

FORMULARI D'EXERCICI DE DRETS DE PRIVACITAT

DADES DEL RESPONSABLE

Nom / raó social: **ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL S.A. DE SEGUROS**
Adreça de l'Oficina / Servei davant el qual s'exercita el/els dret/s:
Josep Tarradellas, 123-127. Barcelona (08029)
Comunitat Autònoma: Catalunya
C.I.F: A-08169526

DADES DE L'INTERESSAT O REPRESENTANT LEGAL:

En / Na, major d'edat, amb domicili a
carrer/plaça..... n^o..... Localitat.....
Província..... C.P.
Comunitat Autònoma NIF:

TIPUS DE SOL·LICITUD (marcar amb una X el dret que se sol·liciti)

- ACCÉS
- SUPRESSIÓ
- LIMITACIÓ
- OPOSICIÓ
- PORTABILITAT
- RECTIFICACIÓ

DRET D'ACCÉS

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

Serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret.

En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITUD

Que el responsable confirmi si està tractant o no dades personals que el concerneixin i, en cas afirmatiu, se li faciliti gratuïtament el dret d'accés a aquestes dades en el termini màxim d'un mes a aplicar des de la recepció d'aquesta sol·licitud, remetent-li al correu l'adreça a dalt indicada la següent informació (*marcar amb una X el que se sol·liciti*):

- Còpia de les meves dades personals que són objecte de tractament per aquest responsable.
- Les finalitats del tractament, així com les categories de dades personals que es tracten.
- Els destinataris o categories de destinataris als quals s'han comunicat les meves dades personals, o seran comunicats, incloent-hi, si escau, destinataris en tercers o organitzacions internacionals.
- El termini previst de conservació, o de no ser possible, els criteris per a determinar aquest termini.
- Si existeixen decisions automatitzades, incloent-hi l'elaboració de perfils, informació significativa sobre la lògica aplicada, així com la importància i conseqüències previstes d'aquest tractament.
- Si les meves dades personals no s'han obtingut directament de mi, la informació disponible sobre el seu origen.
- L'existència del dret a sol·licitar la rectificació, supressió o limitació del tractament de les meves dades personals, o a oposar-me a aquest tractament.
- El dret a presentar una reclamació davant una autoritat de control.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....

Signatura

DRET DE SUPRESSIÓ

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

La supressió de les dades es durà a terme sobre la base dels supòsits contemplats en el Reglament General de Protecció de Dades. No obstant això, es preveuen certes excepcions en les quals no serà procedent exercir aquest dret. Per exemple, quan hagi de prevaldre el dret a la llibertat d'expressió i informació.

A més, per l'exercici d'aquest dret serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret.

En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITO

Que el responsable procedeixi a la supressió de les dades personals que em concerneixen sobre els quals s'exercita el dret, informant-me del resultat d'aquesta cancel·lació en el termini d'un mes a aplicar des de la recollida d'aquesta sol·licitud.

Que en cas que s'acordi que no procedeix practicar totalment o parcialment la supressió sol·licitada, se'm comunicui motivadament a fi de, si escau, reclamar davant l'Autoritat de control que correspongui.

Que en cas que les meves dades personals hagin estat comunicades per aquest responsable a altres responsables del tractament, es comunicui aquesta supressió.

No obstant això, aquest dret no és il·limitat, de tal forma que pot ser factible no procedir a la supressió quan el tractament sigui necessari per a l'exercici de la llibertat d'expressió i informació, per al compliment d'una obligació legal, per al compliment d'una missió realitzada en interès públic o en l'exercici de poders públics conferits al responsable, per raons d'interès públic, en l'àmbit de la salut pública, amb finalitats d'arxiu d'interès públic, finalitats de recerca científica o històrica o finalitats estadístiques, o per formulació, l'exercici o la defensa de reclamacions.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....

Signatura

DRET DE LIMITACIÓ

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

Aquest model s'utilitzarà per l'afectat que desitgi sol·licitar al responsable que limiti el tractament de les seves dades personals quan escaigui alguna de les següents situacions:

- El tractament de les seves dades personals és il·lícit i l'afectat s'oposi a la supressió;
- El responsable ja no necessita les dades personals per a les finalitats del tractament, però l'afectat els necessita per a la formulació, l'exercici o defensa de les seves reclamacions.

Serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret.

En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITO

Que es limiti el tractament de les meves dades personals per concórrer una de les circumstàncies següents:

- Que el tractament és il·lícit i m'oposo a la seva supressió.
- Que el responsable ja no necessita les meves dades personals per a les finalitats per als quals van ser recaptats, però són necessàries per a la formulació, exercici o defensa de les meves reclamacions.

Que sigui atesa la meva sol·licitud en els termes anteriorment exposats en el termini d'un mes, i que es comuniqui aquesta limitació a cadascun dels destinataris als quals s'han comunicat les meves dades personals.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....

Signatura

DRET D'OPOSICIÓ

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

Aquest model s'utilitzarà quan l'afectat desitgi oposar-se al tractament de les seves dades personals amb finalitats de rebre informació i comunicacions respecte dels serveis contractats i sol·licitud de participació en enquestes d'opinió i de satisfacció. Així com, rebre informació sobre serveis, activitats i promocions de les diferents àrees d'activitat de i que es conegui la meua opinió al respecte, podent-se realitzar perfils de compra i anàlisi d'hàbits a partir de la informació obtinguda

Serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret. En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITO

L'oposició al tractament de les meves dades personals, tenint en consideració que: (*marcar amb una X el que se sol·liciti*)

L'oposició al tractament de les meves dades personals amb la finalitat de rebre informació i comunicacions respecte dels serveis contractats i sol·licitud de participació en enquestes d'opinió i de satisfacció.

L'oposició al tractament de les meves dades personals amb la finalitat de rebre informació sobre serveis, activitats i promocions de les diferents àrees d'activitat de..... i que es conegui la meua opinió al respecte, podent-se realitzar perfils de compra i anàlisi d'hàbits a partir de la informació obtinguda.

Sense perjudici que correspon a, responsable del tractament, acreditar motius legítims imperiosos que prevalguin sobre els meus interessos, drets i llibertats (en els dos primers supòsits), o una missió realitzada en interès públic (en el tercer supòsit).

Que es doni tràmit a la meua sol·licitud d'exercici del dret d'oposició en el termini màxim d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud i, en conseqüència, es cessi l'enviament de comunicacions comercials no sol·licitades utilitzant les meves dades personals.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....

Signatura

DRET DE PORTABILITAT

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ, ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

El model s'utilitzarà per l'afectat que desitgi que se li facilitin les seves dades personals en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica. També podrà emprar-se si volgués que les citades dades personals siguin transmeses directament de responsable a responsable quan sigui tècnicament possible.

Serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret. En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITO

Que se li facilitin gratuïtament les dades personals que em concerneixen en un format estructurat, d'ús comú i lectura mecànica en el termini màxim d'un mes des de la recepció d'aquesta sol·licitud, remetent-li, les citades dades.....al responsable(especifiqui's nom o raó social), sempre que sigui tècnicament possible.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....

Signatura

DRET DE RECTIFICACIÓ

A FI DE FACILITAR LA LOCALITZACIÓ DE LA INFORMACIÓ ESPECIFIQUI EL TIPUS DE RELACIÓ QUE HA TINGUT AMB:

- Assistència Sanitària Colegial S.A. de Seguros
 Altre (*especificar*):

INSTRUCCIONS

Aquest model s'utilitzarà per al cas que s'hagin de rectificar dades inexactes o incomplets per part del responsable del tractament. Per a provar el caràcter inexacte o incomplet de les dades que s'estiguin tractant resulta necessària l'aportació de la documentació que ho acrediti al responsable del tractament.

Serà necessari aportar fotocòpia del D.N.I. o document equivalent que acrediti la identitat i sigui considerat vàlid en dret. En cas que s'actui a través de representació legal haurà d'aportar-se, a més, DNI i document acreditatiu de la representació del representant.

DOCUMENTACIÓ QUE APORTA

- Fotocòpia DNI/NIE/Passaport
 Document acreditatiu de la representació
 Altre: (*especificar*).....

SOL·LICITO

Que el responsable procedeixi a la rectificació de les dades personals indicades a continuació sobre els quals s'exercita el dret i que se'm notifiqui de forma escrita el resultat de la rectificació practicada en el termini d'un mes a explicar des de la recollida d'aquesta sol·licitud.

Dades personals sobre els quals s'exercita el dret:

Dada 1:
 Dada 2:
 Dada 3:

Que si les dades rectificades haguessin estat comunicats a tercers, es notifiqui als mateixos la rectificació practicada amb la finalitat de que també aquests procedixin a practicar les rectificacions de dades oportunes.

DATA I SIGNATURA

A Barcelona, a.....de.....de 20.....	<i>Signatura</i>
--------------------------------------	------------------