



Formulário para o exercício do direito de retificação

Pedido de informação sobre o tratamento de dados pessoais

Dados do responsável pelo tratamento	
<input type="checkbox"/> Nome: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA	
<input type="checkbox"/> Nome: PSN ASESORAMIENTO Y GESTIÓN DEL RIESGO, S.A.U.	
<input type="checkbox"/> Nome: PSN EDUCACIÓN Y FUTURO, S.A.U.	
<input type="checkbox"/> Nome: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL SERVICIOS Y CONSULTORÍA, S.L.U.	
<input type="checkbox"/> Nome: AMIC SEGUROS GENERALES, S.A.U.	
<input type="checkbox"/> Nome: DOCTOR PÉREZ MATEOS, S.A.	
<input type="checkbox"/> Nome: PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL GESTIÓN, S.A.	
Morada: C/ GÉNOVA, 26 - 28004 MADRID	

Dados do requerente:	
Apelidos:	
Nome:	N.I.F.:
Morada:	Localidade:
C.P.:	Província:
Telefone(s): /	
E-Mail:	

Caso o requerente não seja o titular dos dados, preencher os seguintes dados:

Relação com o titular: _____

Dados do titular dos dados:	
Apelidos:	
Nome:	N.I.F.:
Morada:	Localidade:
C.P.:	Província:
Telefone(s): /	
E-Mail:	

por meio do presente documento, declara o seu desejo de exercer o seu direito de retificação, nos termos do artigo 16 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e, por conseguinte,

SOLICITA

Que se proceda à concessão da retificação dos dados pessoais, que esta seja efetuada no prazo de um mês a partir da data de receção deste pedido, e que me seja comunicado por escrito o resultado da retificação praticada. Dados sobre os quais solicito o direito de retificação:

Que, caso não seja considerado procedente praticar a retificação solicitada, tal facto me seja comunicado de forma fundamentada, para poder, se for caso disso, reclamar junto da respetiva Autoridade de controlo. De igual forma, caso os meus dados pessoais tenham sido comunicados por esse responsável a outros responsáveis pelo tratamento, que esta retificação seja comunicada aos mesmos.

Em _____, a _____ de _____ de 20____

Assinatura:

N.I.F.:

Documentação apensa

Anexo os seguintes documentos:

- Fotocópia do Documento de Identidade, passaporte ou documento análogo do requerente.
- Comprovativo de titularidade bancária.
- Autorização do titular, caso o requerente não seja o titular.

- Fotocópia do Documento de Identidade do titular, caso o requerente não seja o titular.
- Original e cópia da certidão de óbito do titular.
- Documentação que comprove a relação familiar ou de facto com o falecido e, na falta desta, declaração juramentada para o efeito.
- Outros: