

La petición debe ser formulada por las personas legitimadas en relación a los contratos de seguros mantenidos con Mutuality de Levante, conforme la Ley Orgánica 15/99 de Protección de datos de carácter personal.

Nombre y apellidos _____

NIF/CIF _____

Número de póliza _____

Por la presente realizo a Mutuality de Levante petición de:

ACCESO RECTIFICACIÓN CANCELACIÓN OPOSICIÓN

Por los siguientes motivos:

Domicilio a efecto de comunicaciones:

Se adjunta:

- Fotocopia DNI del titular de los datos.
- Documento acreditativo de la representación, en su caso y fotocopia de NIF.

D./Dña. _____

Firma:

En _____ a _____ de _____ 201_