

FORMATO DE NEGATIVA DE RECEPCIÓN DE PUBLICIDAD

En ejercicio de **mi derecho a no recibir información publicitaria**, manifiesto por este medio, mi negativa para que mis datos personales sean utilizados para las finalidades secundarias señaladas en el Aviso de Privacidad de AXA Salud S.A. de C.V., de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y el Aviso de Privacidad antes mencionado.

Vías de comunicación a las cuales desea ya no ser contactado (ej. Teléfono, celular, correo electrónico)

Nombre completo del titular, o de su representante legal (si aplica)

Firma del titular, o de su representante legal (si aplica)

Correo electrónico para recibir respuesta de esta solicitud:

AXA Salud S.A. de C.V., le enviará por última ocasión, un correo de confirmación cuando su solicitud haya sido procesada.

*Usted podrá revocar en cualquier momento su decisión de Negativa de Recepción de Publicidad, mandando un correo electrónico a datos.personales@axa.com.mx