

SOLICITUD DE DERECHOS ARCO

**ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN,
OPOSICIÓN, NEGATIVA Y REVOCACIÓN**

NEXO ASISTENCIAS Y BENEFICIOS, S.A. DE C.V.



DEPARTAMENTO DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

NEXO ASISTENCIAS Y BENEFICIOS, S.A. DE C.V., con domicilio fiscal en **Avenida Contreras número 246, interior 104, Colonia San Jerónimo Lídice, Alcaldía La Magdalena Contreras, Código Postal 10200, Ciudad de México, México**, pone a disposición del titular el presente formato para el ejercicio de los derechos ARCO, de conformidad con la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares** y su Reglamento.

La presente solicitud tiene como finalidad atender en tiempo y forma el ejercicio de los derechos de **Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición, Negativa y Revocación** respecto de los datos personales tratados por NEXO.

El titular reconoce que, para efectos de acreditar su identidad y dar trámite a la solicitud, será necesario acompañar copia electrónica legible (escaneada) de una **identificación oficial vigente**, misma que podrá ser compartida con **Integra Salud, S.A. de C.V.**, en su carácter de proveedor y administrador de los servicios contratados, exclusivamente para la atención de la presente solicitud.

DATOS DEL TITULAR

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Domicilio (calle): _____

No. Ext.: _____ **No. Int.:** _____

Alcaldía o Municipio: _____

Entidad Federativa: _____

Teléfono principal: _____

Correo electrónico para contacto: _____

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR LA SOLICITUD

(Marque con una "X")

- Identificación oficial vigente (INE / Pasaporte)
- Documento que acredite representación legal (si aplica)

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (SOLO SI APLICA)

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Instrumento público o documento de representación: _____

Notaría / Autoridad: _____

Número de instrumento: _____

DERECHOS ARCO

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

- Acceso
 - Rectificación
 - Cancelación
 - Oposición
 - Negativa
 - Revocación
-

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD

En el siguiente espacio, indique de forma clara los datos personales respecto de los cuales desea ejercer sus derechos, así como cualquier información adicional que facilite su localización:

MEDIO PARA RECIBIR RESPUESTA

- Correo electrónico
 - Otro (especifique): _____
-

NEXO ASISTENCIAS Y BENEFICIOS, S.A. DE C.V. dará respuesta a la presente solicitud en un plazo máximo de **20 días hábiles**, contados a partir de su recepción completa, conforme a la legislación aplicable.

Nombre y firma del titular: _____

Fecha: _____

NOTA DE PRIVACIDAD

Los datos personales proporcionados mediante el presente formato serán tratados por **NEXO ASISTENCIAS Y BENEFICIOS, S.A. DE C.V.** exclusivamente para la atención de la presente solicitud. Cuando resulte necesario para la correcta prestación de los servicios contratados, dichos datos podrán ser compartidos con **Integra Salud, S.A. de C.V.**, conforme a su Aviso de Privacidad y a la legislación aplicable.