

FORMATO DE DERECHOS ARCO Y/O REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha de recepción:* _____

*(Para uso interno)

INSTRUCCIONES: Favor de contestar lo que se requiere en los espacios correspondientes, firmala y envíala junto con los anexos correspondientes al correo electrónico privacidad@vwib.com.

Fecha de solicitud: _____

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y con nuestro Aviso de Privacidad, para dar atención a su solicitud para el ejercicio de derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y/o revocación del consentimiento, es necesario nos proporcione la siguiente información, la cual será tratada solo para dar respuesta a su solicitud:

Datos del solicitante (Titular de los datos personales) ¹	
Nombre (s):	Apellido paterno:
Apellido materno:	RFC:
¿Cómo desea recibir la respuesta a su solicitud? En un plazo máximo de 20 (veinte) días contados a partir de la fecha de esta solicitud, le informaremos sobre la procedencia y realización de este trámite. Para ellos es necesario que se le asigne un folio.	<input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Domicilio: _____
Identificación oficial del titular:	<input type="checkbox"/> INE (credencial elector) <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> FM3 Número de ID oficial (cuya copia adjunto a la presente): _____
Tipo de relación con VW Insurance Brokers: NOTA: Aplicable a Personas Físicas.	<input type="checkbox"/> Prospecto de Cliente <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Candidato <input type="checkbox"/> Accionista de concesionario <input type="checkbox"/> Obligado Solidario <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Víctima de Robo de Identidad
Si la presente solicitud es promovida por un Representante legal, favor de proporcionar lo siguiente:	
Nombre completo del representante legal:	
Identificación oficial del representante legal:	<input type="checkbox"/> INE (credencial elector) <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> FM3 Número de ID oficial (cuya copia adjunto a la presente): _____
Datos generales del medio para acreditar la representación legal NOTA: Favor de adjuntar el poder notarial o carta poder correspondiente.	

El Titular o su Representante, deberá seleccionar el recuadro correspondiente, el o los derechos que pretende ejercer ante el Responsable:

¹ Deberá **anexar en fotocopia** el documento que acredite su identidad (credencial para votar, pasaporte, o FM3). Si **la solicitud se realiza a través del Representante legal del Titular**, se deberá acreditar: **a)** la identidad del Titular, **b)** la identidad del Representante, **c)** anexar poder notarial o carta poder simple con firma autógrafa del Titular y de 2 testigos y **d)** adjuntar los documentos que acrediten la identidad del Representante (credencial para votar, pasaporte, o FM3), en fotocopia.

ACCESO: Usted tiene derecho a solicitar y conocer sus datos personales que el responsable tiene, así como si su información personal está siendo objeto de tratamiento.

Si desea acceder solo a ciertos datos personales favor de indicarlo en este espacio:

RECTIFICACIÓN*: Usted tiene derecho a que se corrijan sus datos personales o completarlos cuando sean inexactos o incompletos.

Precise con exactitud los datos que desee rectificar en este espacio:

***Su solicitud deberá ir acompañada de la documentación que ampare la procedencia de lo solicitado.**

CANCELACIÓN: Usted tiene derecho a solicitar la supresión o eliminación de sus datos personales de un sistema de datos personales.

Si desea cancelar solo ciertos datos personales favor de indicarlo en este espacio:

OPOSICIÓN: Usted tiene derecho a solicitar el cese del tratamiento de sus datos personales cuando exista una causa legítima derivada de su propia situación personal; y/o cuando lo determine por una finalidad específica.

Precise con exactitud la(s) finalidad(es) a la(s) que desea oponerse al tratamiento de sus datos personales:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: Usted tiene derecho a revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, sin que se le atribuyan efectos retroactivos a dicha solicitud cuando usted no tenga ninguna relación jurídica o adeudos vigentes con VW Insurance Brokers., es decir primero tendría que cancelar los productos o servicios, o pagar los adeudos que tiene con la institución.

Favor de señalar si existe o existió una relación jurídica y/o la forma en que considera que pudimos obtener sus datos personales, con la finalidad de dar una respuesta más pronta.

Número de Contrato Número de Cliente

Algún otro dato: _____

De acuerdo a la Ley que regula la materia, el Responsable, cuenta con un plazo máximo de 20 (veinte) días hábiles, contados desde la fecha en que se recibe esta solicitud, para informar al Titular la determinación adoptada, a efecto de que, si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los 15 (quince) días siguientes a la fecha en que se le comunica la respuesta al Titular.

En el caso de que la información proporcionada en la solicitud sea insuficiente o errónea para atenderla, o bien, no se acompañen los documentos a que hacen referencia los artículos 28, fracción II y 30 de la Ley, el responsable podrá requerir al Titular, por una vez y dentro de los 5 (cinco) días siguientes a la recepción de la solicitud, que aporte los elementos o documentos necesarios para dar trámite a la misma.

En caso de que no esté conforme con la respuesta proporcionada por esta Institución a la presente solicitud, podrá acudir a la Secretaría Anticorrupción y Buen Gobierno (SABG).

**Nombre y Firma del Titular
(y/o en su caso del Representante)**