



# Formulario para el ejercicio del Derecho de Acceso

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 15 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

1. Que se le facilite gratuitamente el acceso a sus datos<sup>1</sup> de \_\_\_\_\_  
en el plazo máximo de un mes a contar desde la recepción de esta solicitud.
2. Que si la solicitud del derecho de acceso fuese estimada, se remita la información a la dirección de correo electrónico arriba indicado o en su ausencia por correo postal.
3. Que esta información comprenda de modo legible e inteligible los datos de base que sobre mi persona están incluidos en sus bbdd, y los resultantes de cualquier elaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los cesionarios y la especificación de los concretos usos y finalidades para los que se almacenaron.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma:

N.I.F.:

<sup>1</sup>Si no se especifican datos, se le facilitarán todos los que se tienen del titular de los datos.

#### 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: \_\_\_\_\_