

FORMATO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE DATOS PERSONALESLUGAR, FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN:

FOLIO: _____**Tipo de derecho** (marcar con una "X"):

ACCESO	
RECTIFICACIÓN	
CANCELACIÓN	
OPOSICIÓN	

1. Datos del solicitante y en su caso de su representante**a) Datos del solicitante:**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

b) Representante legal (si aplica):

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Documentos que acreditan la identidad del titular, y en su caso, la personalidad e identidad de su representante

Número oficial de la identificación que proporciona: _____

Identificación oficial del solicitante o representante legal (marcar con una "X" y anexar copia):

Credencial de elector	
Cartilla de Servicio Militar	
Credencial de afiliación IMSS	
ISSSTE o INAPAM	
Pasaporte vigente	
Cédula Profesional	
Otro	

2. Domicilio o medio para recibir notificaciones

Domicilio particular:

Correo electrónico:

3. Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO, salvo que se trate del derecho de acceso

4. En caso de "Solicitud de Acceso a Datos Personales"

Describir de manera clara y precisa los datos personales respecto de los que se busca ejercer el derecho de acceso, otorgando además todos los datos que considere Usted que facilitan la búsqueda de dicha información:

5. En caso de "Solicitud de Rectificación de Datos Personales"

Describir de manera clara y precisa los datos personales respecto de los que se busca ejercer el derecho de rectificación, otorgando además todos los datos que considere Usted que facilitan la búsqueda de dicha información:

6. En caso de "Solicitud de Cancelación de Datos Personales"

Indique las modificaciones a realizar y aporte la documentación que sustenta su petición.

DATO INCORRECTO:

DATO CORRECTO:

DATO PROBATORIO (indique el número de hojas):

- a) _____ (anexo) _____ hojas.
b) _____ (anexo) _____ hojas.

7. En caso de "Solicitud de Oposición de Datos Personales"

Especifique en forma clara y precisa los datos personales de los que solicita la supresión:

Indique las razones por las cuales considera que sus datos deben ser cancelados:

8. En caso de "Solicitud de Oposición de Datos Personales"

Especifique en forma clara y precisa las causas legítimas o la situación específica que lo llevan a solicitar el cese en el tratamiento:

Describa las razones que considere necesarias para exponer el daño o perjuicio que le causaría la persistencia del tratamiento:

Por último, indique las finalidades específicas respecto de las cuales requiere ejercer el derecho de oposición:

9. Modalidad en la que prefiere se otorgue el Acceso a sus Datos Personales

Marque con una "X" la casilla correcta:

Consulta directa	<input type="checkbox"/>
Copias simples	<input type="checkbox"/>

La entrega de la información se realizará al solicitante en forma personal o a su representante legal debidamente acreditado.



Si el espacio no es suficiente, puede anexar hojas a esta solicitud especificando el número de hojas:

Anexo _____ hojas.

Nombre completo y firma del solicitante

Fecha:

Contacto

Compañía de Seguros Generales Everest México, S.A. de C.V.

Av. Paseo de la Reforma 412, Piso 17

Col. Juárez, C.P. 0660, Ciudad de México

everestglobal.com/mx-es