



Fecha:  
Nº Contrato:

**TITULAR / CLIENTE**

Nombre:  
Fecha de Nacimiento:  
NIF/CIF:  
Domicilio:

Teléfono:  
Email:  
IBAN:

**CARACTERÍSTICAS DEL CONTRATO**

Plan Contratado: Plan MEDICARE Dental +  
Inicio:  
Fin:  
Periodicidad del pago:

Modo de Pago:  
Importe:  
Día del Mes de Cobro:

**BENEFICIARIOS**

Beneficiario 1:  
Beneficiario 2:  
Beneficiario 3:  
Beneficiario 4:  
Beneficiario 5:  
Beneficiario 6:

**CARACTERÍSTICAS/SERVICIOS GARANTIZADOS****Servicios Garantizados**

Red Dental  
Red Médica  
Red de Salud y Bienestar

**INCLUIDO**

SI  
NO  
NO

**INFORMACIÓN**

Los elementos y datos personales obtenidos a través del contrato, condiciones generales y particulares así como demás formularios a los que MEDICARE tenga acceso en el ámbito de su relación con el cliente tendrán un tratamiento automatizado y serán utilizados por MEDICARE para realizar la confirmación, autenticación y validación de la identidad del cliente, así como de la gestión de la relación comercial. En lo no previsto en las presentes condiciones particulares, se estará a lo dispuesto en las condiciones generales.

**AUTORIZACIONES**

**Autorización de débito** - Por la presente, autorizo a MEDICARE a efectuar el cobro del presente Plan de Salud en la cuenta bancaria facilitada a tal efecto y con la periodicidad indicada en las presentes Condiciones Particulares a través de los servidores de la pasarela de pago de MEDICARE.

**Datos personales** - Por la presente, autorizo a MEDICARE la consulta de los datos personales facilitados, en condiciones de estricta confidencialidad, a las empresas subcontratadas por MEDICARE, siempre que sea compatible con la finalidad de la recogida de los mismos.

**Grabación de llamadas telefónicas** - Por la presente autorizo a MEDICARE y/o a cualesquiera empresas subcontratadas por aquellas a los efectos de las presentes Condiciones Generales, a efectuar una grabación de las llamadas telefónicas que sean realizadas con vistas a la gestión o a eventuales modificaciones del presente contrato.

**DECLARACIONES**

Declaro que los datos e informaciones facilitados a MEDICARE son verdaderos, completos y exactos, y que las omisiones, inexactitudes y falsedades, ya sea en relación con los datos de facilitación obligatoria o bien voluntaria, son mi responsabilidad. Me declaro responsable en relación con los datos personales de terceros que facilite a MEDICARE, en particular a efectos de la aplicación del Plan de Salud a terceros beneficiarios. Se garantiza al Cliente el derecho de acceso a los datos de los que sea titular y de rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición de los mismos con arreglo a la ley, así como el derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control, debiendo para ello ponerse en contacto con MEDICARE. Asimismo, declaro haber leído y conocer la política de privacidad que aparece en las Condiciones Generales. En relación con el contrato, declaro que he recibido los siguientes elementos:

- . Un ejemplar de la presente propuesta de contrato de Plan Dental / Condiciones Particulares;
- . Un ejemplar de las Condiciones Generales;
- . Una credencial para la utilización de los servicios.

He sido informado de que estos elementos formarán parte integrante del contrato del Plan de Salud, tras la recepción de las presentes. Declaro haber tomado conocimiento efectivo e integral y haber comprendido las condiciones generales y particulares.

El Titular