

Sr/ Sra:

Documento Nacional de Identidad:

Domicilio:

Localidad:

AUTORIZO AL DR./DRA., QUE SE PRESENTA COMO MÉDICO DE LA EMPRESA AMEDI NORTE S.L., PARA PROCEDER A LA VISITA MÉDICA QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS HA SOLICITADO, A FIN DE VALORAR Y CONOCER EL ALCANCE DE LAS LESIONES QUE SUFRE CON MOTIVO DEL ACCIDENTE DE OCURRIDO EN FECHA

ENADE DE 2006

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos de las siguientes cuestiones:

La cumplimentación por el lesionado de sus datos personales es totalmente voluntaria pero necesaria para la valoración de los daños derivados del siniestro, todo ello de conformidad a lo establecido en la legislación aseguradora vigente.

Los datos se incluirán en FICHEROS AUTOMATIZADOS que se destinarán al cumplimiento de la finalidad descrita y serán tratados de forma confidencial tanto por el facultativo médico que realiza el seguimiento de su evolución, por la empresa a la que pertenece y por la entidad aseguradora solicitante de dicho seguimiento.

Si sus datos no fueran incluidos en estos ficheros o no fueran tratados informáticamente, sus daños no podrían ser objeto de valoración, por lo que nos veríamos obligados a suspender el seguimiento de sus lesiones.

El lesionado podrá dirigirse al responsable del fichero, AMEDI NORTE S.L. (C/ Alcazar de Toledo nº 18 Entresuelo. Dcha 39008 Santander) para solicitar la consulta, rectificación o cancelación de los datos objeto de tratamiento.