



Médica Móvil S.A. de C.V.

Av. División del Norte No. 2555 Col. Del Carmen, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México., Tel. 55 54823700, www.gnp.com.mx/

Folio:
Para uso exclusivo de Médica Móvil

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES LDPFPPP

Fecha de Solicitud _____

Aviso de Privacidad

Médica Móvil S.A. de C.V., con domicilio en calle Av. División del Norte No. 2555, Col. Del Carmen, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México. Tratará sus datos personales con la finalidad de atender su solicitud y, en su caso, de ejercer su derecho ARCO. Podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus actualizaciones en cualquier momento en la página: www.gnp.com.mx/

I. Identificación del titular (seleccionar tipo)

<input type="checkbox"/>	Cientes (afiliados, solicitantes, contratantes, beneficiarios)	*No. de póliza	*Tipo de seguro	No. del siniestro (En caso que aplique)	*Fecha de inicio	Fecha de término
					Vigencia de la póliza	
<input type="checkbox"/>	Empleado	*Clave de empleado	*Área			
<input type="checkbox"/>	Candidatos o Aspirantes a ocupar vacantes	*Nombre completo				
<input type="checkbox"/>	Proveedor	*RFC	* Tipo de Servicio (Ejemplo: Servicios Médicos, Consultoría, Grúas, Sistemas, etc.)			
<input type="checkbox"/>	Tercero	No. de Siniestro (En caso de que aplique)	*Relación con Médica Móvil			

II. Datos del solicitante titular

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle			*No. Exterior	No. Interior	
*Colonia			*C.P.		
*Alcaldía	*Ciudad	*Entidad Federativa	*Clave Lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		*Correo electrónico		R.F.C	

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES DEL TITULAR

- a) Credencial para votar (INE) b) Pasaporte Vigente c) FM2/FM3 (para extranjeros residentes)

III. Datos del representante legal del titular (Llenar esta sección únicamente en caso de que la solicitud sea ejercida por un representante legal)

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle			*No. Exterior	No. Interior	
*Colonia			*C.P.		
*Alcaldía	*Ciudad	*Entidad Federativa	*Clave lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		*Correo electrónico			

- Poder notarial general para actos de administración o especial para ejercer derechos ARCO
 Carta poder firmada por el titular, su representante legal y dos testigos (en caso de no contar con poder notarial)

*** Acreditación de identidad**

ESTA SOLICITUD DEBERÁ SER ACOMPAÑADA DE UNA DE LAS SIGUIENTES IDENTIFICACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO:

- a) Credencial para votar (INE) b) Pasaporte Vigente c) FM2/FM3 (para extranjeros residentes)

Carta poder

_____ (Entidad o País), a ___ de _____ de 202__.

MÉDICA MÓVIL.
PRESENTE

_____ (Nombre del titular) bajo protesta de decir verdad identificándome con _____ (INE, Pasaporte, FM2/FM3) expedida por _____ (Describir la entidad o país); por medio de la presente otorgo poder especial, tan amplio y suficiente para que en mi nombre y representación, _____ (nombre de la persona a quien otorga el poder) se encargue de las siguientes gestiones en materia de mi Revocación:

- Llenar la solicitud de Revocación () Sí () No
- Recibir respuesta por parte de Médica Móvil al correo especificado en el apartado III de este formato (en caso de marcar "No", Médica Móvil enviará la respuesta únicamente al correo especificado en el apartado II de este formato) () Sí () No
- Contestar los requerimientos que Médica Móvil pudiera solicitar teniendo en cuenta que serán mis datos personales () Sí () No
- Recibir los datos personales a los que solicité el Acceso conforme lo indicado en el apartado "Seleccione la modalidad para el envío de respuesta a la solicitud" () Sí () No
- Otro: (especificar) _____ () Sí () No

Atentamente,



Av. División del Norte No. 2555 Col. Del Carmen, Alcaldía
Coyoacán, C.P. 04100, Ciudad de México., Tel. 55 54823700,
www.gnp.com.mx/

**SOLICITUD PARA EL EJERCICIO
DE LOS DERECHOS ARCO
REVOCACIÓN**

IV. Datos a los cuales desea manifestar la Revocación a su tratamiento

Datos Personales de Identificación (Nombre, Domicilio, Teléfono, Etc.)	Datos Patrimoniales o Financieros (Cuentas Bancarias, Propiedades, Edo de Cuenta, Etc.)	Datos Personales Sensibles (Padecimientos y Tratamientos Médicos, Etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especifique Cuales

Finalidades

<input type="checkbox"/>	Revocación parcial: para tratamientos determinados, por ejemplo, para fines publicitarios o mercadotécnicos, entre otros.
<input type="checkbox"/>	Revocación total: que el responsable deje de tratar por completo los datos del titular, que a su vez implicará que se extinga la relación jurídica y que de deban cancelar los

* El llenado de los campos marcados en la sección I y II serán obligatorios y los de las secciones III sólo para el caso que aplique

Nota:

* En la modalidad presencial, mostrar la identificación original.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Seleccione la modalidad para el envío de respuesta a la solicitud

- Presencialmente:** Pasará a recogerlos a los centros de atención de Médica Móvil S.A. de C.V. ubicados en el territorio nacional. Previa cita, asimismo el Titular y su Representante Legal (en caso que aplique) deberá identificarse conforme lo indicado en la sección II.
- Correo electrónico:** Se enviará a la firma de correo electrónico que nos indicó en la sección II o III, según corresponda.
- Domicilio :** Se enviará al domicilio que nos fue indicado en la sección II o III, según corresponda.

Por la naturaleza de algunos trámites, Médica Móvil podrá solicitar al titular o su representante legal llevar a cabo una entrevista presencial o por videoconferencia, lo cual se le informará de ser necesario.

Médica Móvil S.A. de C.V. le hará saber si su solicitud es procedente en un plazo máximo de veinte (20) días hábiles a partir de la recepción de la misma; en caso de que su requerimiento resulte procedente, la respuesta se hará efectiva dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a que se le notificó la procedencia en términos del Artículo 32 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Así mismo se hace de su conocimiento que los plazos antes referidos podrían ampliarse una sola vez, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita el
ejercicio de su derecho ARCO

Plazos para aclaraciones y respuesta

- **Plazo para que Médica Móvil requiera información o documentación adicional para dar trámite a la solicitud:** Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la misma. Para lo cual, Médica Móvil podrá contactar al titular o a su representante legal en los medios de contacto proporcionados en este formato.
- **Plazo para que el titular o su representante legal atiendan el requerimiento adicional de información o documentación:** Contarán con diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente que le haya sido notificado. De no dar respuesta en dicho plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente.
- **Plazo para que Médica Móvil determine si la solicitud es procedente:** Veinte (20) días hábiles a partir de la recepción de la misma. Si Médica Móvil requirió información o documentación adicional, el plazo para que dé respuesta a la solicitud empezará a correr al día siguiente de que el titular haya atendido el requerimiento.
- **Plazo para hacer efectiva la respuesta:** Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a que se le notificó la procedencia.

Costos

El ejercicio de derechos ARCO, revocación y/o negativa de los datos personales es de forma GRATUITA, debiendo cubrir el titular los gastos justificados del envío físico o el costo de reproducción en copias u otros formatos, en caso que aplique.

No obstante, si la misma persona reitera su solicitud en un periodo menor a doce meses, los costos no serán mayores a tres días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, a menos que existan modificaciones sustanciales al aviso de privacidad que motiven nuevas consultas.

Nombre y Firma del Titular de los Datos
que solicita el ejercicio de su derecho

Nombre y Firma cuando el Representante
Legal del Titular tramita la solicitud

"En caso de requerir información contáctenos a través del correo electrónico cumplimiento@gnp.com.mx o visite www.gnp.com.mx/ en la sección "Avisos de Privacidad".

Imprima y firme este documento