

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Conforme al Artículo 13 de la Ley para la Protección de Datos Personales, permite al titular solicitar que sus datos personales y su tratamiento se limite a ciertas acciones específicas.

DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO			
Nombre o Razón Social			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
DATOS DEL O LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL			
Nombre Completo del Solicitante:			
Domicilio			
Correo Electrónico		Teléfono	
Nombre del Representante Legal (si aplica):			
Los datos corresponden a:			
Niñez y Adolescencia			
Persona fallecida			
SOLICITUD DE EJERCICIO DEL DERECHO A LA LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO			
Con base en lo dispuesto en el Artículo 13 de la Ley para la Protección de Datos Personales, solicito la limitación del tratamiento de mis datos personales bajo los siguientes supuestos:			
<input type="checkbox"/> Impugnación de la exactitud de mis datos personales mientras se verifica su exactitud.			
<input type="checkbox"/> El tratamiento de mis datos es ilícito y me opongo a su supresión, solicitando en su lugar la limitación de su uso.			
<input type="checkbox"/> El responsable ya no necesita los datos personales para los fines del tratamiento, pero el titular los necesita para la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones.			
<input type="checkbox"/> Me he opuesto al tratamiento de mis datos personales mientras se verifica si los motivos legítimos del responsable prevalecen sobre los míos.			
DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES AFECTADOS			
Indique los datos personales respecto de los cuales solicita la limitación del tratamiento:			

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)**

FORMA DE ENTREGA DE LA RESPUESTA

Seleccione la modalidad en la que desea recibir respuesta (si aplica)	<input type="checkbox"/> Copia simple <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Copia Certificada <input type="checkbox"/> Dispositivo de almacenamiento
Lugar o medio para recibir notificaciones	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Acudir con el delegado de Protección de Datos Personales.

FIRMA DEL O LA SOLICITANTE

Lugar		Fecha	
<div style="border-top: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; margin-bottom: 5px;"></div> Firma del Solicitante o Representante Legal			

La presente solicitud puede ser enviada por los siguientes medios:

Correo electrónico: **proteccion_datos@protegeseguros.com.sv**

Dirección física: **Millennium Plaza, Nivel 16, Paseo General Escalón #3675, Col Escalón, San Salvador, El Salvador**

* 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.