

FORMULARIO DE EJERCICIO DE DERECHOS SOBRE DATOS PERSONALES

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del titular de los datos personales:	
Número de cédula de identidad o pasaporte:	
Correo electrónico:	
Teléfono (opcional):	

A.1. Si el titular es menor de edad o existe una autorización para ejercer un derecho a nombre de un terceros, complete también la siguiente sección:

Calidad:	<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Representante convencional/apoderado <input type="checkbox"/> Madre/Padre/Tutor(a)
Nombres y apellidos completos:	
Número de cédula de identidad:	
Correo electrónico:	

B. TIPO DE DERECHO EJERCIDO

B.1. Derecho(s) que desea ejercer (marque lo que corresponda)

- Acceso
- Rectificación y/o actualización
- Eliminación / supresión
- Oposición
- Suspensión / limitación del tratamiento
- Portabilidad (si aplica)
- Revocatoria del consentimiento (cuando el tratamiento se base en consentimiento)
- No ser objeto de decisiones basadas únicamente en tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles (si aplica)
- Otros (especifique):

B.2. Descripción clara y precisa de los datos personales sobre los que solicita el derecho (De ser posible, detalle qué datos, en qué contexto fueron recolectados, fechas aproximadas, producto/servicio, área, canal, cuenta/usuario, número de cliente, u otra referencia que facilite su localización.)

B.3. Solicitud concreta (relación de lo que solicita, de forma clara y precisa)

C. DECLARACIÓN Y FIRMA

Marque y adjunte los documentos correspondientes:

C.1. Acreditación de identidad

- Copia de cédula del titular
- Copia de pasaporte del titular
- Otro (especifique): _____

C.2. Acreditación de representación (si aplica)

- Documento que acredite representación legal (según corresponda)
- Poder/carta de autorización del titular (si aplica)
- Copia de identificación de la persona representante
- Otro (especifique): _____

Declaro que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y completa. Entiendo que INTRICALMED S.A. INTRICALMEDSA. – NOVAMEDIC podrá solicitar información adicional estrictamente necesaria para verificar identidad/representación y tramitar la solicitud conforme a la normativa aplicable, en se sentido podrán tomar contacto conmigo.

Firma: _____