

SOCIO Nº ..... MEDIADOR Nº .....

**SOCIO TOMADOR**

Nombre		Apellido 1		Apellido 2		Profesión	
Natural de	Provincia de	Estado Civil		Fecha nacimiento	D.N.I./C.I.F.	Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Domicilio			C.P.	Población		Provincia	
E-mail*			Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		
Procede del socio Nº		Nombre					

\* Importante cumplimentar

**DATOS CABALLOS (EDAD LÍMITE 19 AÑOS)**

Fecha nacimiento	Tarjeta Sanitaria Equina o Pasaporte Equino	Microchip	Raza
------------------	---	-----------	------

Descripción del Caballo			
-------------------------	--	--	--

<b>CABALLO 2</b>	Fecha nacimiento	Tarjeta Sanitaria Equina o Pasaporte Equino	Microchip	Raza
Descripción del Caballo				

<b>CABALLO 3</b>	Fecha nacimiento	Tarjeta Sanitaria Equina o Pasaporte Equino	Microchip	Raza
Descripción del Caballo				

<b>CABALLO 4</b>	Fecha nacimiento	Tarjeta Sanitaria Equina o Pasaporte Equino	Microchip	Raza
Descripción del Caballo				

<b>CABALLO 5</b>	Fecha nacimiento	Tarjeta Sanitaria Equina o Pasaporte Equino	Microchip	Raza
Descripción del Caballo				

Asesoramiento Jurídico..... Incluido  
 Recogida y destrucción de cadáveres ..... Capital Asegurado 250 € (máximo a contratar). \*Carencia 1 mes.  
**En caso de incluir más de un caballo en la solicitud de inscripción, deberán ser todos propiedad del mismo tomador, socio titular.**

**TARIFA DE PRIMA**

De 1 a 10 años (26€ cuota total)     De 11 a 15 años (28€ cuota total)     De 16 a 19 años (31€ cuota total)

**DATOS BANCARIOS**

IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D. C.	Nº CUENTA
------	---------	---------	-------	-----------

**FORMA DE PAGO**

Día Remesa	ANUAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	BIMENSUAL <input type="checkbox"/>
------------	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Si el socio Tomador es distinto al titular de la cuenta bancaria, deberá especificar nombre y D.N.I. del titular de la misma y firmar en el espacio reservado para ello.

Titular de la cuenta:  Socio Tomador     Beneficiario nº: \_\_\_\_\_     Nombre: Don/Dña. \_\_\_\_\_    D.N.I.: \_\_\_\_\_

**DEBER DE INFORMACIÓN AL ASEGURADO. Información Básica sobre Protección de Datos**

Responsable del tratamiento	MONTEPIO DE CONDUCTORES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA
Finalidad del tratamiento	Gestionar la prestación de servicios contratada y proporcionarle asesoramiento necesario en materia de seguros, y la remisión por cualquier medio, electrónico o de otra naturaleza, de comunicaciones comerciales para hacerle participe de nuevas promociones, ofertas o descuentos en el sector del seguro que puedan ser de su interés.
Legitimación del tratamiento	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado para recibir comunicados comerciales.
Destinatarios	Se cederán datos a colaboradores y agentes relacionados con los sectores de los seguros privados, a entidades aseguradoras, reaseguradoras, y a Administraciones públicas que lo soliciten. No se realizarán transferencias internacionales de datos salvo las estrictamente necesarias relacionadas con los servicios contratados.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la página web: www.montepioconductores.com Documento disponible para su descarga desde la URL: https://www.montepioconductores.com/proteccion-de-datos/

Si     No. Consiente que contacten con Ud. para informarle sobre productos y servicios, nuevas promociones, ofertas y descuentos en el sector seguros por parte de Montepío de Conductores, M. P. S. o entidades participadas de la misma Mutualidad así como empresas con las que se mantienen acuerdos de colaboración.

**Declara haber sido informado y otorgado su consentimiento expreso para los tratamientos de sus datos y finalidades, según las condiciones indicadas, siendo necesario para el mantenimiento de las relaciones y el cumplimiento del contrato seguro.**

Mediante el presente documento de solicitud de inscripción a la Mutualidad dirigido a su Junta Directiva, quien suscribe como futuro socio titular manifiesta quedar enterado y conforme con el contenido de los vigentes Reglamentos y Estatutos de la Mutualidad.

Autoriza a la Mutualidad el cargo efectivo de los recibos en la cuenta de su titularidad apuntada a partir de la fecha de contratación.

En prueba de conformidad y autorización respecto a todos los apartados anteriores.

En ....., a las ..... horas del día ..... de ..... de 20 .....

Firma Socio Tomador:

Firma Titular Cuenta: