

Solicitud de Seguro de Defensa y Protección por Agresión

Surtirá efecto desde la fecha de entrada en el registro de la Fundación con toda la documentación a aportar completa

Datos del colegiado y beneficiario:

Número de colegiado: _____ NIF: _____
 Nombre y apellidos: _____
 Dirección Postal: C/Pº/Avda: _____
 nº portal: _____ escalera: _____ piso: _____
 Código postal: _____ Población: _____ Provincia: _____
 Email: _____ nº teléfono móvil: _____ fijo: _____
 Nª IBAN: _____

Informe a emitir por el Colegio de Médicos de: _____

1.Situación colegial:

- Fecha de alta:
- Fecha de baja:
- Motivo de la baja:

2.Situación en la Fundación como socio protector:

- Fecha de alta:
- ¿Está al corriente de sus aportaciones?:
- Si es moroso, indicar la cuantía:
- Fecha de baja:
- Motivo de la baja:

Firmado: El/la secretario/a general:

Solicita que, previo los trámites reglamentarios, le sea concedida la ayuda que proceda. Por el mero hecho de suscribir esta propuesta, el peticionario **acepta**, sin derecho a ulterior reclamación, los acuerdos que para resolverla adopte la Fundación, y **declara** que lo expuesto es absolutamente cierto.

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (en adelante, "FPSOMC"), es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, y, en particular, en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016 (RGPD), por lo que se le facilita la siguiente información acerca del tratamiento:

***Finalidad del tratamiento:** los datos aportados por Usted, de cuya exactitud, veracidad y validez, usted mismo responde, serán utilizados para gestionar las prestaciones que ofrece la FPSOMC, de tipo asistencial, educacional y de conciliación de los solicitantes, y/o de los receptores de las ayudas, para la consecución de los fines de la Fundación. Asimismo, sus datos serán tratados para comunicarnos electrónicamente con Usted, para enviar información de la fundación que pudiera ser de su interés: invitación a eventos, actividades de la fundación etc.*

***Base de legitimación:** el consentimiento libre e inequívoco del interesado.*

***Comunicación a terceros:** sus datos serán comunicados al Colegio Médicos Provincial al que pertenezca el colegiado, con el fin de verificar los extremos necesarios para recibir la prestación concreta y de gestionar las solicitudes de prestación de los colegiados; sus datos serán comunicados a las Administraciones Públicas, para dar cumplimiento a sus obligaciones fiscales. Adicionalmente, y para la correcta prestación del servicio, tendrán acceso a sus datos, los asesores jurídicos y contables, así como la empresa informática.*

***Obligación de facilitar los datos:** los campos requeridos son de cumplimentación obligatoria ya que resultan necesarios para poder cumplir con la finalidad del tratamiento.*



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA



FUNDACIÓN PARA LA
PROTECCIÓN SOCIAL

Calle Cedaceros, 10
28014 Madrid
Tel. +34 914 317 780
fundacion@fpsomc.es
www.fpsomc.es

Criterios de conservación de los datos: sus datos serán conservados por interés mutuo y hasta que el interesado no solicite la baja de la prestación concreta. Una vez solicitada la baja, se procederá al bloqueo de sus datos y posterior supresión.

Derechos que asisten al interesado: A) Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. B) Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. C) Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos para ejercer sus derechos: Calle Cedaceros 10, 28014, Madrid; dpo@cgcom.es

La Fundación declarará a Hacienda las cantidades entregadas a sus beneficiarios.

Firmado en: _____ a _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante.