



**Formulario para el ejercicio de los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (ARCO) o para la revocación del consentimiento conforme la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.**

Número de Póliza o Certificado \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Identificación Oficial \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Correo \_\_\_\_\_  
Electrónico \_\_\_\_\_

**Solicita**

- Ejercitar el derecho de acceso, solicitando se me remita la información por correo electrónico a la dirección anteriormente indicada.
- Ejercitar el derecho de rectificación, solicitando la modificación de los datos personales que se indican a continuación.
- Ejercitar el derecho de cancelación.
- Ejercitar el derecho a oponerse al tratamiento de mis datos personales.
- Ejercitar el derecho a oponerse a las transferencias de datos.
- Revocar su consentimiento.

Describe con claridad y precisión los datos personales respecto de los cuales desea realizar el trámite. Favor de especificar los datos personales y las finalidades a las que se refiere su trámite.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe con claridad y precisión el motivo del ejercicio de su derecho o de la revocación de su consentimiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SI  NO otorgo el consentimiento expreso y por escrito para que los datos personales entregados al responsable por medio de este formato o en relación con el mismo, sean tratados con la finalidad de gestionar y resolver lo aquí solicitado.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Para darle trámite a su solicitud se deberá entregar el formulario debidamente llenado y firmado, adjuntando una fotocopia de la identificación oficial o el documento equivalente que acredite la identidad del interesado. Si actúa a través de representación legal deberá incluirse la fotocopia de la identificación oficial del representante legal y del documento que acredite la representación.
- El formulario puede remitirse por correo a al área responsable de la Protección de Datos Personales en Av Constitución No. 2050, Col. Obispedo C.P. 64060 Monterrey, Nuevo León, México. o al correo electrónico [derechosarco@primeroseguros.com](mailto:derechosarco@primeroseguros.com).
- Cuando se solicite la rectificación de los datos personales el titular de los mismos o su representante legal deberá aportar los documentos con los que sustente dicha rectificación.
- La resolución será enviada al titular mediante correo electrónico indicado en esta solicitud dentro del término de 20 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. De ser procedente, dicha resolución será efectiva dentro de los 15 días hábiles siguientes a la fecha en que sea comunicada al titular. Los plazos anteriores podrán ampliarse por un período igual, según sea el caso, cuando las circunstancias lo justifiquen.
- El responsable no estará obligado a cancelar los datos personales del titular en cualquiera de los supuestos establecidos en el Artículo 26 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales incluyendo, sin estar limitado a, cuando los datos personales sean necesarios para cumplir con una obligación legalmente adquirida.
- Favor de completar todos los campos según corresponda y de enviar un formato por trámite ejercido.