

SOLICITUD PARA EJERCICIO DE DERECHOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

¡Gracias por acceder a este formulario!

Previo a completarlo, le sugerimos visitar nuestro Aviso de Privacidad de Datos Personales en el siguiente enlace para más información: AVISO PRIVACIDAD
Además, por favor le pedimos revisar las excepciones a los derechos contenidas en el artículo 18 de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, mismas que se tomarán en cuenta para procesar su solicitud.

1. DATOS DEL TITULAR PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS

Datos directos del titular:

Nombres y Apellidos: _____

Documento: CI _____ Pasaporte _____

Correo electrónico: _____

Por favor adjunte a esta solicitud la documentación que acredita su identidad, como, por ejemplo, copia legible y a color de su cédula de identidad o pasaporte. Sin esta información no se podrá procesar su solicitud.

En caso de que usted no sea el titular directo de los datos personales y que esté actuando a nombre de un tercero, por favor completar el siguiente apartado:

Datos del representante debidamente acreditado por el titular o por la ley en caso de que el titular no actúe por sus propios derechos:

Nombres y Apellidos: _____

Documento: CI _____ Pasaporte _____

Correo electrónico: _____

Calidad en la que actúa:

☐ Representante legal

☐ Apoderado

☐ Beneficiario

☐ Otros

Especificar: _____

Por favor adjunte a esta solicitud la documentación que acredita su identidad, como, por ejemplo, copia legible y a color de su cédula de identidad o pasaporte y documento que acredite su representación. Sin esta información no se podrá procesar su solicitud.

2. RELACIÓN CON SEGUROS DEL PICHINCHA S.A.

- ☐ Cliente
- ☐ Proveedor
- ☐ Agente
- ☐ Colaborador
- ☐ Otros
- Especificar: _____

3. SOLICITUD DE DERECHOS

Marque con una X el derecho que desea ejercer:

- ☐ **Acceso / Información.** Por favor detalle a qué información desea acceder:
 - ☐ Qué información personal está sujeta a tratamiento.
 - ☐ Cuáles son los tipos de tratamiento que se otorgan a mis datos personales
 - ☐ Cómo fueron recopilados mis datos personales.
 - ☐ Las razones que motivaron la recopilación.
 - ☐ Finalidad o finalidades del tratamiento de sus datos.
 - ☐ Identidad de los que son o pueden ser los destinatarios de mis datos.
 - ☐ Transferencia nacional y/o internacional de mis datos.
 - ☐ Tiempo de conservación de mis datos.
 - ☐ Otros. Especificar: _____

☐ **Actualización.** Indique qué datos desea actualizar y qué modificación debe realizarse:

- ☐ Datos generales
- ☐ Datos de contacto (correo electrónico, teléfonos, dirección de domicilio)
- ☐ Datos crediticios / bancarios (número de cuenta / banco)
- ☐ Otros. Especificar: _____

¿Qué actualización debemos hacer?

☐ **Rectificación.** Indique qué datos resultan ser inexactos, erróneos o falsos e indicar la corrección que debe realizarse:

- ☐ Datos generales
- ☐ Datos de contacto (correo electrónico, teléfonos, dirección de domicilio)
- ☐ Datos crediticios / bancarios (número de cuenta / banco)
- ☐ Otros. Especificar: _____

¿Qué rectificación debemos hacer?

☐ **Eliminación.**

Describa el motivo por el cual solicita la eliminación

Por favor, tome en cuenta que, en caso de que usted mantenga una o más pólizas vigentes con Seguros del Pichincha S.A, la solicitud de eliminación de sus datos implica que se inicie un proceso de cancelación unilateral de su parte de la o las pólizas que mantiene vigente/s. Adicionalmente, se le informa que Seguros del Pichincha S.A. mantendrá sus datos personales por el tiempo que la normativa mande.

¿Qué datos debemos eliminar?

☐ **Oposición.**

¿Qué tipo de oposición desea realizar?

En caso de que usted haya brindado su consentimiento al tratamiento de sus datos personales previamente, para que proceda su solicitud de oposición, favor acreditar la existencia de motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal que justifiquen el ejercicio de este derecho:

☐ **Portabilidad:** Esto implica su solicitud para transferir los datos personales a otro responsable del tratamiento cuando fuera técnicamente posible y sin que el responsable impida el acceso, la transferencia o reutilización de datos por parte del titular o de otro responsable del tratamiento.

☐ **Suspensión del tratamiento.** Señale la condición legal por la cual solicita la suspensión:

☐ He impugnado la exactitud de mis datos personales y Seguros del Pichincha se encuentra verificando los mismos.

☐ El tratamiento de mis datos personales es ilícito. Indique la causa de ilicitud:

☐ Seguros del Pichincha ya no necesita los datos personales para los fines del tratamiento. Indique los argumentos que le respaldan:

☐ Me opuse al tratamiento de mis datos por parte de Seguros del Pichincha y se está verificando si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los del míos

☐ Derecho a no ser objeto de una decisión basada única o parcialmente en valoraciones automatizadas

4. DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Adicional a la documentación que acredita su identidad, por favor, adjuntar a esta solicitud cualquier tipo de documentación que sustente su pedido, en caso de que usted considere pertinente.

5. AUTORIZACIÓN

Autorizo que Seguros del Pichincha S.A., en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales a tratar los datos que se proporcionan en el presente formulario. Comprendo que mis datos personales serán tratados para la gestión de solicitudes, y absolución de consultas respecto a los derechos que requiera ejercer, conforme a la Política General de Protección de Datos Personales.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

FECHA: _____

AVISO LEGAL

INFORMACIÓN LEGAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU SOLICITUD SOBRE LA PROTECCIÓN DE DATOS

En caso de que la solicitud no cumpla con los requisitos o la información proporcionada requiera ser aclarada, o bien, no se acompañen los documentos de acreditación correspondientes, Seguros del Pichincha Seguros Ecuador S.A., dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud, podrá requerir el aporte de los elementos o documentos necesarios para dar trámite a la misma. El Titular (usted) contará con diez (10) días hábiles para atender el requerimiento, o completar la solicitud, contados a partir del día siguiente en que haya sido notificado. De no dar respuesta en dicho plazo, Seguros del Pichincha procederá a archivar la solicitud y notificar al Titular sobre su rechazo. Este rechazo no impedirá que el Titular presente nuevamente su solicitud.

En caso de que la solicitud cumpla con los requisitos desde el día de su presentación, Seguros del Pichincha Seguros Ecuador S.A. atenderá su solicitud dentro de los quince (15) días hábiles de haberla recibido.

Si el titular no presenta observaciones en 3 días laborables después de recibir la respuesta, el caso se cierra.

Los canales oficiales para la recepción o presentación de la solicitud por parte del responsable del tratamiento son:

- Correo electrónico oficial para la atención de consultas sobre protección de datos: protecciondedatos@seg-pichincha.com
- Formulario Web derechos ARCO, página institucional.
- Domicilio del responsable: Edificio Autodelta Segundo Piso, Av, González Suárez N32-346 Y, Av. La Coruña esq, Quito 170517

La respuesta será entregada por el medio elegido por el titular, conforme a lo indicado en la solicitud (correo electrónico, ventanilla física o plataforma habilitada).