odontoprev

Consentimiento Privacidad
Afiliados Red Denta y Óptica - Odontored

I. Responsable de la Protección de sus Datos Personales

Odontored Seguros Dentales, S.A. de C.V., (ODONTOPREV), con domicilio en Avenida Paseo de la Reforma No. 373 piso 11, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06500, en la Ciudad de México, es responsable del tratamiento de los datos personales recabados de sus prospectos y afiliados a las redes dental y óptica, en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP)**, así como por las disposiciones contenidas en los artículos 1º, 3º y 5º del **Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y Del Consejo (RGPD)**.

II. Finalidades del Tratamiento de sus Datos Personales

Los datos personales **generales** que le serán recabados de forma personal o a través de correo electrónico por **Odontored Seguros Dentales, S.A. de C.V., (ODONTOPREV)**, como: nombre, domicilio, teléfono, correo electrónico, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), identificación y documentación personal, serán utilizados para las siguientes finalidades: identificarlo como afiliado, generar su alta en nuestros sistemas, tenerlo como contacto en nuestro directorio de afiliados, registrar las capacitaciones que le brindaremos y actualización de su información personal; así como sus datos personales **financieros y patrimoniales**: como número de cuenta bancaria, cuenta **CLABE** interbancaria, mismos que serán utilizados para generar su alta en el portal bancario, emitirle el pago por la prestación de sus servicios, así como fotografía de la fachada de su consultorio y sala de espera para constatar que cuenta con una clínica y/o consultorio en condiciones óptimas para brindar la atención a nuestros asegurados.

III. Consentimiento para el Tratamiento de Datos Personales Financieros y Patrimoniales

En cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 8° de la **LFPDPPP,** le informamos que para recolectar y tratar sus datos personales **Financieros y Patrimoniales** en los términos señalados en este Aviso de Privacidad, es preciso contar con su **consentimiento expreso** por lo que le solicitamos nos indique en la siguiente cláusula si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que dicha información es necesaria para poder emitirle el pago por la prestación de sus servicios.

Cláusula de consentimiento tratamiento necesario

Consiento y autorizo la recolección y tratamiento de mis datos personales **financieros y patrimoniales** en los términos de este Aviso de Privacidad.	Marque la opción correspondiente Sí ☐ No ☐

Nombre del Afilado (a): _____

Firma del Afilado (a): _____ Fecha: _____

V. Medios para Conocer el Aviso de Privacidad Integral de Odontoprev

Si usted desea conocer nuestro Aviso de Privacidad Integral para la Red Dental y Red Óptica puede consultarlo en nuestro sitio web: www.odontoprev.com.mx Si tiene alguna duda sobre el contenido, interpretación o alcance de este aviso, requiere mayor información respecto al tratamiento de sus datos personales, desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (ARCO), o revocar su consentimiento, puede contactar a nuestra **Oficina de Privacidad** a través del correo electrónico: contacto@odontoprev.com.mx