



PARTE DE Bupa

## EJERCICIO DEL DERECHO DE REVISIÓN DECISIONES AUTOMATIZADAS

### 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 REVISION DECISIONES AUTOMATIZADAS** 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: \_\_\_\_\_

### Indicar el derecho que se solicita:

- Si Obtener intervención humana por parte del responsable.
- Si Expresar su punto de vista: \_\_\_\_\_
- Si Impugnar la decisión: \_\_\_\_\_

Actividades de tratamiento objeto del derecho:	
--	--

Lugar, fecha: \_\_\_\_\_

FIRMA: