



# UNION ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES

## MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL

MADRID: Hortaleza, 65 – Telf.: 91 522 75 11 – Fax.: 91 522 76 08 /91 522 31 73 – 28004 Madrid

VALENCIA: Conde Salvatierra de Álava, 6, 1º - Telf.: 96 351 36 25 – Fax.: 96 351 89 55 – 46004 Valencia

MERCAMADRID: Manzana D-1 – Local 7-B – Telf/Fax.: 91 785 08 70 – 28053 Madrid

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:*

**ACCIDENTES PERSONALES**

**Básico(6.010)**    **Estándar(12.020)**    **Plus(18.030)**    **Avanzado(24.040)**    **Total(30.050)**

**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** \_\_\_\_\_

*El solicitante declara que* \_\_\_\_\_ *(SÍ o NO) padecen en la fecha de ingreso enfermedad alguna o crónicas anteriores.*

### DOMICILIACION BANCARIA:

<i>Banco</i>	<i>Sucursal</i>	<i>D. C.</i>	<i>Código Cuenta Cliente. C.C.C.</i>

**Frecuencia de cobro:** \_\_\_\_\_ **Sistema de cobro:** \_\_\_\_\_

**Beneficiario en caso de muerte: D.** \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**EL PRESIDENTE**                      *APROBADA*                      **EL SECRETARIO**                      *Madrid, a* \_\_\_\_\_ *de* \_\_\_\_\_ *de* **2**                      *Firma del solicitante :*

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

“Los datos personales proporcionados en esta solicitud y los recabados en documentos complementarios a ella, serán incluidos en los ficheros de la Unión Española de Conductores de Automóviles (UECA) con el fin de mantener y cumplir la relación contractual con el socio, prestar los servicios pactados, gestionar cobros y pagos y, salvo que manifieste lo contrario marcando en esta casilla ( ) para enviarles información comercial de UECA que resultase de su interés. Si desea que dicha información le sea comunicada por medios electrónicos, marque esta otra casilla ( )  
Con su firma, el socio consiente expresamente que, en caso de ser necesario y en el ámbito de su relación con UECA, sean tratados sus datos de salud.  
El socio firmante del presente formulario se compromete, bajo su responsabilidad a que, en caso de que proporcione a UECA datos personales de terceros, estos hayan sido convenientemente informados de que tales datos serán comunicados a esta entidad, de las finalidades para las que tal comunicación se realizará y de sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, habiendo obtenido el consentimiento expreso del interesado para ello. Tanto los socios como dichos terceros podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la siguiente dirección: c/ Hortaleza nº 65; 28004 Madrid.”