



CONSENTIMIENTO PARA SEGURO AMA VIDA

Don/Doña _____,
con DNI (o equivalente) _____, en calidad de colegiado del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria.

Otorga su consentimiento expreso

NO otorga su consentimiento expreso

Para que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria pueda ceder sus datos personales referentes al nombre y apellidos, DNI, nº de colegiado, fecha de nacimiento y sexo, cuya finalidad es la contratación de un seguro colectivo de vida para todos los colegiados y en caso de fallecimiento se establece un capital por asegurado de 3.000 €.

De conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos y art. 11 de la Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales, declaro conocer los siguientes aspectos:

- Que los datos tratados podrán ser incorporados a un fichero cuyo responsable es el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria - CIF: Q3966003J - Dirección postal: Cl. Castilla 13-7ª Planta, 39009 - Santander (Cantabria) -Teléfono: 942314418 - Correo electrónico: protecciondedatos@cofcantabria.org.
- El destinatario de estos datos será únicamente AMA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS S.A., con CIF número A87623708 y domicilio social en Madrid, en la Cl. Vía de los Poblados, número 3, Edificio 4, Parque Empresarial Cristalía, quien tratará los mismos y hará uso de ellos para la finalidad fijados en este documento, no realizando cesión alguna de los mismos, salvo las comunicaciones a los encargados del tratamiento que colaboren en la prestación de los servicios a los que se refiere el tratamiento.
- La base jurídica de dicho tratamiento es el propio consentimiento, el cual podrá ser retirado en cualquier momento, sin que ello afecte al legítimo tratamiento realizado hasta dicha fecha.
- Dichos datos serán conservados por el tiempo exclusivo para dar cumplimiento a la finalidad para la que fueron recabados y mientras no prescriban los derechos que pueda ejercitar contra el responsable, salvo norma que disponga un plazo superior.
- Que tengo derecho a obtener información sobre el tratamiento de mis datos personales. Por tanto, en cualquier momento puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento y, en el caso de que el tratamiento se efectúe por medios automatizados, y siempre y cuando sea técnicamente posible, el derecho de portabilidad de mis datos. Podrá ejercitar estos derechos ante el responsable del tratamiento de datos personales en la dirección indicada mediante solicitud escrita acompañada de DNI. Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) si considera infringidos sus derechos.
- Que en cualquier momento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento y, en el caso de que el tratamiento se efectúe por medios automatizados, y siempre y cuando sea técnicamente posible, el derecho de portabilidad de sus datos. Podrá ejercitar estos derechos ante el responsable del tratamiento de datos personales en la dirección indicada a continuación mediante solicitud escrita acompañada de DNI. Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) si considera infringidos sus derechos.

Puede encontrar y consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la web (<http://www.cofcantabria.org>).

En Santander, a _____ de _____ del 20_____

Firmado: _____