



# Formulario para el ejercicio del derecho de limitación de tratamiento

Petición de limitación del tratamiento de los datos

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 de cancelación, de conformidad con el artículo 18 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

- La limitación del tratamiento de mis datos en base a las siguientes (Marcar cuando corresponda): Impugno la exactitud de mis datos personales, durante un plazo que permita al responsable verificar la exactitud de los mismos;
  - El tratamiento es ilícito y me opongo a la supresión de los datos personales y solicito en su lugar la limitación de su uso;
  - El responsable de tratamiento ya no necesita los datos personales para los fines del tratamiento, para el cual se recabaron, sin embargo, el firmante los necesita para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones;
  - El interesado se haya opuesto al tratamiento en virtud del artículo 21 del Reglamento, mientras se verifica si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los del interesado.
- Que en el plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva limitación de tratamiento de cualquier dato relativo a mi persona que se encuentre en sus bases de datos, en los términos previstos en el Reglamento Europeo de Protección de datos (GDPR) y me lo comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada, salvo que ello sea imposible o exija un esfuerzo desproporcionado, tal y como estima el Art. 19 del mencionado Reglamento.
- Que, en el caso de que el Responsable de tratamiento considere que dicha limitación no procede o es imposible, me 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: \_\_\_\_\_