

FORMULARIO PARA EJERCICIO DE DERECHOS DE TITULARES DE DATOS PERSONALES

Fecha de solicitud:

I. Indicaciones:

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, usted tiene derecho de acceso, rectificación y actualización, eliminación, oposición, portabilidad, suspensión y derecho a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas, respecto a los datos de los que es responsable **PLUS MEDICAL**. Para ejercerlos deberá enviar el presente formulario a la dirección de correo electrónico: cliente@plusmedical.com.ec

En caso la información enviada se encuentre incompleta, le requeriremos que la complemente o aclare en un plazo máximo de **5 días**; de lo contrario, se tendrá por no presentada la solicitud. Asimismo, si resulta necesaria información o documentación adicional para atender su solicitud, le requeriremos que envíe tal información en un término de **10 días**; de lo contrario, se tendrá por no presentada la solicitud.

II. Datos del Solicitante o de su Representante Legal

Solicitante (titular)

Nombres y apellidos:

Cédula/RUC:

Número de teléfono:

Representante legal (de ser aplicable)

Nombres y apellidos:

Cédula/RUC:

Número de teléfono:

IMPORTANTE: Deberá anexarse a la solicitud, documentos que acrediten la identidad del titular o de su representante legal (Copia del documento de identidad o poderes legalizados, de ser el caso).

III. Tipo de Solicitud. Seleccione el tipo de solicitud a realizar:

Acceso (consulta sobre información detallada respecto del tratamiento de los datos)

Actualización y rectificación (actualizar o corregir datos cuando sean inexactos, erróneos, falsos, incorrectos, imprecisos o ya no vigentes.)

Eliminación (eliminar datos de los archivos, registros, expedientes, sistemas, bases de datos del Responsable)

Oposición (oponerse o negarse al tratamiento, uso o transferencia de los datos personales)

Portabilidad (recibir datos personales en un formato compatible, actualizado, estructurado, común, inter-operable y de lectura mecánica o solicitar que se transmitan a otros responsables)

Suspensión (suspender tratamiento hasta resolver controversia/verificar la exactitud de los datos)

Derecho a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas (solicitar aclaraciones frente a valoraciones automatizadas, o impugnarlas)

IV. Descripción de la Solicitud:	
<p>Para brindar un mejor servicio, se sugiere especificar lo solicitado. En el caso de rectificación, cancelación u oposición deberá proporcionar los documentos que sustenten su petición. (Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud).</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
V. Notificación de respuesta.	
<p>Seleccione el medio a través del cual se le proporcionará respuesta a su requerimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicito que me sean enviados a mi domicilio ubicado en: _____ • Solicito que mis datos sean enviados al correo electrónico: _____ 	
VI. A fin de facilitar la localización de la información, favor de especificar el tipo de relación que ha tenido con la institución:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cliente: _____ • Beneficiario: _____ • Proveedor: _____ • Postulante: _____ • Ex colaborador: _____ • Otro (especifique): _____ 	

FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL