



# Ejercicio del Derecho de Supresión (Derecho al olvido)

Iberian Insurance Group SL (IBERIAN)  
C/ Fernández de Ribera 4 EDIFICIO  
IBERIAN, 41005 Sevilla  
comercial@iberianinsurance.es

D./Dña. ...., mayor de edad, con domicilio en ..... Y DNI ..... del que acompaña fotocopia, por medio del presente escrito solicita ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento 2016/679 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 estos datos; y el artículo 15 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

## SOLICITA

1) Que se proceda a la efectiva supresión de los datos relativos a mi persona que se encuentren en sus sistemas de tratamiento, sin dilación indebida, por el siguiente motivo (elegir):

- Los datos personales ya no son necesarios en relación con los fines para los que fueron recogidos.
- Retiro el consentimiento en que se basa el tratamiento, y este no está basado en otro fundamento jurídico.
- Los datos personales han sido tratados ilícitamente (describir motivo)  
.....  
.....
- Los datos personales deben suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en (especificar normativa) .....
- Se trata de datos obtenidos en relación a una oferta de servicios de la sociedad de la información efectuada a menores de 16 años.

2) Los datos que hay que cancelar se enumeran en la hoja anexa, haciendo referencia a los documentos que se acompañan en esta solicitud y que acreditan la procedencia de la misma.

3) Que si los datos personales se han hecho públicos, solicito que se adopten las medidas técnicas necesarias para informar a otros responsables de mi solicitud de borrar mi información personal, incluyendo cualquier enlace a esos datos personales o cualquier copia o réplica de los mismos.

4) Cualquier comunicación que hubiere lugar, ruego la realicen a la dirección arriba indicada.

5) Que en caso de que el Responsable del tratamiento considere que la supresión no procede lo comunique al interesado.

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

Fdo.

## DATOS QUE DEBEN CANCELARSE

Número	Dato Incorrecto
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	