



Formulario para el ejercicio del derecho de olvido

Petición de no aparecer en motores de búsqueda mediante inserción del nombre del usuario (eliminación de fotos y videos de internet)

Datos del responsable de tratamiento	
<input type="checkbox"/>	Nombre: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA
<input type="checkbox"/>	Nombre: PSN ASESORAMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO, S.A.U.
<input type="checkbox"/>	Nombre: PSN EDUCACIÓN Y FUTURO, S.A.U.
<input type="checkbox"/>	Nombre: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL SERVICIOS Y CONSULTORÍA, S.L.U.
<input type="checkbox"/>	Nombre: AMIC SEGUROS GENERALES, S.A.U.
<input type="checkbox"/>	Nombre: DOCTOR PÉREZ MATEOS, S.A.
<input type="checkbox"/>	Nombre: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL GESTIÓN, S.A.
Domicilio: C/ GÉNOVA, 26 - 28004 MADRID	

Datos del solicitante:	
Apellidos:	
Nombre:	N.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
Teléfono/s: /	
E-Mail:	

En el caso de que el solicitante sea una persona distinta del titular de los datos, cumplimentar los siguientes datos:
Relación con el titular: _____

Datos del titular de los datos:	
Apellidos:	
Nombre:	N.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
Teléfono/s: /	
E-Mail:	

por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho al olvido, como extensión del derecho de supresión, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento (UE) 2016/679 **del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta** al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y en consecuencia,

SOLICITA

1. Que se proceda a la efectiva supresión de cualquier dato relativo a mi persona que se encuentre en sus bases de datos e implique la publicación de los mismos en motores de búsqueda de internet.
2. Que esta supresión se realice sin dilación indebida y en los términos previstos en el Reglamento (UE) 2016/679 y me lo comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada.
3. **Que, en el caso de que el Responsable del tratamiento considere que dicha cancelación no procede por, por ejemplo,** prevalecer el derecho a la libertad de expresión e información, lo comunique igualmente, de forma motivada.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma:

N.I.F.:

Documentación que acompaña

Adjunto los siguientes documentos:

- Fotocopia de los D.N.I., pasaporte o documento análogo del solicitante.
- Justificante de titularidad bancaria.

- Autorización del titular en caso de que solicitante y titular sean distinta persona.
- Fotocopia del D.N.I del titular en caso de que el solicitante sea persona distinta
- Otros: _____