



SUBSIDIO POR PRIVACIÓN TEMPORAL DEL PERMIS DE CONDUCIR.
SOLICITUD.

Fecha de inicio de las coberturas:

DATOS DEL CONTRATANTE:

Nombre y Apellidos: _____
NIF: _____
Domicilio: _____ Número: _____ Piso: ____ Letra: _____
Población: _____ Código postal: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ E-mail: _____

Número Cuenta Bancaria (20 dígitos): ____ - ____ - ____ - _____

Por defecto se asegura al tomador de la póliza como conductor. Si desea asegurar persona distinta del tomador o a varias, por favor rellene el siguiente cuadro con todos los datos solicitados.

DATOS ASEGURADOS

NOMBRE Y APELLIDOS	NIF	FECHA NACIMIENTO.	FECHA CARNET CONDUCIR	SUBSIDIO MENSUAL (EN EUROS)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Duración del Seguro: 1 año renovable
Forma de Pago: Anual

El que suscribe declara que son ciertos y veraces los datos anteriores que servirán de base al contrato y queda enterado que toda declaración falsa u omisión de hechos que alteren la apreciación del riesgo, producirá la anulación del contrato que se emite en méritos de esta Declaración.

He sido informado de la L.O.P.D.

Remitir por fax al 973 23 71 28 o por correo electrónico al siguiente e-mail info@urquiabas.com

La recepción del presente documento no supone la cobertura del riesgo hasta transcurridas 48h. Una vez emitida la póliza se le enviará por electrónico copia de la misma y posteriormente por correo ordinario el resto de la documentación.