



FORMULARIO DE SOLICITUD DEL EJERCICIO DEL DERECHO DEL TITULAR

IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Responsable del Tratamiento: SEGUSUAREZ AGENCIA ASESORA PRODUCTORA DE SEGUROS.

RUC: 1891753191001

Domicilio social: Ambato, Av. Rodrigo Pachano y Montalvo.

Oficial de Protección de Datos: protecciondatos@segurossuarez.com

DATOS DEL TITULAR:

Nombre completo:	
Número de Identificación (CI):	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	

TIPO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHO:

Seleccione los derechos a ejercer:

- Acceso a los datos
- Rectificación y/o actualización de los datos
- Eliminación* de los datos
- Oposición* al Tratamiento
- Suspensión* del Tratamiento

*Siempre que no se contraponga con cualquier medida legal estipulada por el Estado Ecuatoriano que imposibilite el ejercicio a ese derecho o el titular no tenga una obligación contractual con Seguros Suárez.

Detalle su solicitud y los datos involucrados:

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma:

Una vez completado, este formulario debe enviarse por correo electrónico a protecciondatos@segurossuarez.com. En caso de requerir enviar el formulario de manera física se deberá remitir a la siguiente dirección: Seguros Suárez, Av. Rodrigo Pachano y Montalvo. Se debe adjuntar la copia del documento de identidad del Interesado o en su defecto podrá acercarse a oficinas para atender su requerimiento.

