



Referencia

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO AL OLVIDO

Conforme al Artículo 10, último inciso de la Ley para la Protección de Datos Personales. “El titular también podrá ejercer el derecho al olvido de sus datos personales, cuando éstos hayan sido publicados en el entorno electrónico, debiendo el responsable informar a otros responsables del tratamiento de dichos datos personales para que éstos sean suprimidos de los enlaces, copias o réplicas que los contengan”.

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO			
Nombre o Razón Social	SEGUROS FUTURO A.C. DE R.L.		
Domicilio	23 Calle Poniente y 23 Avenida Norte N° 8, Colonia Layco, San Salvador Centro, El Salvador.		
Correo Electrónico	proteccion.datos@segurosfuturo.net	Teléfono	(+503) 2239-9400
DATOS DEL O LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre Completo del Solicitante:			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
<u>Nombre del Representante Legal</u> (si aplica):			
Los datos corresponden a:			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			



SEGUROS FUTURO

SOLICITUD DEL EJERCICIO DEL DERECHO AL OLVIDO

Derecho que se
ejerce

EJERCICIO DEL DERECHO AL OLVIDO

Descripción, fecha o periodo aproximado de los datos a eliminar: (Indique de forma clara y precisa los datos personales que desea eliminar y, si aplica, la ubicación de estos en la base de datos del responsable).

MOTIVO DE LA SOLICITUD

- La información publicada es inexacta o incorrecta.
- La información es desactualizada o no pertinente.
- La información ha dejado de ser relevante con el paso del tiempo.
- Otro motivo (especificar): _____

DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITA LA PROCEDENCIA DE LA ELIMINACIÓN

- Documento 1: _____
- Documento 2: _____

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- Copia del Documento Único de Identidad del solicitante DUI.
- Copia del poder de representación **(si aplica)**.
- Pruebas o documentos adicionales que respalden la solicitud **(si aplica)**
- Copia de certificación de partida de nacimiento **(si aplica)**
- Copia de carné de minoridad **(si aplica)**
- Copia de certificación de partida de defunción **(si aplica)**
- Copia de documento que compruebe el vínculo familiar con el fallecido **(si aplica)**



SEGUROS FUTURO

FORMA DE ENTREGA DE LA RESPUESTA

Seleccione la modalidad en la que desea recibir respuesta

- Copia simple
- Correo electrónico
- Copia certificada
- Dispositivo de almacenamiento

Lugar o medio para recibir notificaciones

- _____ Correo electrónico
- _____ Acudir con el delegado de Protección de Datos Personales.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Lugar

Fecha

Firma del Solicitante o Representante Legal

USO INTERNO

Recepcionista

Fecha de recepción

Sello



La presente solicitud puede ser enviada por los siguientes medios:

Correo electrónico:

Dirección física:

* En consonancia con el artículo veintitrés de la Ley para la Protección de Datos Personales, los costos de reproducción, certificación y envío serán establecidos y previamente publicados por los sujetos obligados. Si fuera necesario algún dispositivo de almacenamiento, el titular de los datos personales deberá proporcionarlo para realizar el respectivo traslado de su respuesta.

** En caso de que se inicie la sustanciación de un proceso ante la Agencia de Ciberseguridad del Estado, dicha entidad podrá requerir información adicional a las partes involucradas, con el fin de contar con los elementos necesarios para el adecuado análisis y resolución de este.