

Anexo – Formulario de Solicitud para el Ejercicio de Derechos

Conforme a la LOPDP de Ecuador – Trámite gratuito, simple y trazable

Instrucciones: complete este formulario en letra legible o de forma digital. Adjunte copia legible de su cédula/pasaporte y documentos de respaldo (si corresponde). Puede presentarlo por correo electrónico a info@alohaecuador.com, a través del [formulario web](#) o de forma presencial en cualquiera de las sedes del Responsable, diligenciando el presente formulario. ARVIEDO S.A.S. responderá dentro del plazo legal máximo de 15 días calendario.

Complete este formulario y envíelo por cualquiera de los canales indicados.

1. Datos del solicitante	
Nombres y apellidos	-----
Número de identificación	-----
Calidad	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Apoderado
Si actúa como representante/apoderado, adjunte soporte	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico	-----
Teléfono	-----
Dirección (opcional)	-----
2. Datos para identificar la relación con ALOHA	
Rol del titular	<input type="checkbox"/> Prospecto <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Colaborador/Coach <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro: _____

Sede / programa (si aplica)	-----
3. Derecho que desea ejercer	Para más información revise la política de protección de datos personales o la LOPDP artículos 12 a 24
Seleccione	<input type="checkbox"/> Información/ Acceso <input type="checkbox"/> Rectificación/ Actualización <input type="checkbox"/> Eliminación <input type="checkbox"/> Oposición <input type="checkbox"/> Portabilidad <input type="checkbox"/> Suspensión <input type="checkbox"/> Revocatoria de consentimiento <input type="checkbox"/> Otro: -----
Descripción de la solicitud (detalle y alcance)	----- ----- ----- ----- ----- -----
Datos que desea ubicar (si conoce)	----- ----- ----- -----
4. Medio preferido para recibir respuesta	
Seleccione	<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Físico en sede <input type="checkbox"/> Otro: -----
5. Declaración	
Declaro que la información suministrada es verdadera y autorizo la verificación razonable de identidad.	<input type="checkbox"/> Sí
Firma	----- Fecha: ____/____/____



Declaraciones y autorización

Declaro que la información proporcionada es veraz. Autorizo a ARVIEDO S.A.S. a verificar mi identidad por los medios aquí indicados y a utilizar los datos de este formulario para tramitar mi solicitud. El Responsable garantiza y manifiesta que los datos personales compartidos serán tratados exclusivamente para resolver y atender su solicitud.

Le informamos que sus datos personales serán tratados solo mientras dure el proceso de revisión y atención al ejercicio de sus derechos. Los datos Personales que no sean necesarios conservarlos más allá del plazo de atención de derechos serán debidamente eliminados. Se conservarán datos de identificación.