

**EJERCICIO DERECHO DE SUPRESION
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/Dª , mayor de edad, con domicilio en la
C/.....nº.....,C.P.....Localidad.....
..... Provincia con D.N.I , del que acompaña
fotocopia,

Datos no obligatorios²

Nº de Póliza

por medio del presente escrito manifiesta su deseo de ejercer su derecho de supresión, de conformidad con el artículo 17 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, por incorrección de los mismos, se proceda a la efectiva supresión en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud, de los datos que a continuación detallo:
- 2.- Los motivos que me llevan a solicitar la cancelación de los datos arriba descritos son:
- 3.- Que me comuniquen de forma escrita a la dirección arriba indicada la cancelación de los datos una vez realizada. Que, en el caso de que el responsable del fichero considere que dicha cancelación no procede, lo comunique igualmente, de forma motivada y dentro del plazo de diez días señalado

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 Datos de matrícula y/o de número de póliza para facilitar la gestión de la solicitud. No obligatorios.