



SOMPO INTERNATIONAL

INSURANCE

**SOMPO Seguros México, S.A. de C.V.**  
**SOLICITUD PARA EJERCER DERECHOS ARCO**  
**(ARCO = Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición)**

Para uso exclusivo del responsable del área de Datos Personales

Folio

Fecha y hora de recepción

**I. Nombre del Titular de los Datos Personales**

**II. Datos para comunicar la respuesta a su solicitud**

Domicilio:

Calle y No. \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Delegación \_\_\_\_\_

Ciudad o País \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**III. Documento oficial con el que se identifica - Anexar copia simple.**

Credencial para votar

Cédula profesional

Pasaporte vigente

Poder notarial, tratándose de

Cartilla de servicio militar

representante legal

**IV. Describa de forma clara y precisa los Datos Personales respecto de los cuales busca ejercer alguno de sus Derechos ARCO**

\* Tratándose de rectificación de Datos Personales deberá indicar las modificaciones a realizarse y anexar la documentación que sustente su petición

**V. Otros datos que faciliten la localización de los Datos Personales**

**VI. Medio por el que desea recibir respuesta:**

Domicilio

Correo electrónico

Firma del Titular de  
los Datos Personales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_