

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS PARA TRATAMIENTOS EN CURSO.

Datos del empleado/titular

Número de empleado: _____
Nombre: _____ Apellidos: _____
NIF: _____ Domicilio: _____
Localidad: _____ Código postal: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____
E-mail: _____

Datos del paciente (no cumplimentar en caso de ser el mismo)

Nombre: _____ Apellidos: _____
NIF: _____ Domicilio: _____
Localidad: _____ Código postal: _____
Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____
E-mail: _____

Datos del tratamiento en curso

Tipo de tratamiento: _____
Nombre del facultativo: _____
Fecha de realización: _____
Centro médico/hospitalario: _____
Observaciones: _____

Para más información o gestión del proceso:

Sus datos serán tratados por SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros con la finalidad de gestionar su traspaso como asegurado a los protocolos de continuidad asistencial en base a una relación contractual. Le informamos que sus datos no serán cedidos a terceros salvo obligación legal. Puede consultar más información sobre nuestra política de protección de datos y especialmente sobre como ejercer sus derechos en la siguiente página web: www.segurcaixaadeslas.es/es/proteccion-de-datos.

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, hoja M-658265.