



EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE CÁDIZ

EXPEDIENTE COLEGIAL

Nº COLEGIADO/A

| |
|--|
| |
|--|

| <u>Fecha de alta o baja</u> | <u>Historial colegial</u> |
|-----------------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| |
|-----------------------|
| OBSERVACIONES: |
|-----------------------|

| | | | | | |
|---|--|--------------------|------------------------------------|------------------|----------------|
| Nombre | | Primer apellido | | Segundo apellido | |
| Domicilio | | | | C.P | |
| Localidad | | Provincia | | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| NIF | | Correo electrónico | | | |
| Fecha nacimiento | | Lugar nacimiento | | Nacionalidad | |
| EN POSESIÓN DEL RESGUARDO O TÍTULO DE ENFERMERÍA | | | | | |
| GRADO <input type="checkbox"/> | | | DIPLOMADO <input type="checkbox"/> | | |
| Universidad | | | Escuela Universitaria o Facultad | | |
| País | | | Fecha titulación (dd/mm/aaaa) | | |



ANEXO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

| | | | |
|----------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Nombre | Primer apellido | Segundo apellido | |
| Domicilio | | Localidad | |
| Código postal | Provincia | Teléfono fijo | Teléfono móvil |
| Nº colegiado | NIF | Correo electrónico | |

Los datos personales del tomador del seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados que figuran en la presente póliza, así como cualquier dato adicional, incluidos los de salud que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo.

El tomador/asegurado autoriza que estos datos puedan ser conservados en los ficheros de la entidad aseguradora con fines estadísticos y de prevención de fraude, aún en el caso de que la póliza no llegue a perfeccionarse o se extinga por cualquier otra causa.

También autoriza a que la entidad aseguradora pueda comunicar a entidades aseguradoras o de reaseguro los datos del tomador del seguro y de los asegurados, indicados en el primer párrafo de esta cláusula, con fines de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera y de los riesgos asegurados en la presente póliza, así como que estos datos puedan ser comunicados entre la compañía aseguradora y los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales autorizando para ello a dicha entidad, a solicitar y obtener de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Cuando el tomador y el asegurado sean personas distintas, el tomador se obliga a informar al asegurado o asegurados de las finalidades del tratamiento de datos ante indicadas, a realizar por el asegurador, y que pueden ejercitar ante éste los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la legislación sobre protección de datos.

El Tomador del seguro y el Asegurado podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del Asegurador, Responsable de tramitación de los derechos ARCO, con domicilio en Madrid (28046) Pº de la Castellana, nº 259C

Fecha:

Firma del colegiado

| |
|--|
| |
|--|