

### Datos del tomador

Nombre y apellidos / Razón Social \_\_\_\_\_ NIF –NIE – CIF \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

### Personas aseguradas en la misma póliza (adicionales al tomador)

Nº asegurados	Sexo	Fecha de nacimiento	DNI	CUADRO MEDICO /REEMBOLSO	PARENTESCO
1	-----			-----	-----
2	-----			-----	-----
3	-----			-----	-----
4	-----			-----	-----
5	-----			-----	-----

### Sobre su seguro actual

Fecha de vencimiento  Compañía actual  Prima

Cuadro médico

Reembolso

Dental

¿Tienes dudas? - ¿Ya tienes la plantilla rellena? → [Contáctanos](#)

### Observaciones

FIRMA y FECHA (Autorizo a ERSM a realizar propuesta de seguro)

Mediador: RSM Correduría de Seguros, S.A. sociedad inscrita en el Registro Administrativo Especial con la clave DGSFP J0290. Concertado seguro de Responsabilidad Civil y dispone de capacidad financiera.

En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de fecha 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal le informamos que los datos por vd. Facilitados pasaran a formar parte de un fichero propiedad de la empresa RSM Correduría de Seguros S.A. (cif:A58538687) cuya finalidad es Gestionar los contratos de seguros intermediados así como la promoción de productos aseguradores. Dichos datos pueden ser cedidos a terceros con la finalidad de la gestión de sus cobros de seguro o a fines del cobro de los recibos. Así mismo le informamos que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación a través de e-mail: gruporsm@rsmseguros.es o por correo postal a C/Numancia 36 Bjos. 08029 Barcelona.