

Nombre y Apell. Asegurado 1

DNI / Fecha Ncto. / E. Civil

Dirección / CP / Localidad

Teléfono / E-Mail

Compañía Seguro Anterior

Fecha Efecto

Acuartelamiento de Origen

Asegurado 2

 Cónyuge Hijo Otro(especificar)

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

Asegurado 3

 Cónyuge Hijo Otro(especificar)

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Ncto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

Asegurado 4

 Cónyuge Hijo Otro(especificar)

Nombre y Apellidos

DNI/ Fecha Nto. / E. Civil

Compañía Seguro Anterior

Firma Solicitante
Firma Miembro Protección Civil

Nombre Completo:

DNI:

ADJUNTAR DOCUMENTO SEPA
IMPORTANTE: Comprobar fecha de vencimiento del seguro actual

AENUS CORREDURIA DE SEGUROS S.L. está adaptada al Reglamento General de Protección de Datos y resto de legislación aplicable sobre Protección de Datos. Tratamos la información que nos facilita al objeto de gestionar la relación que nos vincula. Tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificarlos, solicitar su supresión y portabilidad, o limitar su uso. Para conocer los detalles de nuestra Política de Protección de Datos y los fines para los que se tratarán sus datos, le invitamos a que lea nuestra Política de Privacidad en www.aenus.es. Para el tratamiento de sus datos en los términos y a los fines expresados en ella, necesitamos su consentimiento:

 SI, ACEPTO

La cumplimentación de este formulario y, en su caso, el alta, implica la permanencia de los asegurados hasta el 31 de Diciembre de 2019. Todas aquellas altas que se tramiten con fecha de efecto de 01-10, 01-11 o 01-12 se acogen a permanencia hasta el 31-12 del siguiente año. La póliza se renovará de forma automática por anualidades completas a 1 de Enero si no se solicita la anulación con previo aviso de 1 mes al vencimiento de la misma. Para más información ver "Manual del Producto" publicado en nuestra web <https://www.aenus.es/seguro-de-salud-proteccion-civil/>