

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición)

DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de AltecMed S.A. de C.V y/o empresas filiales y subsidiarias, con domicilio en Av. Tamaulipas 150-602, Colonia Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06140, Ciudad de México, México, previstos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en adelante "LFPDPPP"), y su Reglamento. Le recordamos que los derechos ARCO sólo pueden ser ejercidos por el titular o su representante legal previa acreditación de su identidad, razón por la cual a la presente solicitud debe acompañarse copia simple o electrónica legible de su identificación oficial vigente (por ambos lados). Asimismo, le informamos que para que su solicitud proceda es indispensable completar toda la información solicitada, la cual es necesaria para acreditar su identidad, tal y como se señala en los artículos 32, 34 y 35 de la LFPDPPP, así como 89 de su Reglamento.

DATOS DEL TITULAR:

Nombre (s): _____
 Apellidos: _____
 Domicilio en (calle): _____ Número exterior: _____ Número interior: _____
 Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____
 Teléfono principal: _____
 Teléfono secundario: _____
 Correo electrónico para contacto: _____

Documentación que debe acompañar a su solicitud mediante copia electrónica legible (escaneada) de identificación oficial vigente (Marque con una "X"):

- Credencial para votar con fotografía N° _____
 Pasaporte N° _____
 Cartilla del Servicio militar N° _____
 Cédula profesional N° _____
 Credencial de Afiliación del IMSS N° _____
 Credencial de Afiliación al ISSSTE N° _____
 Documento migratorio que constata la legal estancia del extranjero al país N° _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SÓLO SI APLICA):

Nombre (s): _____
 Apellidos: _____

* En caso de ser representante legal del titular, deberá acompañar a la presente solicitud: copia electrónica legible (escaneada) del instrumento público correspondiente, o en su caso, carta poder firmada ante dos testigos (marcar la casilla correspondiente).

- Instrumento Notaría N° _____ N° Instrumento _____
 Público.
 Carta poder.

DERECHOS ARCO:

Tipo de solicitud: (Marque con una "X" el o los derechos que desea ejercer)

- Acceso Rectificación Cancelación Oposición

En el siguiente recuadro deberá indicar sobre qué Datos Personales pretende ejercer los derechos arriba mencionados; así como cualquier otro elemento o información que facilite la localización de los mismos.

Los datos personales que proporcione en la presente solicitud serán tratados por AltecMed, S.A. de C.V., sus afiliadas y/o subsidiarias (en adelante "AltecMed", ubicado en Av. Tamaulipas 150-602, Colonia Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06140, Ciudad de México, México, para realizar todas las actividades necesarias para atender su ejercicio de Derechos ARCO. En el caso de ejercer la cancelación de sus datos, se realizará el bloqueo y posterior eliminación de dicha información conforme a las disposiciones legales correspondientes. Para mayor información <http://www.altecmed.com.mx>

 Nombre completo, firma y fecha.