

Mediador	Clave	Fecha efecto solicitada

N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

En su calidad de:

Mutualista o Asegurado beneficiario nº .....

Beneficiario/a del mutualista nº ....., D/Dª .....

Representante de los beneficiarios del mutualista nº ....., D/Dª .....

**Comunica** que para el abono del/los importe/s la/s prestación/s de ..... desea que le sea transferido a la siguiente cuenta:

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)																											
E	S																										

**Protección de datos de carácter personal**

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREMAAT le informa que los datos personales cumplimentados en la presente solicitud, serán objeto de tratamiento automatizado en los ficheros de la Mutualidad con la finalidad de tramitar su solicitud de prestación y para gestionar integralmente la relación suscrita. Sus datos serán objeto de cesión a aquellas Administraciones Públicas a que obliga la normativa, a ficheros comunes para la prevención del fraude en el sector asegurador y a otras compañías aseguradoras por motivo de reaseguro y a aquellas otras entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, intervengan en la gestión del seguro. Todos los datos solicitados son considerados necesarios y, en caso de no cumplimentarlos, su solicitud no podrá ser tramitada.

En cumplimiento de la Ley el solicitante declara, en su caso y con carácter previo haber informado de los aspectos reflejados en la presenta clausula y solicitado el consentimiento expreso a su cónyuge o beneficiario para el tratamiento de sus datos con la finalidad mencionada en calidad de beneficiario de las prestaciones del seguro.

A tenor de la LOPD los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a PREMAAT, a la siguiente dirección: c/Juan Ramón Jiménez, 15 – 28036 Madrid.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
El/La Solicitante,