



Formulário para o exercício do direito de eliminação

Pedido de eliminação (total ou parcial) dos dados pessoais objeto de tratamento incluídos numa base de dados

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 eliminação, nos termos do artigo 17 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

1. Que, no prazo de um mês a partir da data de receção deste pedido, se proceda à eliminação de qualquer dado relativo à minha pessoa que se encontre nas suas bases de dados, nos termos previstos no Regulamento (UE), relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados, e que tal facto me seja comunicado, por escrito, através da morada anteriormente indicada.
2. Que, caso o Responsável pelo tratamento entenda que a referida eliminação não é procedente, me deem igualmente conhecimento de tal facto, de forma fundamentada e dentro do mesmo prazo, para poder apresentar a respetiva reclamação, com base nos artigos 77 e seguintes do RGPD, relativo a Direito a apresentar uma reclamação junto de uma autoridade de controlo.

Em _____, a _____ de _____ de 20____

Assinatura:

N.I.F.:

Documentação apensa

Anexo os seguintes documentos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fotocópia do Documento de Identidade, passaporte ou documento análogo do requerente. | <input type="checkbox"/> Fotocópia do Documento de Identidade do titular, caso o requerente não seja o titular. |
| <input type="checkbox"/> Comprovativo de titularidade bancária. | <input type="checkbox"/> Original e cópia da certidão de óbito do titular. |
| <input type="checkbox"/> Autorização do titular, caso o requerente não seja o titular. | <input type="checkbox"/> Documentação que comprove a relação familiar ou de facto com o falecido e, na falta desta, declaração juramentada para o efeito. |
| | <input type="checkbox"/> Outros: |

Em caso de eliminação parcial dos dados, especificar os dados que devem ser eliminados

ANEXO	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	
Dado atual:	
Documento comprovativo:	