



FECHA DE POLIZA
NÚMERO DE FACTURA
NÚMERO DE PÓLIZA:
NÚMERO DE TARJETA

Don/Doña,	
Fecha de N	DNI,
Domiciliado en	
CP:	CUIDAD
Tel	Email

CONTRATA LOS SERVICIOS DE **ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL (AMI)** aceptando las **CONDICIONES DE LA POLIZA**

*Personas adicionales que Cubre la Póliza*

<i>Parentesco</i>	<i>Nombre y apellidos</i>	<i>Fecha Nacimiento</i>

Fdo. ....

AISTENCIA MEDICA INTEGRAL XEREZ S.L.U. (en lo sucesivo la "AMI"), le informa que los datos personales de esta ficha, están incorporados en el fichero "Clientes y Proveedores" creado y mantenido bajo la responsabilidad de "AMI", el cual ha ido debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar la contabilidad, la fiscalidad y la realización de impuestos así como informarle de los productos y servicios que ofrece "AMI". En el caso de ser necesario, el cliente consiente así mismo a que los datos puedan ser comunicados a empresas terceras con las que subcontrate el servicio con el fin de poder llevar a cabo adecuadamente la prestación del servicio contratado. Vd. Como interesado directo, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información que le concierne y autoriza a que pase a formar parte del fichero, ante el cual puede ejercitar sus derechos, y recibir información y publicidad de productos y servicios de nuestra empresa. Los derechos precitados podrán hacerse efectivos ante "AMI" en la siguiente dirección: C/Potas Laureados Nº 30 – 11407 – Jerez de la Frontera ( Cádiz ). Si no desea ser informado de nuestros productos y servicios, señale con una X esta casilla  (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal).

NÚMERO DE Cuenta Bancaria ES-
-------------------------------

En Jerez de la Frontera, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

El Asegurado

Asistencia Médica Integral Xerez SLU

Fdo. ....