odontoprev

Consentimiento
Asegurados - Odontored

I. Responsable del tratamiento de los 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. Tipo de datos personales recabados y finalidades del tratamiento

Le informamos que los datos personales **generales** (nombre completo, fecha de nacimiento, e-mail, teléfono, registro federal de contribuyentes, domicilio,), financieros (4 últimos dígitos de su tarjeta bancaria para la activación de los servicios (en su caso), número de cuenta bancaria y/o cuenta CLABE interbancaria), y **sensibles** (estado de salud, padecimientos o enfermedades), recabados por **ODONTOPREV**, son tratados con la finalidad de: (i) evaluar si cumple los requisitos para la cobertura del seguro que requiere contratar; (ii) identificarlo como asegurado; (iii) generar su alta en los sistemas que maneja la empresa; (iv) para la emisión de la póliza de los servicios contratados y renovación de la misma en su caso; (v) realizar el pago de siniestros; (vi) generar reportes regulatorios RR- 8, de siniestralidad y estadísticos; (vii) actualizar su información personal dentro de nuestros sistemas y bases de datos; y (viii) brindarle atención telefónica, así como enviarle promociones o comunicados sobre nuestros productos o servicios.

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

En cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 8° y 9º de la **LFPDPPP,** le informamos que para recolectar y tratar sus datos personales **Financieros y Sensibles** 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 los servicios de aseguramiento que solicita.

IV. Transferencia de información

Su información personal puede ser comunicada o consultada por auditores externos a efecto de realizar auditorías actuariales, así como por la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**, también puede ser comunicada a su empleador o a su aseguradora, asimismo con un reasegurador en caso de que su póliza este bajo este esquema; dicha comunicación de información es necesaria para cumplir con las obligaciones impuestas por las disposiciones legales, financieras, penales y fiscales aplicables. Por otra parte, se podrán transferir sus datos personales sin solicitar su consentimiento expreso en los casos contemplados por el artículo 37 de la **LFPDPPP**.

odontoprev

Consentimiento Asegurados - Odontored

Cláusula de consentimiento tratamiento necesario

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