ANEXO 5

Datos a comunicar por la Entidad Aseguradora al Consorcio de Compensación de Seguros relativos al representante

ENTIDAD ASEGURADORA: _____

_____

CLAVE ENTIDAD: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (en su caso VAT de la entidad en el país de origen) _____

REPRESENTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL _____

_____

N.I.F. _____

DOMICILIO:

CALLE/AV/PZ.: _____ NOMBRE _____Nº._____

PISO _____ PUERTA _____

C. P. _____ LOCALIDAD _____

PROVINCIA _____ PAÍS_____

TELÉFONO _____FAX.:_____

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA _____

Los datos de identificación de los representantes facilitados por la entidad aseguradora serán incluidos en un fichero informatizado declarado a la Agencia Española de Protección de Datos. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede realizarse en los Servicios Centrales del Consorcio de Compensación de Seguros, Pº de la Castellana nº 32, 28046 Madrid. (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

cve: BOE-A-2018-5001
Verificable en http://www.boe.es