

SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Fecha: _____

Asunto: Solicitud ejercicio de derechos sobre datos personales.

1. DATOS DEL TITULAR

Nombres y Apellidos:	
C.I. / Pasaporte:	E-mail:
Teléfono:	Ciudad:

DATOS DEL REPRESENTANTE (En caso de que aplique)

Nombres y Apellidos:	
C.I. / Pasaporte:	E-mail:
Teléfono:	Ciudad:

2. DERECHO QUE DESEA EJERCER (Marque con una X)

☐	Información.- A recibir información clara, precisa, veraz y accesible respecto del tratamiento de sus datos personales, en estricto cumplimiento de los principios de lealtad, transparencia y responsabilidad proactiva.
☐	Acceso.- A conocer, obtener y solicitar de forma gratuita información relativa al tratamiento de sus datos personales sin necesidad de presentar justificación alguna.
☐	Rectificación y actualización.- A solicitar la corrección o actualización de sus datos personales inexactos o incompletos, para asegurar la veracidad y exactitud de la información tratada.
☐	Eliminación.- A solicitar la eliminación o supresión de sus datos personales siempre que dichos datos personales ya no sean necesarios para el tratamiento en las prestaciones y servicios de la seguridad social.
☐	Oposición.- A oponerse o negarse al tratamiento de sus datos personales, cuando no se afecten derechos y libertades fundamentales de terceros, la ley se lo permita, no se trate de información pública o de interés público cuyo tratamiento está ordenado por la ley.
☐	Portabilidad.- A solicitar y obtener una copia estructurada, genérica y de uso común de los datos que haya proporcionado al Instituto, en un formato interoperable y legible por medios electrónicos, así como a transmitirlos directamente a otro responsable del tratamiento, cuando ello sea técnicamente posible.
☐	Limitación.- A solicitar la limitación temporal del tratamiento de sus datos personales cuando haya impugnado la exactitud de los datos y requiera verificar su veracidad, sea ilícito y en el que

	caso de que los datos ya no sean necesarios para el Responsable, pero el titular los requiera para la formulación, ejercicio o defensa de reclamaciones.
[]	No ser objeto de una decisión basada en valoraciones automatizadas. - A no ser objeto de decisiones basadas exclusivamente en valoraciones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, que produzcan efectos jurídicos o afecten significativamente sus derechos o libertades.
[]	Revocatoria del consentimiento. - A revocar su consentimiento otorgado para tratamientos de sus datos personales en cualquier momento. La revocatoria no afectará la legalidad del tratamiento previo, ni el otorgamiento de prestaciones o servicios de la seguridad social que se sustenten en otras bases de licitud.

3. DETALLE DE LA SOLICITUD (Describa de manera clara y precisa, los datos sobre los que desea ejercer el derecho y, el motivo de la solicitud).

4. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud es veraz y exacta, y que actúo en calidad de titular de los datos personales o como su apoderado o representante legal.

Nombre: _____

Cédula/Pasaporte: _____

Firma del Titular o Representante

Consideraciones para la entrega del formulario:

1. El formulario deberá ser firmado física o electrónicamente y remitirse por correo a la dirección electrónica proteccion.datos@iess.gob.ec
2. Con el fin de verificar la identidad del solicitante, este deberá adjuntar a la solicitud los documentos necesarios para su acreditación. El Instituto realizará la validación correspondiente a través de los servicios tecnológicos proporcionados por la Dirección Nacional de Registro de Datos Públicos.
3. En caso de que la solicitud sea presentada por un representante legal, apoderado, tutor o curador, deberán adjuntarse los documentos habilitantes que acrediten dicha representación.
4. Documentos de respaldo (obligatorio para solicitudes de rectificación o actualización).
5. La respuesta de su solicitud será atendida y contestada en el plazo que determine la normativa aplicable.