

## EJERCICIO DEL DERECHO DE OPOSICIÓN

El solicitante requiere la oposición al tratamiento de sus datos por MEDVIDA PARTNERS

<b>DATOS PERSONALES:</b>	
Solicitante Nombre y Apellidos	
DNI/NIE <sup>1</sup>	
<b>DATOS CONTACTO:</b>	
Domicilio Calle/Nº/Piso	
Municipio	
Código postal	
Correo Electrónico	

Por medio del presente escrito ejerce el derecho de oposición ante MEDVIDA PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. con NIF A-28534345 y domicilio en Madrid, Carrera de San Jerónimo nº 21, por medio del presente escrito ejerzo el derecho de oposición, de conformidad con el artículo 21 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,

### **EXPONGO,**

(Describir la situación en la que se produce el tratamiento de sus datos personales y enumerar los motivos por los que se opone al mismo)

Para acreditar la situación descrita, acompaño una copia de los siguientes documentos:

(ENUMERAR LOS DOCUMENTOS QUE ADJUNTA CON ESTA SOLICITUD PARA ACREDITAR LA SITUACIÓN QUE HA DESCRITO).

### **SOLICITO,**

Que sea atendido mi ejercicio del derecho de oposición en los términos anteriormente expuestos.

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

Firmado:

Para acreditar su identidad y con ello garantizar su seguridad y la del tratamiento de sus datos, es necesario que junto a esta solicitud acompañe una fotocopia de su D.N.I.

Si el interesado actúa por representante legal o voluntario, fotocopia del DNI de la persona que lo represente, así como documento acreditativo de tal representación, y/o escrituras de apoderamiento.

Deberá acompañar los documentos acreditativos de la petición que formula, en su caso.

En el caso de menores de 14 años de edad acreditación de la patria potestad o representación legal.