



SOLICITUD ALTA/BAJA EN LA POLIZA DE SEGURO MEDICO

DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre
F. Nacimiento	Domicilio			
Municipio	Código Postal	Provincia	D.N.I. nº	
Teléfono		Correo electrónico		

SOLICITO ALTA BAJA

EN LA POLIZA DE SEGURO MEDICO DE LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:

-
-
-

DOCUMENTACION ADJUNTA (Copia DNI de los beneficiarios)

En Torrelodones, de de 201
(Firma solicitante y beneficiarios)

Información básica sobre Protección de Datos

Actividad de Tratamiento	Seguro Médico
Responsable	Sra. Alcaldesa del Ayuntamiento de Torrelodones.
Finalidad	Gestión de altas, bajas y modificaciones en el Seguro Médico ofrecido por el Ayuntamiento a sus empleados y familiares.
Legitimación	Para el tratamiento se requerirá el consentimiento del interesado.
Destinatarios de cesiones	Los datos se cederán a la Compañía Aseguradora. No existe transferencia internacional de datos prevista.
Derechos de los interesados	Derecho de acceso, rectificación y oposición, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional sobre el tratamiento en la sección "Protección de Datos de Carácter Personal" del Portal de Transparencia del Ayuntamiento de Torrelodones (http://transparencia.torrelodones.es/)