

SUBSIDIO

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

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

Nombre		N.I.F.	
Domicilio			
Teléfono		Fax:	
Código Postal		Población	
Profesión			
F. nacimiento			
Autónomo		Trabajador por cuenta ajena	

COBERTURAS

Capital diario por baja por enfermedad	
--	--

Capital diario por baja por enfermedad y accidentes	
---	--

COMPAÑÍAS	0 días franquicia	7 días franquicia	15 días franquicia	30 días franquicia
DKV				
PREV MALLORQ				
FIATC				

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.