FORMULARIO DE SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS DEL TITULAR Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

POLCOMP CÍA. LTDA.

Documento de uso público para la recepción de solicitudes de ejercicio de derechos del titular.

Lugar: _____ **Fecha:** ____ / _____ / _____

Este formulario permite al titular de datos personales, o a su representante cuando corresponda, presentar ante POLCOMP CÍA. LTDA. una solicitud formal para ejercer los derechos reconocidos en su Política de Protección de Datos Personales. Cuando la solicitud se refiera a la revocación del consentimiento, la Compañía analizará el caso y, si procede, adoptará las medidas necesarias para cesar el tratamiento basado exclusivamente en el consentimiento.

Nota: La gestión interna, control y trazabilidad de esta solicitud se documentan en el formulario interno correspondiente y no forman parte del presente documento entregado al titular.

1. INFORMACIÓN DEL TITULAR

Nombres completos: _____	**Apellidos completos:** _____
Número de cédula / pasaporte: _____	**Código de cliente / gestión (si aplica):** _____
Correo electrónico: _____	**Teléfono de contacto:** _____
Relación con POLCOMP: _____	☐ Cliente ☐ Deudor / titular de obligación ☐ Proveedor ☐ Trabajador ☐ Postulante a empleo ☐ Visitante ☐ Tercero autorizado ☐ Otro: _____

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO (SI APLICA)

Nombres y apellidos: _____	**Número de cédula / pasaporte:** _____
Documento que acredita la representación: _____	**Teléfono / correo electrónico:** _____

3. DATOS PARA CONTACTO Y NOTIFICACIÓN

Dirección de domicilio: _____	**Ciudad / provincia:** _____
Canal preferente para recibir respuesta: ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____	
Correo electrónico para notificación: _____	**Teléfono de contacto:** _____

4. DERECHO(S) QUE DESEA EJERCER

Marque la o las opciones que correspondan.

☐ Derecho de acceso a la información	☐ Derecho de rectificación
☐ Derecho de actualización	☐ Derecho de eliminación
☐ Derecho de oposición	☐ Derecho a la portabilidad
☐ Derecho a la suspensión del tratamiento	☐ Derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en valoraciones automatizadas
☐ Revocación del consentimiento	

Complete la siguiente sección solo si marcó "Revocación del consentimiento".

Tratamiento, servicio, campaña o finalidad respecto de la cual desea revocar el consentimiento: _____ _____	**Canal o medio en el que otorgó el consentimiento:** ☐ Llamada ☐ Correo electrónico ☐ Formulario web ☐ Contrato / formulario físico ☐ Otro: _____ _____
Fecha aproximada en la que otorgó el consentimiento: _____	**Indique, si aplica, el dato o tratamiento específico que desea cesar:** _____ _____
Observaciones adicionales sobre la revocación: _____ _____	

5. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN CASO DE RECLAMO POR FALTA DE ATENCIÓN PREVIA (OPCIONAL)

Complete esta sección únicamente si ya presentó una solicitud previa y desea dejar constancia de la falta de atención o de una respuesta insuficiente.

☐ No se recibió respuesta dentro del plazo legal.

☐ La respuesta fue incompleta o insuficiente.

☐ Se negó el ejercicio del derecho sin motivación suficiente.

☐ El tratamiento continúa pese a la solicitud presentada.

☐ Otro (detallar): _____

Solicitud previa o referencia (si aplica): _____

6. DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA SOLICITUD

Describa el derecho que desea ejercer, los datos personales involucrados, antecedentes, fechas relevantes y cualquier información que facilite la localización y atención de su solicitud.

7. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

☐ Copia de cédula o pasaporte del titular	☐ Copia de cédula o pasaporte del representante
☐ Documento que acredita la representación o autorización	☐ Copia de la solicitud previa presentada a POLCOMP
☐ Copia de la respuesta recibida (si existe)	☐ Documentos de respaldo adicionales

Detalle otros anexos, si corresponde:

8. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que la información proporcionada en este formulario es veraz y completa. Autorizo a **POLCOMP CÍA. LTDA.**, con domicilio en Av. Independencia y Antonio Ricaurte, teléfono 072805471 y correo electrónico del Delegado de Protección de Datos delegadoproteciondatos@polcom.com.ec, en calidad de responsable del tratamiento, a tratar los datos personales consignados en este formulario únicamente para la gestión, validación, respuesta y archivo de la presente solicitud, conforme a su Política de Protección de Datos Personales.

• La revocación del consentimiento no tendrá efectos retroactivos y no afectará la licitud del tratamiento realizado con anterioridad a su retiro.

• La revocación no procederá cuando el tratamiento deba mantenerse por cumplimiento de una obligación legal, por razones de interés público o cuando exista otra base de legitimación distinta al consentimiento.

• Recibida la solicitud, la Compañía procederá a analizarla y gestionarla dentro de los plazos legales aplicables, adoptando las medidas necesarias para cesar el tratamiento basado exclusivamente en el consentimiento, cuando corresponda.

• Si usted no es el titular, deberá adjuntar los documentos que acrediten su identidad y la autorización o representación correspondiente.

Firma del titular / representante:	**Nombres y apellidos:**
C.C. / Pasaporte:	**Fecha de firma:**

También puede presentar esta solicitud en línea: polgroup.com.ec/derechos-del-titular