

Fecha:

Día	Mes	Año

Nombres y Apellidos completos del Titular de Datos Personales:	
Nombres y Apellidos completos del Representante Legal, Tutor o Mandatario del Titular de los Datos (Dependiendo el caso):	
C.I./Pasaporte:	
E-mail:	
Móvil:	
Derecho a ejercer:	<input type="checkbox"/> Acceso
	<input type="checkbox"/> Rectificación y Actualización
	<input type="checkbox"/> Eliminación
	<input type="checkbox"/> Oposición
	<input type="checkbox"/> Anulación
	<input type="checkbox"/> Portabilidad
	<input type="checkbox"/> Suspensión
	<input type="checkbox"/> A no ser objeto de una decisión basada únicamente en valoraciones automatizadas
<p>(Descripción clara y precisa del o los datos personales sobre los cuales desea ejercer el derecho y petición en concreto). O adjuntar solicitud.</p>	

Firma
C.I./Pasaporte:

(El formulario lo puedes presentar en cualquiera de nuestras oficinas en el Área de Servicio de Atención al Cliente o enviarlo al correo electrónico: protecciondatospersonales@coopnacional.com
El Banco podrá requerir documentos o información adicional que considere pertinente. La respuesta a este requerimiento será atendida dentro del plazo legal, y notificada al correo electrónico registrado en este formulario. Para mayor información, revisa el Instructivo en nuestra página web, Link Transparencia de la Información: Protección de Datos Personales).