

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACION DE DATOS SANITARIOS

Dn/Dna , con D.N.I. nº
y domicilio en C/ , nº C.P.
de y telefono de contacto nº ;

representado por Dn/Dna.....que se acredita en documentos
adjuntos y con D.N.I. nº (en caso de representacion, se adjuntaran copias
de los DNI del representante y del representado, ver instrucciones al pie de pagina)

SOLICITA le sea entregada la siguiente informacion relativa a datos de salud que a
continuation se detalla:

*Describe la informacion que requiere, marcando para ello la casilla correspondiente.
Indique tambien la finalidad de la solicitud para poder prestarle el servicio del modo mas adecuado
a sus necesidades.*

- ☐ Informe de entrada para el episodio: _____
- ☐ Informe de alta para el episodio: _____
- ☐ Copia parte de baja
- ☐ Copia parte de alta
- ☐ Informe de prueba: _____
- ☐ Placa de (seleccione lo que corresponda): Rayos X, Resonancia Magnetica, _____
- ☐ Documentation para impugnacion de alta ante el INSS.
- ☐ Otros (especifique contenido y finalidad): _____

Documentos que se acompañan:

- ☐ Fotocopia del DNI / Documento acreditativo del solicitante
- ☐ Fotocopia del DNI / Documento acreditativo del representante y autorizacion del representado
- ☐ Otros: _____

En Pamplona de de 20...

(Firma de la persona solicitante)

Recepcion. En la fecha indicada recibo la informacion solicitada, de acuerdo con lo arriba descrito.

Fecha y firma:

Instrucciones: Debera presentarse original del D.N.I. o documento acreditativo de identidad en el momento de la solicitud y la recogida.

Si la solicitud o la recogida se realiza mediante representacion debera acreditarse mediante escrito y presentation del D.N.I. del representante que debera ser el mismo que figura en la solicitud.

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, incluidos datos especialmente protegidos, serán tratados como Responsable por MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4, con la finalidad la de tramitar su solicitud y su gestión administrativa. La base jurídica para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal (RDL 8/2015 de 30 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente). Dichos datos no se cederán a terceros no incluidos en la legislación específica de aplicación para la correcta tramitación y gestión de la finalidad y de cuantos actos de obligado cumplimiento se deriven de ella.

Es obligatoria la cumplimentación del presente formulario en todos sus campos, de tal forma que de no ser facilitados, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Cualquier modificación que pueda en su caso producirse en los datos de carácter personal, deberá ser puesta en conocimiento por parte del titular de los mismos al responsable del tratamiento, respondiendo en cualquier caso de la veracidad y exactitud de los datos suministrados en cada momento.

Se le comunica que puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada. Asimismo tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control, y previamente, si lo desea ante el Delegado de Protección de Datos de Mutua Navarra en la siguiente dirección de correo electrónico, dpd@mutuanavarra.es

Más información acerca del tratamiento de datos que realiza Mutua Navarra en www.mutuanavarra.es