

## SALUD INTERACTIVA, S.A. DE C.V.

### FORMATO DE SOLICITUD PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS "ARCO". (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)

**SALUD INTERACTIVA, S.A. DE C.V.**, con domicilio en Calle de Culiacán 123, Piso 12, Colonia Hipódromo Condesa, C.P. 06170, Cuauhtémoc, Ciudad de México, y demás subsidiarias y filiales vinculadas, le informan que mediante el presente formulario puede ejercer en cualquier momento los DERECHOS ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición) que más adelante se detalla, en relación a sus datos personales en posesión de **SALUD INTERACTIVA, S.A. DE C.V.** y demás subsidiarias y filiales vinculadas, y conforme a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP) y su Reglamento respectivo (RLFPPFP).

Así mismo se le hace de su conocimiento que para poder ejercer cualquiera de los derechos enunciados en el párrafo inmediato anterior, es requisito indispensable para proceder con dicho trámite, que el solicitante sea Titular de los Datos de los cuales se pide acceso, rectificación, cancelación u oposición, o bien en caso de ser persona moral, sea Representante Legal de la misma. En ambos casos deberá ser acreditada dicha personalidad con la que se ostenta, mediante las documentales correspondientes.

A continuación el Titular de los Datos Personales y/o Sensibles (en caso de ser persona física), o bien el Representante Legal (en caso de ser persona moral), deberá llenar de forma completa y clara, diversos datos en los campos correspondientes a efectos de dar trámite a la petición que se formula, no omitiendo que deberá lo que señale dicho Titular o Representante Legal deberá apegarse a la verdad, siendo el único y exclusivo responsable por la información expresada, y por la documentación que en su caso exhiba.

#### FORMULARIO

##### I. DATOS DEL SOLICITANTE:

1.- Nombre del titular (en caso de ser persona física):

---

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre/s)
--------------------	--------------------	------------

2.- Razón o Denominación Social (en caso de ser persona moral):

---

(Razón social completa)

3.- Nombre del Apoderado o Representante Legal:

---

(Apellido Paterno)	(Apellido Materno)	(Nombre/s)
--------------------	--------------------	------------

4.- Datos del Instrumento Notarial que acredita personalidad:

Instrumento Notarial No. \_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_, otorgada ante la fe del Licenciado/a \_\_\_\_\_, Titular de la Notaría Pública No. \_\_\_\_\_, con ejercicio en la Ciudad de \_\_\_\_\_.

5.- Fecha aproximada en la que estima nos proporcionó sus Datos Personales: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## II. DERECHO A EJERCITAR.

6.- Derecho ARCO que desea ejercer:  
(Marque con una **X** la opción deseada)

	<b>ACCESO</b>	Derecho del Titular para solicitar a la persona o departamento responsable por el Tratamiento de Datos Personales y/o Sensibles, que le sea informado a aquel primero, si en sus bases de datos se cuenta con información del solicitante, y en qué consistirían.
	<b>RECTIFICACIÓN</b>	Derecho del Titular para solicitar a la persona o departamento responsable por el Tratamiento de Datos Personales y/o Sensibles, a efecto de que sean modificados dichos datos del Titular cuando aquellos sean incorrectos, inexactos, impreciso o desactualizados.
	<b>CANCELACIÓN</b>	Derecho del Titular para solicitar a la persona o departamento responsable por el Tratamiento de Datos Personales y/o Sensibles, que dichos datos con los que se cuentan, sean eliminados por considerar que no están siendo tratados conforme a los términos que señala la Ley aplicable a dicha materia (LFPDPPP y RLFPDPPP).  A efecto de que sea procedente dicha solicitud, el solicitante debe especificar los datos que pide sean cancelados, salvo lo dispuesto en el artículo 26 de la LFPDPPP, y demás establecidas en la Legislación vigente aplicable.
	<b>OPOSICIÓN</b>	Derecho del Titular para solicitar a la persona o departamento responsable por el Tratamiento de Datos Personales y/o Sensibles, que los datos de las son poseedores, se abstengan del Tratamiento de los mismos o exigir que detenga dicho proceso, cuando exista una causa legítima, haciendo una descripción del a misma, por las cuales se solicita dicha oposición en determinadas situaciones. Lo anterior no podrá ser solicitado en caso de que el Tratamiento de los Datos sea necesario para el cumplimiento de una obligación legal impuesta a SALUD INTERACTIVA, sus subsidiarias y filiales.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 de la LFPDPPP, el responsable podrá negar el acceso a los datos personales, o a realizar la rectificación o cancelación o conceder la oposición al tratamiento de los mismos, en los siguientes supuestos: (i) cuando el solicitante no sea el titular de los datos personales, o el representante legal no esté debidamente acreditado para ello; (ii) cuando en su base de datos, no se encuentren los datos personales del solicitante; (iii) cuando se lesionen los derechos de un tercero; (iv) cuando exista un impedimento legal, o la resolución de una autoridad competente, que restrinja el acceso a los datos personales, o no permita la rectificación, cancelación u oposición de los mismos, y (v) cuando la

rectificación, cancelación u oposición haya sido previamente realizada. Así como, atendiendo a lo señalado en el artículo 88 del RLFPDPPP.

La negativa referida podrá ser parcial en cuyo caso el responsable efectuará el acceso, rectificación, cancelación u oposición requerida por el Titular.

7.- Describa de forma clara y precisa los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados. (Adjuntar documentación a este formato en caso de ser necesario)

---

---

---

---

8.- Si desea Rectificar sus datos, favor de proporcionar la información correcta a continuación:  
(Adjuntar documentación a este formato en caso de ser necesario)

---

---

---

9.- Domicilio o Lugar al que desea se le notifique la respuesta correspondiente, pudiendo expresar que se envíe la misma a un correo electrónico del Titular. Éste trámite es totalmente gratuito para el Titular de acuerdo a lo señalado en el artículo 35 de la LFPDPPP.

---

---

---

10.- Documentos con los que acredita su personalidad:

(Marque con una **X** la opción deseada)

<input type="checkbox"/>	INE
<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input type="checkbox"/>	Cartilla Liberada
<input type="checkbox"/>	Cédula Profesional
<input type="checkbox"/>	Carta poder *
<input type="checkbox"/>	Instrumento notarial
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)
*En caso de seleccionar esta opción además, deberá seleccionar alguna de las otras opciones.	

11.- Favor de proporcionar cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

---

---

---

---

Una vez señalado todo lo anterior, bajo protesta de decir verdad el Titular o persona que firma la presente solicitud, manifiesta que son ciertos todos los datos y demás señalados en éste formulario, así como de la documentación que acredita mi personalidad y demás anexos que se adjuntan.

Atentamente.

---

(Nombre, Fecha y Firma del Titular  
o su Representante Legal)