FORMULARIO DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCOP

Bladex

Nombre del Titular de los datos personales*	Documento de identidad (cédula/pasaporte)

Domicilio* (Información de contacto)

Teléfono Celular	Teléfono Fijo	Correo electrónico*

Solo si aplica

Representante legal/Tutor* (Sólo si aplica)	Documento de identidad* (cédula/pasaporte)

Indique el tipo de derecho que desean ejercer

Solicito ejercicio del Derecho de: (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición, Portabilidad)	Motivo de la solicitud*

Nota: La cancelación no procederá en los casos que exista una obligación legal de conservarlos, conforme a lo establecido en las leyes nacionales. De ser aprobada la cancelación, se conservarán a disposición del responsable, únicamente aquéllos datos necesarios para la atención de las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento durante el plazo de prescripción de la obligación; o los necesarios para fines estadísticos, que hayan sido sometidos, previamente, al procedimiento de disociación.

Documentos con los que acompaña y sustenta su solicitud.
1.
2.
3.
4.
5.

En cumplimiento de la normativa vigente, el/la titular de los datos personales podrá revocar en cualquier momento el consentimiento otorgado para la realización de cualquier tratamiento. La solicitud de revocación de tratamiento no procederá en los casos en que exista una obligación legal o cuando la relación comercial entre las partes requiera del tratamiento para su ejecución. Al recibir la solicitud de revocatoria de autorización para tratamiento de datos personales, Bladex analizará la situación particular del (de los) tratamiento(s) incluido(s) en esta solicitud y en caso de que le asista derecho al Titular, se procederá en un período no mayar de cinco (5) días laborales a suspender el(los) tratamiento(s) cuya revocación haya sido solicitada.

Firma del solicitante	Fecha de solicitud

Nota: Si la solicitud de revocatoria es presentada por el Representante/apoderado Legal, se deberá aportar copia autenticada del documento mediante el cual se concedió dicha representación legal y copia del documento de identidad de la persona que hace la solicitud.

Para uso del Banco	Fecha de ingreso	Nº. de solicitud

*Campos obligatorios