

**EJERCICIO DERECHO DE LIMITACION DEL TRATAMIENTO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE PREVENCIÓN DEL FRAUDE EN SEGUROS DE RAMOS
DIVERSOS (SIPFSRD)**

Dirección de la Oficina de Ejercicio de Derechos: TIREA - **Ctra. Las Rozas – El Escorial Km 0.3**
C.P.: **28231** Localidad: **LAS ROZAS** Provincia: **MADRID** (fax nº 914516819)

DATOS DEL SOLICITANTE¹

D/D^a, mayor de edad, con domicilio en la
C/.....nº.....,C.P.....Localidad.....
..... Provincia con D.N.I, del que acompaña
fotocopia,

(Representante legal)

Nombre y Apellidos.....
D.N.I.....

Datos no obligatorios²

Nº de Póliza
Entidad.....

por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de limitación del tratamiento, de conformidad con el artículo 18 del Reglamento de (UE) 206/79 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos y, en consecuencia,

SOLICITA. –

- 1.- Que se proceda al bloqueo definitivo de todos mis datos contenidos en el Sistema de Información de Prevención del Fraude en Seguros de Ramos Diversos, en virtud del art. 18 del RGPD.
- 2.- Causa fundada y legítima por la cual considero que mis datos no pueden ser objeto de tratamiento (describir los motivos):
- 3.- Que se me comunique de forma escrita a la dirección arriba indicada la estimación o desestimación de esta solicitud.

En..... a.....de.....de 20...

Firma del interesado (**Imprescindible**)

¹ Fotocopia perfectamente legible en su integridad, del D.N.I., Pasaporte o Tarjeta de Residencia. En caso de actuar a través de representación, deberá aportarse autorización o apoderamiento escrito y expreso del interesado. Será válida la acreditación de identidad a través de medios electrónicos tales como D.N.I electrónico o certificados de condición similar.

² Dato de número de póliza para facilitar la gestión de la solicitud. No obligatorio.