



## AVISO DE PRIVACIDAD PROGRAMA DE ACCESO AL TRATAMIENTO

En cumplimiento a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley"), y su respectivo Reglamento, **Sanofi Pasteur, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Real de Mayorazgo No. 130, Torre M, Piso 25, Colonia Xoco, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03330, CDMX (en adelante Sanofi)**, es el "responsable" de los datos personales que nos proporcione, por lo que hace de su conocimiento el presente Aviso de Privacidad a fin de que conozca cómo tratarán y transferirán sus datos personales.

### Datos personales recabados:

**Los datos personales que SANOFI pudiera tratar y que son obtenidos directamente de Usted son los siguientes:**

- DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION Y CONTACTO:
  - Nombre
  - Género
  - Fecha de nacimiento
  - Teléfono de contacto
  - Correo electrónico
  - Dirección de residencia (para visita domiciliada)
  - Firma autógrafa y/o autenticación digital
  - Nombre y cédula profesional de su médico
- DATOS PERSONALES DEMOGRÁFICOS:
  - Ciudad y Estado de residencia
  - Ciudad donde realizará sus evaluaciones médicas

### Sanofi podrá también tratar datos personales sensibles:

- DATOS PERSONALES DE SALUD:
  - Datos que describan su estado de salud físico histórico, presente y futuro
  - Resultado de estudios genético
  - Datos de contacto de médico tratante
  - Datos sobre su afiliación a instituciones de salud histórico, presente y futuro
  - Hospital
  - Peso
- DATOS SOCIOECONÓMICOS:
  - Tipo de seguridad social
  - Número de seguridad social
  - Vigencia de derechos
  - Ocupación
  - Escolaridad
  - Ingresos y egresos familiares (Para la elaboración de un estudio socioeconómico)

### Finalidades del tratamiento:

**Los datos personales que nos proporcione serán tratados para las siguientes finalidades:**

- Para registrarlo en la base de datos del programa de Acceso a Tratamiento
- Para dar seguimiento junto con Usted al proceso de evaluaciones médicas en la Institución de Salud a la que está afiliado
- Para brindarle asesoría en materia de afiliación a instituciones de salud pública en caso de no contar con cobertura
- Para proporcionarle información básica sobre su enfermedad o invitarlo a talleres educativos con otros pacientes
- Para brindarle a usted y sus familiares (en caso de que ellos acepten también su registro al programa) apoyo psicosocial durante el proceso a partir del diagnóstico y hasta la aprobación de su terapia
- Para apoyarlo en la coordinación de pruebas diagnósticas para usted y/o sus familiares que hayan manifestado interés por conocer su estado de salud y que hayan aceptado su registro al programa
- Para enviarle o entregarle educación e información de manera:

- Y Impresa
- Y Por correo electrónico
- Y Por SMS
- Y Por llamadas telefónicas

#### **Transferencia de datos:**

En términos del Artículo 37 de la LFPDPPP, Sanofi podría tener la obligación de transferir sus datos personales a terceros, nacionales o extranjeros sin su previo consentimiento cuando: (i) la transferencia se encuentre prevista por la ley( como es el caso de reacciones adversas, que enviamos a la Secretaría de Salud); y (ii) cuando la transferencia sea necesaria para la prevención o diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios. Asimismo, Sanofi podría comunicar sus datos personales a otras empresas de grupo Sanofi y encargar el tratamiento de datos personales a proveedores de servicios (Encargados), mismos que nos apoyan logísticamente en algún proceso, de manera enunciativa pero no limitativa a los siguientes proveedores: Origis Consulting S.A.P.I. de C.V. (Proveedor de servicio de Base de Datos/México), Escotel Especialistas en Contacto Telefónico S.A. de C.V. (Proveedor de servicio de Call Center (México), Quest Diagnostics (Proveedor de toma de muestras y logística de envío de muestras, análisis clínicos).

#### **Medidas de seguridad:**

SANOFI ha adoptado y mantiene las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas, necesarias para proteger sus datos personales contra daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizados.

#### **Derechos ARCO:**

Usted como titular de sus datos personales, tiene derecho a ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (derechos ARCO). El ejercicio de los derechos ARCO se podrá llevar a cabo a través del envío de su solicitud, por medio del formato sugerido disponible en [www.sanofi.com.mx](http://www.sanofi.com.mx), el domicilio ubicado: Av. Real de Mayorazgo 130, Torre M, Piso 25 Col. Xoco, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03330, Ciudad de Mexico, México o al correo electrónico: [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com). Para conocer los procedimientos, requisitos y plazos para el ejercicio de derechos ARCO, usted puede ponerse en contacto en las direcciones y/o correos electrónicos arriba citados o bien, visitar nuestra página de Internet [www.sanofi.com.mx](http://www.sanofi.com.mx).

Usted, en su carácter de titular, podrá, dentro de un plazo de cinco días hábiles contados a partir de que proporcionó su información, manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para la finalidad de realizar proyectos mercadotécnicos, de publicidad y de prospección comercial o cualquier otra no necesaria para cumplir con la relación jurídica que lo une con SANOFI, o en cualquier momento, revocar el consentimiento que nos ha otorgado para el tratamiento de sus datos personales, limitar el uso o divulgación de los mismos, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (derechos ARCO). Para ello, Usted deberá contactar a SANOFI a través del correo electrónico [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), quien ha sido designado específicamente por **SANOFI** como responsable de la Protección de Datos Personales.

Usted puede en el futuro revocar el consentimiento que haya otorgado a SANOFI para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que, para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud por correo electrónico a la siguiente dirección [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), o bien, por correo postal a la dirección anteriormente señalada, enviando por escrito su voluntad de revocar su autorización y especificando la actividad para la que haya consentido el tratamiento de sus datos, acompañado de una copia de su identificación oficial con firma y fotografía. La solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición deberá contener y acompañar lo siguiente: (i) el nombre y domicilio o correo electrónico del Titular; (ii) los documentos que acrediten la identidad del Titular, o en su caso, la representación legal de quien actúe en su nombre (i.e. credencial de elector o pasaporte); (iii) la descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que el Titular busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados; (iv) cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales del Titular; (v) especificar claramente si la solicitud es de acceso, rectificación, cancelación u oposición; (vi) el motivo de la solicitud; y (vii) las modificaciones a realizarse en caso de que

la solicitud sea para la rectificación de datos personales. Una vez realizada la solicitud, SANOFI le comunicará, en un plazo máximo de 20 (veinte) días naturales, contados a partir de la fecha en que haya recibido la solicitud, la determinación adoptada y, en Caso de que la misma resulte procedente, se hará efectiva dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la fecha en que se comuniquen sus procedimientos. Lo anterior en el entendido que, los plazos antes referidos podrán ser ampliados en una ocasión, cuando las particularidades del caso así lo ameriten a juicio de SANOFI.

**Con el fin de limitar la divulgación y uso de su información personal le sugerimos ponerse en contacto con PROFECO** para solicitar su inscripción en el Registro Público para Evitar Publicidad, que está a cargo de la Procuraduría Federal del Consumidor, con la finalidad de que sus datos personales no sean utilizados para recibir publicidad o promociones de empresas de bienes o servicios. Para mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de Internet de la PROFECO, o bien ponerse en contacto directo con ésta, llamando al número del REPEP (Registro Público para Evitar Publicidad) 55 96 28 00 00 para las áreas metropolitanas de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey o al 800 96 28 000 para el resto de la República, para lo cual, se utilizará un sistema automatizado que permita la identificación del número que se quiere inscribir o cancelar.

#### **Modificaciones o cambios al aviso de privacidad:**

Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad le será informada oportunamente y antes de la instauración de cualquier cambio en el tratamiento de sus datos, vía correo electrónico y a través de la actualización del presente aviso en nuestra página de internet.

#### **Consentimiento al tratamiento de sus Datos Personales:**

En el momento en que usted proporcione sus datos personales, Usted manifiesta estar de acuerdo con este Aviso de Privacidad, así como con el tratamiento que Sanofi haga de sus datos personales y datos personales sensibles.

Al firmar este Aviso de Privacidad Usted entiende que no se le proporcionarán consejos o recomendaciones relacionados a su terapia farmacológica y que cualquier pregunta relacionada con su estado de salud y/o su tratamiento actual no puede ser contestada por Sanofi, sus empleados o empresas actuando en su representación, por lo que debe dirigirla a su médico tratante.

Si, en el futuro usted desea retirar su autorización para el uso de sus datos personales y sensibles de acuerdo a lo establecido en el presente Aviso de Privacidad, agradeceremos enviar un correo electrónico a la siguiente dirección [datos.personales@sanofi.com](mailto:datos.personales@sanofi.com), acompañado de una identificación oficial, en donde manifieste su voluntad, o bien enviando un escrito debidamente firmado por Usted, acompañado de una copia de su identificación oficial vigente con fotografía, por correo postal a la dirección de Sanofi anteriormente señalada en este aviso de privacidad.

En caso de menores de edad (menores de 18 años), o pacientes discapacitados, física o mentalmente para proporcionar su consentimiento, éste debe ser proporcionado por el padre, tutor o representante legal, en la contraparte de este formato.

Al aceptar ser parte del programa de acceso a tratamiento, no queda en ningún momento asegurada su terapia. SANOFI no tiene injerencias en los tiempos establecidos por cada institución gubernamental o privada para los ingresos a terapias y tampoco interfiere en tomas de decisión médica.

#### **CONSENTIMIENTO DE REGISTRO EN EL PROGRAMA**

El registro al programa es totalmente voluntario y gratuito. Tenga en cuenta que no se le pagará por su participación en el programa. Usted es completamente libre de aceptar o rechazar dicha participación. Si decide participar en este programa, podrá abandonar el programa en cualquier momento, sin justificación alguna, y sin coste alguno para usted.

En caso de reportar algún evento adverso o reacción inesperada con respecto a su tratamiento al proveedor de servicios; El proveedor de servicios compartirá sus datos de contacto con el departamento de Farmacovigilancia de Sanofi para permitir que Sanofi cumpla con sus obligaciones legales. En tales casos, Sanofi puede comunicarse con usted para solicitar más información sobre el evento adverso o reacción inesperada mencionada anteriormente.

Si usted deja de participar en el programa, su información personal se conservará y almacenará durante un período limitado a lo estrictamente necesario para lograr los propósitos del programa.

#### **Información sobre el uso de información personal para futuras investigaciones:**

El uso de su información personal para futuras investigaciones es opcional y requiere su consentimiento específico; puede retirar su consentimiento para futuras investigaciones en cualquier momento.

Al reconocer este **CONSENTIMIENTO DE REGISTRO** usted confirma las siguientes declaraciones:

- I. Tener capacidad legal para dar su consentimiento informado.
- II. Comprender completamente las implicaciones de su participación en el programa y poder tomar decisiones sobre su estado de salud o condición médica.
- III. Haber leído y comprendido toda la información anterior relacionada con el programa y habersele permitido hacer preguntas sobre el programa.
- IV. Se le proporcionará una copia de este **consentimiento**.
- V. Se le explicó toda la información incluyendo los motivos para realizar el programa y sus modalidades.

**Importante:**

Este programa no sustituye el consejo profesional de su médico. Su participación en este programa es independiente de cualquier decisión que usted y su médico tomen con respecto a su tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre las opciones de tratamiento alternativas, diríjale a su médico.

**Fecha de actualización: 30 Enero 2024**

**Num. PDPA: 4644**

Yo, \_\_\_\_\_ acepto el Aviso de Privacidad y doy mi consentimiento para ser registrado en el programa Healthcare Access program para recibir los servicios.

Nombre / Firma / Fecha: \_\_\_\_\_