



Formulario para el ejercicio del derecho de rectificación

Petición de información sobre el tratamiento de datos personales

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 acceso, de conformidad con el artículo 16 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

Que se proceda a acordar la rectificación de los datos personales, que se realice en el plazo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud, y que se me notifique de forma escrita el resultado de la rectificación practicada. Datos sobre los que solicito el derecho de rectificación:

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar la rectificación solicitada, se me comunique motivadamente a fin de, en su caso, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda. Asimismo, en caso de que mis datos personales hayan sido comunicados por ese responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta rectificación a los mismos.

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: _____