

**MADRID:** Hortaleza, 65 · Telf.: 91 522 75 11 · Fax: 91 522 76 08 / 91 522 31 73 · 28004 Madrid · info@ueca.es

**VALENCIA:** Conde Salvatierra de Álava, 6, 1º · Telf.: 96 351 36 25 · Fax: 96 351 89 55 · 46004 Valencia · valencia@ueca.es

**CTM:** Crta. Villaverde-Vallecas, Km. 3,500 – Local C 031 – 28053.Madrid· Telf.: 91 785 08 70 · Fax: 91 593 79 03 - 28053 Madrid · mercamadrid@ueca.es

**SOCIONº:** \_\_\_\_\_

Sr. Presidente:

Estando conforme con lo que prescriben los Estatutos de la Entidad y la normativa legal vigente, le ruego presente esta **SOLICITUD DE INGRESO** como socio a la Junta Directiva, para contratar las pólizas especificadas a continuación:

- Defensa Jurídico Penal**      **3A**       **3B**
- Subsidio I.L.**                      **2C**
- Accidentes Personales**      **05 (V)**

**Esta Mutualidad, no se responsabiliza de los ACCIDENTES, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DEGENERATIVAS y sus secuelas, acaecidos con anterioridad a la contratación de las pólizas.**

Al suscribir Defensa Jurídico Penal y otras pólizas, solicito fraccionar el pago anual de las cuotas cada \_\_\_\_\_ meses.

**DATOS PERSONALES**

1er. Apellido: ..... 2do. Apellido: .....

Nombre: ..... Sexo: ..... Estado Civil: .....

Dni / Nie : ..... Profesión: ..... Empresa: .....

Fecha Nacimiento: ...../...../..... Fecha Expedición carnet conducir (B) : ...../...../..... Categorías: A B C D E

- |            |   |                 |                                     |                          |                             |                      |                             |
|------------|---|-----------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Conductor: | <input type="checkbox"/> PARTICULAR<br><input type="checkbox"/> PROFESIONAL | Tipo Conductor: | <input type="checkbox"/> ASALARIADO | Vehículo Propio Trabajo: | <input type="checkbox"/> SI | Vehículo Particular: | <input type="checkbox"/> SI |
|            |   |                 | <input type="checkbox"/> AUTONOMO   |                          | <input type="checkbox"/> NO |                      | <input type="checkbox"/> NO |
|            |   |                 | <input type="checkbox"/> OTRO       |                          | <input type="checkbox"/> NO |                      | <input type="checkbox"/> NO |

**DOMICILIO**

Vía: ..... Número: .....

Portal: ..... Escalera: ..... Piso: ..... Letra: ..... Urbanización: .....

Localidad: ..... Código Postal: .....

Provincia: ..... Teléfonos: ...../.....

e-mail: .....

**DATOS BANCARIOS**

IBAN: ES\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entidad: ..... Oficina: ..... D.C: ..... Cuenta: .....

**PERSONA BENEFICIARIA (En caso de fallecimiento).**

Nombre y Apellidos: ..... Dni / Nie.: .....

**DATOS INTERNOS. ( A rellenar por la Entidad).**

Sist. de Cobro: ..... Frec. de Cobro: ..... Soc. Origen: ..... Origen Comercial:

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Aprobada

El Presidente.

El Secretario.

Firma del Solicitante.  
(Conductor/a)