

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

1. DATOS DEL ACREEDOR:

IDENTIFICADOR DEL ACREEDOR: ES20000A39002357		NOMBRE DEL ACREEDOR: IIGUALATORIO MÉDICO-QUIRÚRGICO COLEGIAL S.A. DE SEGUROS		
DIRECCIÓN: PLAZA DEL PRÍNCIPE 4	CÓDIGO POSTAL: 39003	POBLACIÓN: SANTANDER	PROVINCIA: CANTABRIA	PAÍS: ESPAÑA
REFERENCIA DE LA ORDEN DE DOMICILIACIÓN:				

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones de acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

2. DATOS DEL DEUDOR:

NOMBRE DEL DEUDOR:		N.I.F.:		
DOMICILIO:				
CÓDIGO POSTAL:	POBLACIÓN:	PROVINCIA:	PAÍS:	
TELÉFONO:				

3. NÚMERO DE CUENTA-IBAN:

IBAN:
BIC/SWITCH:

TIPO DE PAGO: ÚNICO: RECURRENTE:

4. DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA (A cumplimentar si no coincide con el deudor):

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:		N.I.F.:		
DOMICILIO:				
CÓDIGO POSTAL:	POBLACIÓN:	PROVINCIA:	PAÍS:	
TELÉFONO:				

Santander a

Firma del deudor: Firma del titular de la cuenta
(si no coincide con el deudor):

De conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y normativa complementaria, se le informa de que los datos personales que figuran en este documento serán incorporados a un fichero responsabilidad de Igalatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, con domicilio en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander, con la finalidad de gestión de la relación contractual y facturación de la prima de la póliza de seguros contratada por el tomador. Dichos datos, cuyo tratamiento usted expresamente autoriza, son necesarios para la formalización y mantenimiento de la relación contractual de seguro, así como la facturación de la prima, de tal forma que de no ser facilitados no se podrá formalizar o mantener la relación deseada entre las partes. Las bases jurídicas del tratamiento de sus datos personales son el consentimiento y la ejecución del contrato. Se le informa de que usted puede retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento realizado hasta entonces. Además, por medio del presente escrito usted autoriza y queda informado de que sus datos podrán ser cedidos a las entidades financieras para la facturación de los servicios contratados, así como a la Hacienda Pública y otras instituciones públicas o privadas para el cumplimiento de las obligaciones legales de la empresa.

Asimismo, se le informa que sus datos personales serán conservados por la empresa hasta que se extinga el contrato de seguro y no existan cantidades adeudadas, y, posteriormente, durante el plazo de prescripción de las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento o de la relación establecida, sin perjuicio, en su caso, del deber de bloqueo.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito a Igalatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, en el domicilio social, o a la dirección protecciondedatos@igalatoriocantabria.es, adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de no atenderse el ejercicio de los mencionados derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control. Si tuviera dudas sobre la protección de sus datos personales, podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpo@igalatoriocantabria.es.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA