 8 15002, sobre el cual los afectados podrán ejercitar los derechos de acceso y, en su caso, de rectificación, cancelación y oposición por escrito.

FIRMA (Y SELLO en caso de empresa)

Firmado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

**El presente formulario NO otorga ningún tipo de cobertura de seguro hasta el momento en que el asegurado reciba la póliza en su domicilio. Su solicitud se tramitará en un plazo aproximado de 24h desde la recepción del presente fax.**

**Enviar por fax al 981 208 876**