



Formulário para o exercício do direito de limitação de tratamento

Pedido de limitação do tratamento dos 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 cancelamento, nos termos do artigo 18 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

- A limitação do tratamento dos meus dados com base nas seguintes (Assinalar as opções corretas): Impugno a exatidão dos meus dados pessoais, durante um prazo que permita ao responsável verificar a exatidão dos mesmos;
 - O tratamento é ilícito e oponho-me à eliminação dos dados pessoais, solicitando, em vez disso, a limitação da sua utilização;
 - O responsável pelo tratamento já não precisa dos dados pessoais para as finalidades do tratamento para o qual foram recolhidos; no entanto, o signatário precisa dos mesmos para a formulação, exercício ou defesa de reclamações;
 - O interessado se tenha oposto ao tratamento nos termos do artigo 21 do Regulamento, enquanto se verifica se os motivos legítimos do responsável prevalecem sobre os do interessado.
- Que, no prazo de um mês a partir da receção deste pedido, se proceda à efetiva limitação de tratamento de qualquer dado relativo à minha pessoa que se encontre nas suas bases de dados, nos termos previstos no Regulamento Europeu de Proteção de dados (GDPR), e que me deem conhecimento da mesma, por escrito, através do endereço anteriormente referido, a não ser que isso seja impossível ou exija um esforço desproporcional, como indica o Art. 19 do referido Regulamento.
- Que, caso o Responsável pelo tratamento entenda que tal limitação não é procedente ou é impossível, me deem igualmente conhecimento de tal facto, de forma fundamentada.

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.
- Outros: