



## SOLICITUD DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Código F-SGPDP-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/Alcaldía 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/Alcaldía 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 Alamo 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