



Guía de usuario para ejercer la Revocación en el
tratamiento de los
Datos Personales en Médica Móvil

A continuación se describe el procedimiento para que el titular de los datos personales ejerza la revocación para el tratamiento de los datos personales:

Para que el titular de los datos personales pueda tramitar en cualquier momento la revocación de su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales o al aprovechamiento de los mismos con relación a las finalidades que no son necesarias para la relación entre el responsable y el titular, podrá manifestar dicha revocación mediante el llenado del “Formato para el ejercicio de Revocación y Negativa Médica Móvil” ubicado en éste mismo portal.

Dicho formato lo debe de proporcionar vía correo electrónico (Digital) o de forma personal (Física) en las instalaciones de Médica Móvil dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega de sus datos.



Formato para el ejercicio de Revocación y Negativa Médica Móvil

DIGITAL



ESCANEAR



ENVIAR POR EMAIL



FÍSICA



ENTREGAR PERSONALMENTE EN LAS OFICINAS DE MÉDICA MÓVIL

Dirección: proteccion.datospersonales@gnp.com.mx



1

Para solicitar la revocación del consentimiento para el tratamiento de sus datos personales por correo electrónico, el titular de los datos personales debe de realizar lo siguiente:

- Solicitar la Revocación, mediante el llenado del “Formato para el ejercicio de Revocación y Negativa Médica Móvil” que se encuentra en este portal
- Imprimir formato y firmar
- Proporcionar copia de identificación oficial (IFE, pasaporte vigente, cartilla militar, cédula profesional, FM2/FM3)
- Escanear los documentos
- Enviarlos a la dirección de correo: proteccion.datospersonales@gnp.com.mx

Primera parte de la solicitud



Médica Móvil S.A. de C.V.
San Lorenzo No. 712, Col. Del Valle Sur, Del. Benito Juárez,
C.P. 03100, Edificio E, primer piso, Tel. 54823700,
www.medicamovil.com

Folio:

Para uso exclusivo de
Médica Móvil

REVOCAION DE CONSENTIMIENTO PARA EL
TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES
LFPDPPP
Afiliado / Contratante

Fecha de Solicitud _____

I. Datos de la póliza

*No. Póliza / No. Membresía	*Tipo de Seguro	*Nombre de contratante de Póliza / Membresía	Fecha de emision	Fecha de termino
			Vigencia de la Póliza / Membresía	

II. Datos del solicitante titular

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle			*No. Exterior	No. Interior	
*Colonia			C.P.		
*Delegación o Municipio	*Ciudad o Población	*Entidad Federativa	*Clave Lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		Correo electrónico			

III. Datos del representante legal del titular

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle			*No. Exterior	No. Interior	
*Colonia			C.P.		
*Delegación o Municipio	*Ciudad o Población	*Entidad Federativa	*Clave Lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		Correo electrónico			

*El llenado de los campos marcados serán obligatorios para gestionar la solicitud y poder comunicarle el estatus que guarda la misma

•Para la Solicitud de Afiliado / Contratante se requieren los datos de la póliza. *

•La Sección II corresponde a los datos del Solicitante Titular

•Esta sección deberá ser llenada sólo si el tramitante es un Representante Legal y no podrán omitirse los datos de la Sección II.

Procedimiento para realizar la solicitud de manera DIGITAL...



San Lorenzo No. 712, Col. Del Valle Sur, Del. Benito Juárez,
C.P. 03100, Edificio E, Primer piso, Ciudad de México,
Tel. 54823700, www.medicamovil.com

Guía de Usuario

Segunda parte de la solicitud

En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, es mi deseo revocar mi consentimiento otorgado a Médica Móvil S.A. de C.V. y las sociedades relacionadas o Subsidiarias, para tratar mis datos personales.

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

a) Credencial de Elector (IFE) b) Cartilla Militar c) Pasaporte d) Cédula Profesional e) FM2/FM3

Nota:

- En la modalidad presencial, mostrar la identificación original
- En caso de que el solicitante sea el representante legal, deberá adjuntar poder notarial y/o carta poder

Médica Móvil S.A. de C.V. dará respuesta a esta solicitud en un plazo máximo de 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 15 días siguientes 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.

• Texto para solicitar la revocación del consentimiento para el tratamiento de los datos personales.

Para que la solicitud sea aceptada deberá ser acompañada por una identificación oficial.

- Si la solicitud se entrega de manera presencial : debe mostrar original y copia de la identificación oficial.
- Si envía la solicitud por email debe adjuntar el documento digitalizado .

Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita la Revocación

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

• Siempre deberá de ir la firma del Solicitante Titular en cualquier tipo de solicitud

• Se firma sólo si el tramitante es un Representante Legal



IDENTIFICACIÓN OFICIAL



ESCANEAR



ENVIAR POR EMAIL

proteccion.datospersonales@gnp.com.mx

FIN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MANERA DIGITAL.

Procedimiento para realizar la solicitud de manera FÍSICA...



San Lorenzo No. 712, Col. Del Valle Sur, Del. Benito Juárez,
C.P. 03100, Edificio E, Primer piso, Ciudad de México,
Tel. 54823700, www.medicamovil.com

Guía de Usuario

2

Para solicitar la revocación para el tratamiento de sus datos personales físicamente en las oficinas de Médica Móvil, el titular debe de realizar lo siguiente:

- Solicitar la Revocación, mediante el llenado del “Formato para el ejercicio de Revocación y Negativa Médica Móvil”
- Imprimir formato y firmar
- Proporcionar copia de identificación oficial (IFE, pasaporte vigente, cartilla militar, cédula profesional, FM2/FM3)
- Integrar los documentos en un sobre y entregarlos personalmente en las oficinas de Médica Móvil

Primera parte de la solicitud

	Médica Móvil S.A. de C.V. San Lorenzo No. 712, Col. Del Valle Sur, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Edificio E, primer piso, Tel. 54823700, www.medicamovil.com	REVOCAION DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES LFPDPPP Afiliado / Contratante	
		Folio: _____ Para uso exclusivo de Médica Móvil	
Fecha de Solicitud _____			

I. Datos de la póliza

*No. Póliza / No. Membresía	*Tipo de Seguro	*Nombre de contratante de Póliza / Membresía	Fecha de emisión	Fecha de término
			Vigencia de la Póliza / Membresía	

•Para la Solicitud de Afiliado / Contratante se requieren los datos de la póliza. *

II. Datos del solicitante titular

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle		*No. Exterior		No. Interior	
*Colonia		C.P.			
*Delegación o Municipio	*Ciudad o Población	*Entidad Federativa	*Clave Lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		Correo electrónico			

•La Sección II corresponde a los datos del Solicitante Titular

III. Datos del representante legal del titular

*Apellido Paterno		*Apellido Materno		*Nombre (s)	
*Calle		*No. Exterior		No. Interior	
*Colonia		C.P.			
*Delegación o Municipio	*Ciudad o Población	*Entidad Federativa	*Clave Lada	*Teléfono de Contacto	
Teléfono Celular		Correo electrónico			

•Esta sección deberá ser llenada sólo si el tramitante es un Representante Legal y no podrán omitirse los datos de la Sección II.

*El llenado de los campos marcados serán obligatorios para gestionar la solicitud y poder comunicarle el estatus que guarda la misma

Procedimiento para realizar la solicitud de manera FÍSICA...



San Lorenzo No. 712, Col. Del Valle Sur, Del. Benito Juárez,
C.P. 03100, Edificio E, Primer piso, Ciudad de México,
Tel. 54823700, www.medicamovil.com

Guía de Usuario

Segunda parte de la solicitud

En ejercicio de los derechos que me confiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, es mi deseo revocar mi consentimiento otorgado a Médica Móvil S.A. de C.V. y las sociedades relacionadas o Subsidiarias, para tratar mis datos personales.

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

a) Credencial de Elector (IFE) b) Cartilla Militar c) Pasaporte d) Cédula Profesional e) FM2/FM3

Nota:

- En la modalidad presencial, mostrar la identificación original
- En caso de que el solicitante sea el representante legal, deberá adjuntar poder notarial y/o carta poder

Médica Móvil S.A. de C.V. dará respuesta a esta solicitud en un plazo máximo de 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 15 días siguientes 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.

- Texto para solicitar la revocación del consentimiento para el tratamiento de los datos personales.

Para que la solicitud sea aceptada deberá ser acompañada por una identificación oficial.

- Si la solicitud la entrega de manera presencial: debe mostrar original y copia de la identificación oficial.
- Si envía la solicitud por email debe adjuntar el documento digitalizado.

Nombre y Firma del Titular de los Datos que solicita la Revocación

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

- Siempre deberá de ir la firma del Solicitante Titular en cualquier tipo de solicitud

- Se firma sólo si el tramitante es un Representante Legal



IDENTIFICACIÓN OFICIAL



INTEGRAR LOS DOCUMENTOS EN UN SOBRE



ENTREGAR PERSONALMENTE EN LAS OFICINAS DE MÉDICA MÓVIL

FIN DEL PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE MANERA FÍSICA.