



### SOLICITUD DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO O DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

**General de Seguros, S.A.B. y/o General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**  
(Identificadas de forma individual o conjunta, según corresponda, como “el Responsable”)  
Avenida Patriotismo #266, Col. San Pedro de los Pinos, C.P. 03800, Ciudad de México  
Unidad de Protección de Datos Personales del Responsable

- Por favor, marque la opción de su elección y complete los campos que se indican:

**Compañía a la que dirige su solicitud:**     General de Seguros                       General de Salud

**Solicitud presentada por:**     Titular de los datos                       Representante legal del titular

**Indique su relación con el Responsable:**

- Cliente, asegurado o beneficiario                       Colaborador  
 Proveedor o agente de seguros                       Otro (indique relación) \_\_\_\_\_

**Derecho ARCO solicitado:**     Acceso     Rectificación     Cancelación     Oposición

**Breve razón de la solicitud:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deseo revocar mi consentimiento para el tratamiento de mis datos<sup>1</sup> para los fines siguientes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombre completo del titular de los datos:** \_\_\_\_\_

**Medio para comunicarle la respuesta a su solicitud (correo electrónico o domicilio):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_

**Información para localizar los datos personales (CURP, número de contrato, etc.):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Debe acompañar ésta solicitud, con copia simple de los documentos siguientes:
  - a) Los **documentos que acrediten su identidad** (credencial de elector, pasaporte, cédula profesional o documento migratorio), o en su caso, las facultades de su representante legal (poder notarial, acta, etc.)
  - b) Documentos que faciliten la localización de sus datos personales (póliza, contrato, etc.)
  - c) En el caso de solicitudes de **Rectificación** de datos personales, usted deberá aportar la **documentación que sustente su petición** e indicarnos las modificaciones a realizarse.
  - d) Puede ampliar sus respuestas o agregar información adicional que considere oportuna, ya sea al reverso de éste formato, o bien, mediante escrito libre adjunto al presente.

Mediante la firma de éste documento, usted otorga el consentimiento para que el Responsable trate los datos personales aquí contenidos, para cumplir con la finalidad de responder adecuadamente su solicitud.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del titular de los datos personales o de su representante legal

<sup>1</sup> Conforme a la legislación aplicable, usted NO podrá revocar su consentimiento para que tratemos sus datos personales:  
**a)** Cuando el tratamiento sirva para cumplir con las finalidades indispensables de su relación jurídica con el Responsable, o subsistan derechos vigentes de esa relación, o; **b)** Cuando existan impedimentos legales o se afecten derechos de terceros.