



PARTE DE Bupa

EJERCICIO DEL DERECHO DE LIMITACIÓN

Att. LOPD

Nombre de la empresa del Grupo Sanitas: _____

DATOS DEL AFECTADO (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Email _____

AUTORIZA A:

DATOS DEL REPRESENTANTE (acompaña copia DNI)

Nombre y apellidos _____ DNI _____

Dirección postal _____ Cód. Postal _____

Localidad _____ Provincia _____ Email _____

Por medio del presente escrito ejerce el **DERECHO DE LIMITACIÓN** y en consecuencia, solicita que realice y que se me notifique el resultado del derecho practicado por el siguiente medio:

- Si Correo postal a la dirección del afectado antes indicada
- Si Entrega en mano en las oficinas
- Si Correo electrónico encriptado
- Si Otros: _____

Motivos por los que solita el derecho de limitación:

- Si Mientras se comprueba la impugnación de la exactitud de sus datos
- Si El tratamiento es ilícito, pero se opone a la supresión de sus datos
- Si Por ser necesarios para el ejercicio o la defensa de reclamaciones
- Si Mientras se verifica la prevalencia de un motivo legítimo para el tratamiento por parte de Sanitas, habiéndose opuesto al tratamiento de sus datos para el cumplimiento de una misión en interés público o para la satisfacción de un interés legítimo
- Si Otros (Explicar): _____

Indicar los tratamientos que desea limitar:

Tratamientos que desea limitar:	
---------------------------------	--

Lugar, fecha: _____

FIRMA: