

DECESOS

Fecha Solicitado		Fecha Contestado	
------------------	--	------------------	--

AUXILIAR EXTERNO SOLICITANTE	
-------------------------------------	--

Nombre		N.I.F.	
Domicilio			
Teléfono		Fax:	
Código Postal		Población	
Profesión			

ASEGURADOS

NOMBRE	F. NAC.	SEXO	D.N.I

COMPañA	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL
HELVETIA			
FIATC			
DKV			
GENERALI			
METROPOLIS			

PRIMA A MEJORAR DE LA COMPETENCIA _____

De acuerdo con lo establecido en la **Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos**, sus datos de carácter personal necesarios para la gestión de nuestros servicios serán incluidos en nuestros ficheros, que se encuentran inscritos en el Registro de la Agencia de Protección de Datos. Dicha información será guardada y gestionada por esta Empresa con la debida confidencialidad, aplicando las medidas de seguridad establecidas en la legislación. En cualquier momento puede Vd. ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en relación con dichos datos, dirigiendo su solicitud a la dirección de esta Empresa.