

**SOLICITUD DE CAMBIO DE MANDATO DE ADEUDO DIRECTO**

E-03

Nº PÓL. FECHA EFECTO **DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO**

PERSONA FÍSICA/JURIDICA	<input type="text"/>				NIF	<input type="text"/>	
DOMICILIO	<input type="text"/>					C.P.	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	MUNICIPIO	<input type="text"/>	TFNO.	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>
MAIL	<input type="text"/>						

FORMA DE PAGO RECIBOS PRIMA

ANUAL	<input type="text"/>
SEMESTRAL	<input type="text"/>
TRIMESTRAL	<input type="text"/>
MENSUAL	<input type="text"/>

MANDATO ADEUDO DIRECTO SEPA PAGO DE RECIBOS PRIMA

PERSONA FÍSICA/JURIDICA	<input type="text"/>				NIF	<input type="text"/>	
DOMICILIO	<input type="text"/>					C.P.	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	MUNICIPIO	<input type="text"/>	TFNO.	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>

REFERENCIA ÚNICA (A cubrir por la Cía.)	<input type="text"/>	Fecha y Firma	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>		
MAIL	<input type="text"/>		

MANDATO ADEUDO DIRECTO SEPA PAGO DE RECIBOS COPAGO

PERSONA FÍSICA/JURIDICA	<input type="text"/>				NIF	<input type="text"/>	
DOMICILIO	<input type="text"/>					C.P.	<input type="text"/>
LOCALIDAD	<input type="text"/>	MUNICIPIO	<input type="text"/>	TFNO.	<input type="text"/>	MÓVIL	<input type="text"/>

REFERENCIA ÚNICA (A cubrir por la Cía.)	<input type="text"/>	Fecha y Firma	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>		
IBAN	<input type="text"/>		
MAIL	<input type="text"/>		

INFORMACIÓN PROTECCIÓN DE DATOS:

Responsable del tratamiento: Igualatorio Médico Quirúrgico y de Especialidades de Asturias S.A. de Seguros, como Aseguradora.

Finalidad: Gestión, cumplimiento y ejecución del Contrato de Seguro de asistencia sanitaria contratado.

Legitimación: En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso del Tomador del Seguro y de los asegurados para que la Aseguradora incorpore, en ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros. En virtud de la firma del presente documento se presta consentimiento expreso para que el Tomador del Seguro reciba comunicaciones comerciales, vía postal o electrónica, sobre productos o servicios comercializados por IMQ, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del Contrato de Seguro.

Destinatarios: La Aseguradora podrá ceder a entidades colaboradoras los datos de salud conocidos (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro) con la única finalidad de gestionar el Seguro contratado, así como, en su caso, girar al Tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias/copagos derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la Póliza.

Derechos: El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán acceder, rectificar y suprimir los datos, así como ejercitar otros derechos, de conformidad con lo señalado en la información adicional, mediante comunicación escrita a : (i) la oficina de IMQ en Gijón en C/ Cabrales, 72, Bajo 33201 – Gijón (Asturias); (ii) a la dirección de correo electrónico imq@imqasturias.es o; (iii) al número de fax 985 35 16 84

Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <http://imqasturias.es/html/politica-de-privacidad/>

Fecha y Firma:

E-03 10/05/2018

Cabrales, 72-Bajo CIF A-33602814