UNION ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

www.ueca.es

MADRID: Hortaleza, 65 – Telf.:915227511–Fax:915227608–28004 Madrid–info@ueca.es

VALENCIA:Conde Salvatierra de Álava,6,1º-Telf.:963513625–Fax:963518955–46004 Valencia–valencia@ueca.es

CTM:Crta.Villaverde-Vallecas,Km.3,500–Local C-031·Telf.:917850870·Fax:915937903-28053 Madrid-mercamadrid@ueca.es

Inscrita en el Registro Especial de la D.G.S. nº 285 – Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 7.595 – Folio 1 – Hoja M-122856 – C.I.F. V-28029023

NÚMERO SOCIO_____

SR. PRESIDENTE:

El abajo firmante, cuyos datos se reflejan a continuación; estando conforme con lo dispuesto en los Estatutos vigentes de la Entidad SOLICITA de la Junta Directiva su aprobación para suscribir la póliza de:

☒ ***DENTAL Y PODOLOGICA***

Nombre y Apellidos_____

Nacido en _____ ***Provincia de*** _____ ***Edad***_____

Nacido el _____|_____|_____ ***NIF***_____ ***Sexo***_____ ***Estado civil***_____

Domiciliado en Cl/Av./Pz._____

Localidad_____***Provincia***_____***C. P.***_____

Teléfono_____/_____ ***E-mail*** _____

Incluir dentro de la póliza a : (pareja e hijos menores de 21 años)

Nombre y Apellidos	*D.N.I.*	*Fecha nacimiento*	*Edad*	*Estado*	*Parentesco*

DOMICILIACION BANCARIA: (solo si es distinta a la actual)

IBAN : Banco Sucursal D. C. Código Cuenta Cliente. C.C.C.

|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Frecuencia de cobro:_ANUAL_____ Sistema de cobro:_____

OBSERVACIONES: _____

_____ **ORIGEN COMERCIAL:** _____

APROBADA ***Madrid, a_____ de_____ de 2.____***

EL PRESIDENTE ***EL SECRETARIO*** ***Firma del solicitante :***

"De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, usted queda informado y presta su consentimiento para que sus datos personales, incluidos los relativos a su salud, sean incorporados a un fichero titularidad de UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES con el fin de mantener y cumplir la relación contractual con el socio, prestar los servicios pactados y gestionar cobros y pagos. La información por usted facilitada podrá ser cedida a bancos y cajas de ahorro, para el cobro de nuestros servicios, si ese fuera el medio de pago solicitado por usted y a las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley. Asimismo, salvo que usted marque la siguiente casilla ( ), sus datos podrán ser cedidos a MUNDISALUD SERVICIOS SANITARIOS, S.L., con la finalidad de que le ofrezcan una póliza dental en unas condiciones ventajosas por su condición de socio de esta entidad para identificación de sus datos personales.

Salvo que marque la casilla ( ), usted nos autoriza a remitirle comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, de los servicios y productos ofrecidos por esta empresa. Si usted manifiesta su consentimiento expreso marcando la siguiente casilla ( ), autoriza a que se le manden comunicaciones comerciales a terceras empresas con las que UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES disponga de un acuerdo de colaboración para ofrecerle sus servicios en unas condiciones ventajosas por su condición de miembro de la UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES.

En el caso de que nos proporcione datos de terceras personas es su responsabilidad haber obtenido previamente su consentimiento para ello e informarles de todo lo establecido en esta cláusula.

Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose por escrito a c/ Hortaleza, nº 65, 28004 – Madrid."