



Seguro R. CIVIL PROFESIONAL

Nombre y Apellidos:.....

NIF:..... Fecha Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... C. Postal:.....

Teléfono:..... Móvil:.....

E-mail:.....

Datos Bancarios.....

Nº Colegiado:.....

Capital Asegurado: 601.012 euros. Prima Total 2008: 197,77 euros

Efectos Póliza:.....

Firma

En Málaga a ____ de _____ de _____.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es P.S.N. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de seguros a prima fija, con la finalidad de llevar a cabo el servicio solicitado. Con el envío de este formulario, usted otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberán dirigirse a la dirección: C/ Santa María Magdalena, 15, 28016 Madrid.