Assistència Sanitària

FORMULARIO DE EJERCICIOS DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre / razón social: **ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL S.A. DE SEGUROS**
Dirección de la oficina / Servicio ante el que se ejercita el/los derecho/s:
Josep Tarradellas, 123-127. Barcelona (08029)
Comunidad Autónoma: Catalunya
C.I.F: A-08169526

DATOS DEL INTERESADO O REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª ....., mayor de edad, con domicilio en
Calle/Plaza..... nº..... Localidad.....
Provincia..... C.P. .....
Comunidad Autónoma ..... D.N.I.....

TIPO DE SOLICITUD (*marcar con una X el derecho que se solicite)*

☐ ACCESO
☐ SUPRESIÓN
☐ LIMITACIÓN
☐ OPOSICIÓN
☐ PORTABILIDAD
☐ RECTIFICACIÓN

Assistència Sanitària

DERECHO DE ACCESO

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro: (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho.

En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITUD

Que el responsable confirme si está tratando o no datos personales que le conciernan y, en caso afirmativo, se le facilite gratuitamente el derecho de acceso a estos datos en el plazo máximo de un mes a aplicar desde la recepción de esta solicitud, enviándole a la dirección arriba indicada la siguiente información *(marca con una X la que se solicite)*:

☐ Copia de mis datos personales que son objeto de tratamiento por este responsable

☐ La finalidad del tratamiento, así como las categorías de datos personales tratadas.

☐ Los destinatarios o categorías de destinatarios a los cuales se han comunicado mis datos personales o serán comunicados, incluyendo, si procede, destinatarios en terceros o organizaciones internacionales.

☐ El plazo previsto de conservación, o de no ser posible, los criterios para determinar el plazo.

☐ Si existen decisiones automatizadas, incluyendo la elaboración de perfiles, información significativa sobre la lógica aplicada, así como la importancia y consecuencias previstas de este tratamiento.

☐ Si mis datos personales no se han obtenido directamente de mí, la información disponible sobre su origen.

☐ La existencia del derecho a solicitar la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de mis datos personales, o a oponerme a este tratamiento. .

☐ El derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control.

FECHA Y FIRMA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*

Assistència Sanitària

DERECHO DE SUPRESIÓN

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

La supresión de los datos se llevará a cabo sobre la base de los supuestos contemplados en el Reglamento General de Protección de Datos. No obstante, se prevén ciertas excepciones en las cuales no será procedente ejercer este derecho. Por ejemplo, cuando prevalezca el derecho a la libertad de expresión y de información.

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho.

En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITO

Que el responsable proceda a la supresión de los datos personales que me conciernan sobre los cuales se ejercita el derecho, informándome del resultado de esta cancelación en el plazo de un mes a aplicar desde la recepción de esta solicitud.

Que en caso de que se acuerde que no procede practicar total o parcialmente la supresión solicitada, se me comunique motivadamente con el objetivo, si procede, reclamar ante la Autoridad de control que corresponda.

Que en caso de que mis datos personales hayan estado comunicados por este responsable a otros responsables del tratamiento, se comunique esta supresión.

No obstante, este derecho no es ilimitado, de tal forma que puede ser factible no proceder a la supresión cuando el tratamiento sea necesario para el ejercicio de la libertad de expresión e información, para el cumplimiento de alguna obligación legal, para el cumplimiento de alguna misión de interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidas al responsable, por razones de interés público, en el ámbito de la salud pública, con finalidades de archivo de interés público, finalidades de investigación científica o histórica o finalidades estadísticas, o para formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

FECHA Y FIRMA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*

Assistència Sanitària

DERECHO DE LIMITACIÓN

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

Este modelo se utilizará por el interesado que desee solicitar al responsable que limite el tratamiento de sus datos personales cuando proceda alguna de las siguientes situaciones:

- El tratamiento de sus datos personales es ilícito i el afectado se opone a la supresión.

- El responsable ya no necesita los datos personales para las finalidades del tratamiento, pero el afectado las necesita para la formulación, el ejercicio o defensa de sus reclamaciones.

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho.

En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITO

Que se limite el tratamiento de mis datos personales por concurrir una de las circunstancias siguientes:

- Que el tratamiento es ilícito i me opongo a su supresión.
- Que el responsable ya no necesita mis datos personales para las finalidades por las que fueron recogidas, pero son necesarias para la formulación, ejercicio o defensa de las reclamaciones.

Que sea atendida mi solicitud en los términos anteriormente expuestos en el plazo de un mes, i que se comunique esta limitación a todos los destinatarios a los que se hayan comunicado mis datos personales.

FECHA Y FIRMA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*

Assistència Sanitària

DERECHO DE OPOSICIÓN

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

Este modelo se utilizará cuando el afectado desee oponerse al tratamiento de sus datos personales con finalidades de recibir información y comunicaciones en relación a los servicios contratados y solicitud de participación en encuestas de opinión y satisfacción. Así como, recibir información sobre Servicios, actividades y promociones de las diferentes áreas de actividad de.....y que se conozca mi opinión al respecto, pudiendo realizarse perfiles de compra y análisis de hábitos a partir de la información obtenida.

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho.

En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITO

La oposición al tratamiento de mis datos personales, teniendo en consideración que: (*marcar con una X lo que se solicite*)

☐ La oposición al tratamiento de mis datos personales con la finalidad de recibir información y comunicación en relación a los servicios contratados y solicitud de participación en encuestas de opinión y de satisfacción.

☐ La oposición al tratamiento de mis datos personales con la finalidad de recibir información sobre Servicios, actividades y promociones de las diferentes áreas de actividad de..... y que se conozca mi opinión al respecto, pudiéndose realizar perfiles de compra y análisis de hábitos a partir de la información obtenida.

Sin perjuicio que corresponde a ....., responsable del tratamiento, acreditar motivos legítimos imperiosos que prevalezcan sobre mis intereses, derechos y libertades (en los dos primeros supuestos), o una misión realizada en interés público (en el tercer supuesto)

Que se dé trámite a mi solicitud de ejercicio del derecho de oposición en el plazo máximo de un mes des de la recepción de esta solicitud y, en consecuencia, se cesen las comunicaciones comerciales no solicitadas utilizando mis datos personales.

FECHA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*

Assistència Sanitària

DERECHO DE PORTABILIDAD

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

El modelo se utilizará por el afectado que desee que se le faciliten sus datos personales en un formato estructurado, de uso común, y lectura mecánica. También podrá utilizarse si quisiera que los citados datos personales sean transmitidos directamente de responsable a responsable cuando sean técnicamente posible.

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho. En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITO

Que se faciliten gratuitamente los datos personales que me conciernan en un formato estructurado, de uso común y de lectura mecánica en el plazo máximo de un mes des de la recepción de esta solicitud, remitiéndole, los citados datos a responsable.....(nombre o razón social), siempre que sea técnicamente posible.

FECHA Y FIRMA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*

Assistència Sanitària

DERECHO DE RECTIFICACIÓN

CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA LOCALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN ESPECIFIQUE EL TIPO DE RELACIÓN MANTENIDA CON:

☐ Asistencia Sanitaria Colegial S.A. de Seguros

☐ Otro (*especificar*): .....

INSTRUCCIONES

Este modelo se utilizará en casos que se tuvieran que modificar datos inexactos o incompletos por parte del responsable del tratamiento. Para demostrar el carácter inexacto o incompleto de los datos que se estén utilizando resulta necesario la aportación de la documentación que lo acredite al responsable del tratamiento

Será necesario aportar fotocopia del D.N.I. o documento equivalente que acredite la identidad y sea considerado válido en derecho.

En caso de actuar mediante representación legal deberá aportarse, además, DNI y documento acreditativo de la representación del representante

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

☐ Fotocopia DNI/NIE/Pasaporte

☐ Documento acreditativo de la representación

☐ Otro: (*especificar)*.....

SOLICITO

Que el responsable proceda a la rectificación de los datos personales indicados a continuación sobre los cuales se ejercita el derecho y que se me notifique de forma escrita el resultado de la modificación practicada en el plazo máximo de un mes a aplicar desde la recepción de esta solicitud.

Datos personales sobre los cuales se ejercita el derecho:

Dato 1: …….
Dato 2: …….
Dato 3: …….

Que si los datos personales hubieran sido comunicados a terceros, se notifique a los mismos la rectificación practicada con la finalidad de que también estos procedan a practicar ales rectificaciones de datos oportunas.

FECHA Y FIRMA

En Barcelona, a.....de.....de 20.....	*Firma*