



CAJA de SOCORROS INSTITUCIÓN POLICIAL MPS



SOLICITUD DE ALTA DE SOCIOS

APELLIDOS: NOMBRE:
 N.I.F.: FECHA NACIMIENTO:/...../.....
 DOMICILIO: COD.POSTAL:
 MUNICIPIO: PROVINCIA:
 TEL. FIJO: TEL. MÓVIL:
 DESTINO: CATEGORIA:
 DOMICILIO TRABAJO: TEL. TRABAJO:
 PROVINCIA DESTINO:
 E-MAIL:

FAMILIAR DEL SOCIO D/D^a: PARENTESCO:
 BENEFICIARIOS:

La suscripción del presente Boletín supone la total aceptación del Reglamento de esta Mutualidad.
 El firmante del presente Boletín declara no haber estado incapacitado para el trabajo en los 12 meses anteriores a la fecha de solicitud, ni consultado con ningún médico en los últimos cinco años por causa alguna de enfermedad grave. Declaro, igualmente, que mi estado actual no presenta trastornos ni incapacidad para el trabajo, ni defecto físico alguno.
 La falsedad de esta declaración supone la nulidad a todos los efectos de alta a que se refiere la presente solicitud.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679, le informamos que los datos personales que nos proporciona pasarán a formar parte de una base de datos responsabilidad de CAJA DE SOCORROS, INSTITUCIÓN POLICIAL MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA, cuya finalidad es la gestión de los productos y servicios contratados, gestionar las relaciones con el mutualista y mantenerle informado de cuantas acciones de la Mutualidad puedan ser de su interés. La legitimación para el tratamiento de sus datos personales radica en la ejecución de un contrato y/o consentimiento del interesado. No existen terceros destinatarios, salvo obligación legal. Usted podrá solicitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de los datos, mediante comunicación dirigida a CAJA DE SOCORROS INSTITUCION POLICIAL MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA, C/ ESPOZ Y MINA, 2 I. 28012, MADRID, o cajasocorro@cajasocorro.com, acompañada de fotocopia de DNI. Si considera que no han sido atendidos sus derechos puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de datos a través de la sede electrónica de su portal web (www.agpd.es), o bien mediante escrito dirigido a su dirección postal (C/Jorge Juan, 6, 28001-Madrid).

DOCUMENTACION QUE ADJUNTA

- Ficha cumplimentada de datos personales.
- Declaración Jurada de Estado de Salud.
- Fotocopia del D.N.I.
- Autorización al habilitado para que realice los descuentos pertinentes de la nomina.
- Impreso cumplimentado de domiciliación bancaria en el caso de no poder realizar los pagos por Habilitación.

En, a de de 20
 EL INTERESADO/A

A cumplimentar por Caja de Socorros
 Aprobada, con fecha de alta asignándole el numero de socio
 Denegada por
 Madrid, a de de 20

EL PRESIDENTE,

EL SECRETARIO,