



# Formulario para el ejercicio del derecho de portabilidad

Petición de recibir datos y transmitir datos de responsable a responsable.

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 responsable de tratamiento (destinatario)	
Nombre:	
Domicilio:	
Nombre:	
Domicilio:	
Nombre:	
Domicilio:	

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 portabilidad, de conformidad con el artículo 20 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 le envíen sus datos personales en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica, y que sean transmitidos, siempre que sea técnicamente posible, a otro responsable de tratamiento.
2. Que si la solicitud de portabilidad fuese estimada y siempre que sea técnicamente posible, se remita de responsable de tratamiento a responsable de tratamiento directamente la información concerniente a mi persona, en el plazo de un mes.
3. **Que el ejercicio de este derecho no afecta negativamente a los derechos y libertades de otros.**

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.
- Otros: \_\_\_\_\_