

## SOLICITUD DE BAJA EN PÓLIZA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL

---

D./Doña \_\_\_\_\_,

con D.N.I. \_\_\_\_\_, titular de la póliza individual de Responsabilidad

Civil con A.M.A., Nº \_\_\_\_\_

SOLICITO den de BAJA dicha póliza el día \_\_\_\_\_,

con motivo de mi adhesión a la Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil suscrita  
por el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca.

En Salamanca, a \_\_\_\_\_

Firmado:

**NOTA INFORMATIVA:** La Póliza de Protección Jurídica queda como hasta ahora,  
en el caso de tenerla contratada.

RESPONSABLE: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA. DOMICILIO: C/ Bientocadas, 737002 Salamanca Salamanca. FINALIDAD: Gestión integral de las relaciones con los clientes. DESTINATARIOS DE LAS CESIONES: Las legalmente establecidas. EJERCICIO DE DERECHOS: Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición, Limitación del tratamiento y Portabilidad, en la dirección postal del Responsable o por Email a [oficinas@comsalamanca.es](mailto:oficinas@comsalamanca.es). También tiene derecho a presentar reclamación ante la AEPD. CONSERVACIÓN: Mientras dure la relación, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación de posibles responsabilidades. MÁS INFORMACIÓN: En [oficinas@comsalamanca.es](mailto:oficinas@comsalamanca.es) o en nuestras oficinas.