

Solicitud Derechos ARCO de LFPDPPP

Nombre y Firma de quien recibe(exclusivo para Vitamédica)

Correo electrónico:

Tel. casa:

Tel. oficina:

Tel. celular:

Opción solicitada

- Acceso
 Rectificación
 Cancelación
 Oposición

Con base al Art. 29 de la LFPDPP Frac. III: "La descripción de la información de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados, debe de ser clara y precisa"

Aviso de Privacidad Vitamédica Administradora: <http://www.vitamedica.com.mx/>

En el siguiente recuadro en blanco especifique que tipo de información requiere:

Usuarios Gasto Médico Mayor y Gasto Médico Menor

Solicitante:

Aseguradora:

Número de Póliza:

Número de Certificado:

Nombre del dueño de los datos:

Parentesco:

Fecha nacimiento:

Usuarios Salud

Solicitante:

Empresa:

Número de Nómina:

Nombre del dueño de los datos:

Parentesco:

Fecha nacimiento:

Usuarios Membresía Vitamédica

Solicitante:

Número de Membresía:

Nombre del dueño de los datos:

Fecha nacimiento:

Proveedores Servicio Médico (personas físicas)

Solicitante:

Clave de Proveedor:

Una vez requisitado este formato, mandarlo al correo: atencionderechosarco@vitamedica.com.mx o entregar en el domicilio: Av. Xola No. 535 piso 17 Col. Del Valle Del. Benito Juárez, C.P. 03100 México CDMX.

Nota: Se debe llenar y entregar una solicitud por cada Dueño de Datos