



Formulario para el ejercicio del derecho de supresión

Petición de cancelación (total o parcial) de datos personales objeto de tratamiento incluidos en una bbdd

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 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 en el plazo de un mes desde la recepción de esta solicitud, se proceda a la efectiva supresión de cualquier dato relativo a mi persona que se encuentre en sus bases de datos, en los términos previstos en el Reglamento (UE) relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos y me lo comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada.
2. Que, en el caso de que el Responsable de tratamiento considere que dicha supresión no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del mismo plazo, a fin de poder interponer la reclamación pertinente en base a los artículos 77 y siguientes del RGPD relativo a Derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

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
- Original y copia del certificado de defunción del titular.
- Documentación que acredite la relación familiar o de hecho con el fallecido y en su ausencia declaración jurada al efecto.
- Otros: _____

En caso de supresión parcial de los datos, especificar los datos que deben suprimirse.

ANEXO	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	
Dato actual:	
Documento acreditativo:	