



SOLICITUD DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Código F-SGDP-31
Versión 1.0
Fecha de emisión 13 septiembre 2021

Número de folio: _____

Fecha de solicitud: _____

Datos del Titular

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Calle y No. Exterior/Interior Colonia/Alcandía C.P.

Ciudad / Municipio Estado

Correo electrónico Teléfono celular y/o particular
(Al cual se enviará la respuesta de su solicitud)

Datos del Representante Legal

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Calle y No. Exterior/Interior Colonia/Alcandía C.P.

Ciudad / Municipio Estado

Correo electrónico Teléfono celular y/o particular
(Al cual se enviará la respuesta de su solicitud)

Relación del Titular con Álamo Seguros

Colaborador Agente de Seguros Otro Especifique _____

Descripción de las finalidades para la revocación de su consentimiento y su justificación.

Describir de forma clara y precisa la(s) finalidad(es) de tratamiento que solicita, la revocación de su consentimiento y su justificación, así como otros elementos o documentos que faciliten la localización de sus datos.

Nombre y firma del Titular

Nombre y firma del Representante
Legal