

# Guía de usuario para ejercer los derechos ARCO, Revocación y Negativa en Médica Móvil.

**A**cceso

**R**ectificación

**R**evocación

**C**ancelación

**N**egativa

**O**posición

A continuación se describe el flujo a seguir para ejercer los derechos ARCO, Revocación y Negativa, según aplique.



Para solicitar su derecho ARCO, Revocación o Negativa deberá identificar qué procedimiento requiere iniciar.

- **Acceso:** Derecho de acceder a sus datos personales que obren en posesión de Médica Móvil (en adelante el Responsable), así como conocer la información relacionada con las condiciones y generalidades de su tratamiento.
- **Rectificación:** Consiste en poder solicitar la corrección de sus datos personales cuando sean inexactos o incompletos, también es procedente en caso de que los datos personales no estén actualizados.
- **Cancelación:** El titular dispone la prerrogativa de solicitar que todos o parte de sus datos personales se supriman o eliminen para que no estén en posesión del Responsable y dejen de ser tratados.
- **Oposición:** Que el Responsable cese el tratamiento de los datos personales para determinadas finalidades.

Además de:

- **Negativa:** El titular podrá manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para finalidades distintas a las que son necesarias y dieron origen a la relación jurídica entre el Responsable y el Titular.
- **Revocación:** Es un derecho que puede ejercer el titular como resultado de las características del consentimiento para el tratamiento, cualquiera que sea su modalidad (tácito, expreso o expreso y por escrito), dando lugar al cese del tratamiento de los datos personales.

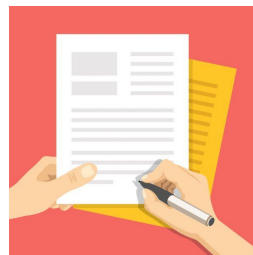


Teniendo identificado el punto 1, procederemos a descargar el archivo PDF y guardarlo en su equipo.



Deberá imprimir el documento para poder llenarlo de forma manual o digital.<sup>1</sup>

A continuación se mostrarán los datos que se piden para el llenado de cada formato, le sugerimos tener a la mano su información.



<sup>1</sup> Si el formato se firma de manera digital, quedará sujeto a validación por parte del Responsable y a satisfacción de éste conforme a la Regulación aplicable.

Las solicitudes, se conforman de 2 carátulas:



En la carátula 1 deberá registrar los datos correspondientes a los datos de identificación del solicitante, representante legal ( en caso que aplique) además del derecho ARCO a tramitar, Revocación o Negativa, según aplique.



En la carátula 2 encontrará puntos importantes sobre el trámite, plazos y modalidades de los derechos ARCO, Revocación o Negativa, según aplique, por lo que es necesario leerla antes de comenzar a llenar la solicitud, adicionalmente encontrará los plazos para respuesta y aclaraciones, en caso que aplique, además de los costos .

# Carátula 1

En la primera sección de esta carátula ponemos a la vista el nombre de la solicitud que ejercerá, solicitaremos la fecha. Se muestra nuestro Aviso de Privacidad corto, para poder conocer el Aviso de Privacidad Integral, podrá consultarlo en el portal de Médica Móvil sección [Avisos de Privacidad](#).

I. Identificación del titular (seleccionar tipo)						
<input checked="" type="checkbox"/>	Cientes (afiliados, solicitantes, contratantes, beneficiarios)			No. del siniestro (En caso que aplique)	*Fecha de inicio	Fecha de término
		*No. de póliza	*Tipo de seguro		Vigencia de la póliza	
<input type="checkbox"/>	Empleado	*Clave de empleado		*Área		
<input type="checkbox"/>	Candidatos o Aspirantes a ocupar vacantes	*Nombre completo				
<input type="checkbox"/>	Proveedor	*RFC		* Tipo de Servicio (Ejemplo: Servicios Médicos, Consultoría, Grúas, Sistemas, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Tercero	No. de Siniestro (En caso de que aplique)		*Relación con Médica Móvil		

La sección I de cada formato, se llenará con la identificación de los diferentes roles (Afiliado, visitante), a continuación se mostrará la información que se solicita de cada uno.

- Para el caso de ser **Clientes** (afiliados, solicitantes, contratantes, beneficiarios) se requerirán los datos de su membresía, es importante tener el dato correcto del tipo de membresía y la vigencia.
- En caso de ser **Empleado** se le requerirá clave de empleado y área.
- En caso de ser **Candidatos o Aspirantes a ocupar vacantes**, se le requerirá su nombre completo.
- En caso de ser **Proveedor**, se le requerirá RFC y tipo de servicio que brinda,
- En caso de ser **Tercero**, se le requerirá el número de siniestro (en caso de que aplique) y la relación que exista con Médica Móvil.

En la sección II, en todos los formatos, se requerirá que llene los siguientes campos, en especial los marcados como obligatorios para lograr obtener sus datos y contar con una identificación puntual.

Le pedimos marcar la casilla de verificación acorde al documento con el que acreditará su identidad.

II. Datos del solicitante titular				
*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)
*Calle			*No. Exterior	No. Interior
*Colonia			*C.P.	
*Alcaldía	*Ciudad	*Entidad Federativa	Clave Lada	*Teléfono de Contacto
Teléfono Celular		*Correo electrónico		R.F.C.
ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES DEL TITULAR				
<input type="checkbox"/> a) Credencial para votar (INE) <input type="checkbox"/> b) Pasaporte Vigente <input type="checkbox"/> c) FM2/FM3 (para extranjeros residentes)				

Para la sección III se requerirá el llenado de los datos de su **representante legal**, en especial los marcados como obligatorios para lograr obtener sus datos y contar con una identificación puntual, le pedimos marcar la casilla de verificación acorde al documento con el que acreditará su identidad. **Esta sección se llenará únicamente si la solicitud será ejercida por el representante legal del titular.**

III. Datos del representante legal del titular (Llenar esta sección únicamente en caso de que la solicitud sea ejercida por un representante legal)				
*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)
*Calle			*No. Exterior	No. Interior
*Colonia				*C.P.
*Alcaldía	*Ciudad	*Entidad Federativa	*Clave lada	*Teléfono de Contacto
Teléfono Celular		*Correo electrónico		
<input type="checkbox"/>	Poder notarial general para actos de administración o especial para ejercer derechos ARCO			
<input type="checkbox"/>	Carta poder firmada por el titular, su representante legal y dos testigos (en caso de no contar con poder notarial)			
*Acreditación de identidad				
ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO:				
<input type="checkbox"/>	a) Credencial para votar (INE)	<input type="checkbox"/>	b) Pasaporte Vigente	<input type="checkbox"/>
		c) FM2/FM3 (para extranjeros residentes)		



# Carátula 1

Como soporte a la sección II (Datos del solicitante titular) y III (Datos del representante legal del titular), se añade una **carta poder**, que deberá llenar el titular de los datos para que la persona que se designe, lleve a cabo el trámite correspondiente. Deberá ser firmada por todas las personas que se soliciten en la misma.

Carta poder			
_____ (Entidad o País), a ___ de _____ de 202_.			
MÉDICA MÓVIL. PRESENTE			
_____ (Nombre del titular) bajo protesta de decir verdad identificándome con _____ (INE, Pasaporte, FM2/FM3) expedida por _____ (Describir la entidad o país); por medio de la presente otorgo poder especial, tan amplio y suficiente para que en mi nombre y representación, _____ (nombre de la persona a quien otorga el poder) se encargue de las siguientes gestiones en materia de mi derecho ARCO:			
- Llenar la solicitud de derecho ARCO		( ) Sí	( ) No
- Recibir respuesta por parte de Médica Móvil al correo especificado en el apartado III de este formato (en caso de marcar "No", Médica Móvil enviará la respuesta únicamente al correo especificado en el apartado II de este formato)		( ) Sí	( ) No
- Contestar los requerimientos que Médica Móvil pudiera solicitar teniendo en cuenta que serán mis datos personales			
- Recibir los datos personales a los que solicité el Acceso conforme lo indicado en el apartado "Seleccione la modalidad para el envío de respuesta a la solicitud"		( ) Sí	( ) No
- Otro: (especificar) _____		( ) Sí	( ) No
Atentamente,			
_____	_____	_____	_____
Titular/Poderdante Firma y nombre	Representante legal Firma y nombre	Testigo Firma y nombre	Testigo Firma y nombre

El apartado **IV** tiene como objetivo conocer el tipo de derecho que desee ejercer, por lo que será necesario llenar la sección según aplique.

En caso que desee ejercer el derecho de **Acceso**, se solicita indicar el tipo de datos personales a los que se desea tener acceso seguido del dato en específico como señalan los ejemplos.

IV. Datos sobre los cuales desea ejercer su derecho		
Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique Cuales		

Para el caso de **Rectificación**, le solicitaremos el llenado de tres apartados con la información que nos fue proporcionada en su momento (**Dice**) seguida de la información que quiere rectificar (**Debe decir**) finalizando con las especificaciones de las correcciones (**Observaciones**) en caso de ser necesario.

En esta sección deberá incluir el (los) comprobante(s) / documentación que soporte(n) oficialmente el cambio requerido.

IV. Datos que desea rectificar				
Dice		Debe decir		Observaciones
Ejemplo: cumplimiento@gnp.com		Ejemplo: cumplimiento@gnp.com.mx		Ejemplo: Agregar "mx"
Para rectificación de domicilio presentar: - Comprobante de domicilio (luz, agua, teléfono) o - Credencial para votar (INE)		Para rectificación de datos personales como son nombre, apellidos, fecha de nacimiento, etc: - Acta de nacimiento - Credencial para votar (INE) - CURP		Para rectificación de datos médicos: - Diagnóstico médico - Estudios clínicos
Para rectificación de datos patrimoniales: - Escrituras - Facturas - Estados de cuenta				
*El llenado de los campos marcados en la sección I y II serán obligatorios y los de la secciones III sólo para el caso que aplique.				
<b>Nota:</b>				
• En la modalidad presencial, mostrar la identificación original				

Para el derecho de **Cancelación** solicita indicar el tipo de datos personales que se desea **cancelar** seguido del dato en específico como señalan los ejemplos.

IV. Datos sobre los cuales desea ejercer su derecho		
Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique Cuales		
Ejemplo: Todos mis datos de identificación		

Para los formatos de **Oposición**, se solicita indicar el tipo de datos personales a los que desea **oponerse** a su tratamiento seguido del dato en específico como señalan los ejemplos.

Asimismo se incluye un apartado con las finalidades a las que desea ejercer la **Oposición** a finalidades secundarias, las cuales puede encontrar en nuestro [Aviso de Privacidad](#).

IV. Datos sobre los cuales desea ejercer su derecho		
Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique Cuales		
<b>Finalidades</b>		
<input type="checkbox"/>	Con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para ofrecerle otros de nuestros productos, servicios y promociones.	
<input type="checkbox"/>	De evaluar la calidad del servicio y realizar estudios estadísticos, así como contactar a sus familiares y/o terceros, nombrados para contacto en caso de emergencia, con la misma finalidad.	
<input type="checkbox"/>	Con la finalidad de invitarlo a participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro.	

Para los formatos de **Negativa**, se solicita indicar el tipo de datos personales a los que se desea ejercer su **negativa** al tratamiento seguido del dato en específico como señalan los ejemplos.

Asimismo se incluye un apartado con las finalidades a las que desea ejercer la **Negativa** a finalidades secundarias, las cuales puede encontrar en nuestro [Aviso de Privacidad](#).

IV. Datos a los cuales desea ejercer la Negativa a su tratamiento		
Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique Cuales		

Finalidades	
<input type="checkbox"/>	Con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para ofrecerle otros de nuestros productos, servicios y promociones.
<input type="checkbox"/>	De evaluar la calidad del servicio y realizar estudios estadísticos, así como contactar a sus familiares y/o terceros, nombrados para contacto en caso de emergencia, con la misma finalidad.
<input type="checkbox"/>	Con la finalidad de invitarlo a participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro.

Para los formatos de **Revocación**, se solicita indicar el tipo de datos personales a los que se desea ejercer la **Revocación** de su tratamiento, seguido del dato en específico como señalan los ejemplos.

Asimismo se incluye un apartado con las finalidades a las que desea ejercer la **Revocación** del consentimiento para el tratamiento, cualquiera que sea su modalidad (tácito, expreso o expreso y por escrito), dando lugar al cese del tratamiento de los datos personales.

IV. Datos a los cuales desea manifestar la Revocación a su tratamiento		
Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique Cuales		
<b>Finalidades</b>		
<input type="checkbox"/>	Revocación parcial: para tratamientos determinados, por ejemplo, para fines publicitarios o mercadotécnicos, entre otros.	
<input type="checkbox"/>	Revocación total: que el responsable deje de tratar por completo los datos del titular, que a su vez implicará que se extinga la relación jurídica y que de deban cancelar los datos personales.	

En el apartado de **Información Importante** agradecemos que marque la casilla de verificación para conocer el medio por el cual le gustaría tener respuesta a su derecho ARCO, Revocación o Negativa, según aplique. Este apartado debe firmarlo el titular de los datos.

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

#### Seleccione la modalidad para el envío de respuesta a la solicitud

- Presencialmente:** Pasará a recogerlos a los centros de atención de Médica Móvil S.A. de C.V. ubicados en el territorio nacional. Previa cita, asimismo el Titular y su Representante Legal (en caso que aplique) deberá identificarse conforme lo indicado en la sección II.
- Correo electrónico:** Se enviará a la firma de correo electrónico que nos indicó en la sección II o III, según corresponda.
- Domicilio :** Se enviará al domicilio que nos fue indicado en la sección II o III, según corresponda.

**Por la naturaleza de algunos trámites, Médica Móvil podrá solicitar al titular o su representante legal llevar a cabo una entrevista presencial o por videoconferencia, lo cual se le informará de ser necesario.**

Médica Móvil S.A. de C.V. le hará saber si su solicitud es procedente en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles a partir de la recepción de la misma; en caso de que su requerimiento resulte procedente, la respuesta se hará efectiva dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a que se le notificó la procedencia en términos del Artículo 32 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Así mismo se hace de su conocimiento que los plazos antes referidos podrían ampliarse una sola vez, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita el  
ejercicio de su derecho ARCO



## Carátula 2

Esta sección contiene información acerca de los **plazos y costos** al ejercer un derecho ARCO, Revocación o Negativa, según aplique. Le solicitamos leer la sección para conocerlos.

### Plazos para aclaraciones y respuesta

- **Plazo para que Médica Móvil requiera información o documentación adicional para dar trámite a la solicitud:** Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la misma. Para lo cual, Médica Móvil podrá contactar al titular o a su representante legal en los medios de contacto proporcionados en este formato.
- **Plazo para que el titular o su representante legal atiendan el requerimiento adicional de información o documentación:** Contarán con diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente que le haya sido notificado. De no dar respuesta en dicho plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente.
- **Plazo para que Médica Móvil determine si la solicitud es procedente:** Veinte (20) días hábiles a partir de la recepción de la misma. Si Médica Móvil requirió información o documentación adicional, el plazo para que dé respuesta a la solicitud empezará a correr al día siguiente de que el titular haya atendido el requerimiento.
- **Plazo para hacer efectiva la respuesta:** Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a que se le notificó la procedencia.

Como último paso requerimos la firma del titular, además de la del representante legal o apoderado (en caso de que aplique).

---

Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita el ejercicio de su derecho ARCO

---

Nombre y Firma cuando el Representante Legal del Titular tramita la solicitud



Una vez llenada la Solicitud ARCO, Revocación o Negativa, según aplique, tanto el titular como su representante legal (en caso de aplicar) deberá(n) firmar el documento.



Cuando la solicitud ya esté firmada, deberá(n) escanear la(s) solicitud(es) y enviarla(s) por correo electrónico a la siguiente dirección de correo: [cumplimiento@gnp.com.mx](mailto:cumplimiento@gnp.com.mx) para presentar su solicitud.

