

Solicitud de protección de Datos Personales

Lugar y Fecha: _____ a ____ / ____ / ____

Datos del Titular de los Derechos ARCO

Nombre Completo	
Fecha de nacimiento	
Domicilio para comunicarte la respuesta	
Otro medio para comunicarte la respuesta, por ejemplo, correo electrónico	

Datos del Representante Legal del Titular que ejerce los Derechos ARCO - *Deberá presentar la documentación que lo acredite como representante legal del Titular.*

Nombre Completo	
medio para comunicarte la respuesta, por ejemplo, correo electrónico	

Indica el derecho que deseas ejercer

Acceso

Describir los datos personales sobre los cuales deseas ejercer el derecho	
Información adicional para localizar los datos, por ejemplo: numero de póliza, si es o fue cliente, colaborador, candidato, etc.	

Rectificación *Para ejercer este derecho deberás entregar la solicitud de cambios de Seguros Monterrey New York Life y entregar la documentación que sustente la rectificación.*

Cancelación

Describir los motivos de la cancelación	
---	--

Oposición

Para fines mercadológicos y de publicidad *Para ejercer este derecho deberás entregar adicionalmente el formato de **Preferencias de Publicidad***

Otros fines

Describir a que fines desea oponerse	
--------------------------------------	--

Revocación de Consentimiento

Describir el tratamiento para el cual deseas revocar el consentimiento	
--	--

Información adicional que consideres importante para poder ejercer el derecho o la revocación solicitada:

--

Nombre completo y firma del titular de los datos personales

Nombre completo y firma del representante legal (si aplica)

Deberás acompañar a la presente solicitud las identificaciones oficiales correspondientes, con la finalidad de corroborar la identidad de Titular y el representante legal (si aplica)