



ALTA/BAJA POLIZA DE SEGURO MEDICO

* Cumplimentar con letras mayúsculas y legibles si se rellena manualmente. Antes de cumplimentar esta solicitud, lea las instrucciones al dorso

SOLICITANTE									
Nombre y Apellidos						D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte nº			
Domicilio a efectos de notificación									
Nombre de la vía pública				Nº	Portal	Piso	Puerta	C.Postal	Municipio
Provincia	Correo electrónico						Teléfono móvil		
Si desea recibir NOTIFICACIÓN TELEMÁTICA SEGURA marque la casilla correspondiente (Necesario certificado digital, DNI electrónico o PIN 24horas)						Para este trámite <input type="checkbox"/>	Para todos mis trámites <input type="checkbox"/>		

SOLICITO ALTA BAJA EN LA POLIZA DE SEGURO MEDICO DE LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS:

-
-
-
-

DOCUMENTACION ADJUNTA (Copia del DNI del titular y de los beneficiarios)

Torrelodones, ___ de _____ de _____

(firma)

Información básica sobre Protección de Datos	
Actividad de Tratamiento	Seguro Médico
Responsable	Ayuntamiento de Torrelodones
Finalidad	Gestión de altas, bajas y modificaciones en el Seguro Médico ofrecido por el Ayuntamiento a sus empleados y familiares
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 la página Web del Ayuntamiento de Torrelodones: https://www.torrelodones.es/proteccion-de-datos/informacion-adicional-tratamientos

