



Formulário para o exercício do Direito de Acesso

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 acesso, nos termos do artigo 15 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 destes dados e, por conseguinte,

SOLICITA

1. Que lhe seja facultado gratuitamente o acesso aos seus dados¹ de

no prazo máximo de um mês a partir da data de receção do pedido.

2. Que, em caso de deferimento do pedido para exercer o direito de acesso, a informação seja enviada para o endereço de e-mail anteriormente indicado ou, em caso omissivo, por correio postal.

3. Que esta informação abranja de modo legível e inteligível os dados de base sobre a minha pessoa que estão incluídos nas suas bases de dados, e os decorrentes de qualquer elaboração, processo ou tratamento, bem como a origem dos dados, os cessionários e a especificação das utilizações e finalidades concretas para as quais foram armazenados.

Em _____, a _____ de _____ de 20____

Assinatura:

N.I.F.:

¹Caso os dados não tenham sido especificados, ser-lhe-ão facultados todos os que se tiverem do titular dos dados.

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: _____ |