

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / NOM / APELLIDOS Y NOMBRE		NIF / NIE	
DOMICILI (CARRER/PL., NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PL., NÚM. Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			
Actuant com a: Actuando como:		de la següent societat de mediació: de la siguiente sociedad de mediación:	
<input type="radio"/> ADMINISTRADOR <input type="radio"/> APODERAT / APODERADO <input type="radio"/> REPRESENTANT / REPRESENTANTE			
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL			

**C NOTIFICACIONS
NOTIFICACIONES**

ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)	
Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions. Indique en que lengua desea recibir las notificaciones	<input type="checkbox"/> VALENCIÀ <input type="checkbox"/> VALENCIANO <input type="checkbox"/> CASTELLÀ <input type="checkbox"/> CASTELLANO

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DADES (OPOSICIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DATOS (OPOSICIÓN)**

L'òrgan gestor del procediment està autoritzat per a procedir a la consulta de la següent informació: identitat del sol·licitant. No obstant això, si desitja oposar-se a això, és imprescindible que indique a continuació la informació concreta a la consulta de la qual s'oposa i els motius que ho justifiquen. Si s'oposa, queda obligat a aportar els documents acreditatius corresponents.

El órgano gestor del procedimiento está autorizado para proceder a la consulta de la siguiente información: identidad del solicitante. No obstante, si desea oponerse a ello, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican. Si se opone, queda obligado a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat del sol·licitant o, en el seu cas, del seu representant legal
Me opongo a la obtención de los datos de identidad del solicitante o, en su caso, de su representante legal

Motiu oposició:
Motivo oposición:

**E SOL·LICITUD
SOLICITUD**
VINCULACIONS / VINCULACIONES

<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	
<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	
<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT
DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / NOM / APELLIDOS Y NOMBRE		NIF / NIE	
DOMICILI (CARRER/PL., NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PL., NÚM. Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

**B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT
DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)			
Actuant com a: Actuando como:		de la següent societat de mediació: de la siguiente sociedad de mediación:	
<input type="radio"/> ADMINISTRADOR <input type="radio"/> APODERAT / APODERADO <input type="radio"/> REPRESENTANT / REPRESENTANTE			
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL			

**C NOTIFICACIONS
NOTIFICACIONES**

ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)	
Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions. Indique en que lengua desea recibir las notificaciones	
<input type="checkbox"/> VALENCIÀ <input type="checkbox"/> VALENCIANO <input type="checkbox"/> CASTELLÀ <input type="checkbox"/> CASTELLANO	

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DADES (OPOSICIÓ)
CONSULTA INTERACTIVA DE DATOS (OPOSICIÓN)**

L'òrgan gestor del procediment està autoritzat per a procedir a la consulta de la següent informació: identitat del sol·licitant. No obstant això, si desitja oposar-se a això, és imprescindible que indique a continuació la informació concreta a la consulta de la qual s'oposa i els motius que ho justifiquen. Si s'oposa, queda obligat a aportar els documents acreditatius corresponents.

El órgano gestor del procedimiento está autorizado para proceder a la consulta de la siguiente información: identidad del solicitante. No obstante, si desea oponerse a ello, es imprescindible que indique a continuación la información concreta a cuya consulta se opone y los motivos que lo justifican. Si se opone, queda obligado a aportar los documentos acreditativos correspondientes.

M'opose a l'obtenció de les dades d'identitat del sol·licitant o, en el seu cas, del seu representant legal
Me opongo a la obtención de los datos de identidad del solicitante o, en su caso, de su representante legal

Motiu oposició:
Motivo oposición:

**E SOL·LICITUD
SOLICITUD**
VINCULACIONS / VINCULACIONES

<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	
<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	
<input type="checkbox"/>	SOL·LICITE LA VINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA: SOLICITO LA VINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA	CLAU / CLAVE
	DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN	

DESVINCULACIONES / DESVINCULACIONES
 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGURADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

I sol·licite que estes dades siguen incorporades al Registre Administratiu de Distribuidors d'Assegurances de la Comunitat Valenciana, actualitzant el mateix.
Y solicito que estos datos sean incorporados al Registro Administrativo de Distribuidores de Seguros de la Comunitat Valenciana actualizando el mismo.

**F DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN
DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Abans de firmar ha de llegir la informació sobre protecció de dades que es presenta al final del formulari, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.

Antes de firmar ha de leer la información sobre protección de datos que se presenta al final del formulario, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ d _____ de _____

Firma: _____

De conformitat amb la normativa europea i espanyola en matèria de protecció de dades de caràcter personal, les dades que ens proporcione seran tractades per esta Conselleria, en qualitat de responsable i en l'exercici de les competències que té atribuïdes, amb la finalitat de gestionar la sol·licitud presentada, conforme a l'establert en l'activitat del tractament referent als **MEDIADORS D'ASEGURANCIAS**

Podrà exercir els **drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seues dades personals, limitació i oposició de tractament**, presentant un escrit en el registre d'entrada d'esta Conselleria. Així mateix, podrà reclamar, si és el cas, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut resposta o la resposta no haja sigut satisfactòria en l'exercici dels seus drets.

Més informació sobre el tractament de les dades en: <http://www.indi.gva.es/va/proteccion-datos>

De conformidad con la normativa europea y española en materia de protección de datos de carácter personal, los datos que nos proporcione serán tratados por esta Conselleria, en calidad de responsable y en el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas, con la finalidad de gestionar la solicitud presentada por usted, conforme a lo establecido en la actividad de tratamiento referente a los **MEDIADORES DE SEGUROS**

Podrá ejercer los **derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos personales, limitación y oposición de tratamiento** presentando escrito en el registro de entrada de esta Conselleria. Así mismo, podrá reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido respuesta o la respuesta no haya sido satisfactoria en el ejercicio de sus derechos.

Más información sobre el tratamiento de datos en: <http://www.indi.gva.es/es/proteccion-datos>

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE

DESVINCULACIONES / DESVINCULACIONES
 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGUADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGUADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

 SOL·LICITE LA DESVINCULACIÓ A LA SEGÜENT ENTITAT ASSEGUADORA:
SOLICITO LA DESVINCULACIÓN A LA SIGUIENTE ENTIDAD ASEGURADORA

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN

CLAU / CLAVE

I sol·licite que estes dades siguen incorporades al Registre Administratiu de Distribuidors d'Assegurances de la Comunitat Valenciana, actualitzant el mateix.
Y solicito que estos datos sean incorporados al Registro Administrativo de Distribuidores de Seguros de la Comunitat Valenciana actualizando el mismo.

**F DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN
DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Abans de firmar ha de llegir la informació sobre protecció de dades que es presenta al final del formulari, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal.

Antes de firmar ha de leer la información sobre protección de datos que se presenta al final del formulario, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ d _____ de _____

Firma: _____

De conformitat amb la normativa europea i espanyola en matèria de protecció de dades de caràcter personal, les dades que ens proporcione seran tractades per esta Conselleria, en qualitat de responsable i en l'exercici de les competències que té atribuïdes, amb la finalitat de gestionar la sol·licitud presentada, conforme a l'establert en l'activitat del tractament referent als [MEDIADORS D'ASEGURANCIAS](#). Podrà exercir els [drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seues dades personals, limitació i oposició de tractament](#), presentant un escrit en el registre d'entrada d'esta Conselleria. Així mateix, podrà reclamar, si és el cas, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut resposta o la resposta no haja sigut satisfactòria en l'exercici dels seus drets. Més informació sobre el tractament de les dades en: <http://www.indi.gva.es/va/proteccion-datos>

De conformidad con la normativa europea y española en materia de protección de datos de carácter personal, los datos que nos proporcione serán tratados por esta Conselleria, en calidad de responsable y en el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas, con la finalidad de gestionar la solicitud presentada por usted, conforme a lo establecido en la actividad de tratamiento referente a los [MEDIADORES DE SEGUROS](#). Podrá ejercer los [derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos personales, limitación y oposición de tratamiento](#) presentando escrito en el registro de entrada de esta Conselleria. Así mismo, podrá reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido respuesta o la respuesta no haya sido satisfactoria en el ejercicio de sus derechos. Más información sobre el tratamiento de datos en: <http://www.indi.gva.es/es/proteccion-datos>

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE