"FORMATO DE CONSENTIMIENTO"

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles (en adelante "los datos"). Así mismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.gnp.com.mx

En relación con "los datos" que fueron recabados con motivo de mi póliza de seguro contratada por "La Universidad Autónoma de San Luis Potosí y la Unión de Asociaciones del Personal Académico de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (en adelante "mis empleadores") y, en cumplimiento a las disposiciones legales relacionadas con la Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) a que transfiera "los datos" y/o envíe la documentación relacionada con mis siniestros, como son: el tipo de evento solicitado, monto autorizado, costos finales, parciales y notas de crédito del evento, así como el tipo de medicamento y la frecuencia con la que se me entrega, dicha información contiene datos personales, patrimoniales y sensibles, a mi empleador para las siguientes actividades:

1- Llevar un control y administración de mis gastos erogados en la póliza

Tengo conocimiento de que podré ejercer en cualquier momento mis derechos de Revocación y ARCO (derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), ante GNP mediante los procedimientos establecidos en gnp.com.mx, así como con mi empleador, mediante los procedimientos establecidos en su Aviso de Privacidad Integral.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como de los lugares en donde se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

Se me informó que, con la autorización de la transferencia de mis datos personales aún los sensibles a mis empleadores, estos serán responsable del tratamiento de mis datos personales generados con motivo de los datos proporcionados y quien deberá informarme en su Aviso de Privacidad el tratamiento que le dará a dichos datos, por lo que libero y dejo en paz y a salvo de toda responsabilidad a GNP, sus accionistas, empleados, funcionarios, colaboradores, o representantes, de cualquier responsabilidad derivada de cualquier clase de queja, denuncia, reclamación, acción, demanda, responsabilidad, pérdida, daño, costo, cargo, honorarios de abogados, realizada ante cualquier autoridad administrativa o jurisdiccional competente o de cualquier otra clase de gastos que pueda sufrir o incurrir en cualquier tiempo, que resulte por el tratamiento que le pueda dar mi empleador a los datos transferidos.

SI ☐ ***NO*** ☐ ***Consiento y autorizo realizar dichas transferencias a mi empleador.***

Atentamente,

_____	_____	_____
Nombre Completo	RFC	Fecha y firma del titular de los datos

Para el caso de menores de edad bajo la tutela o patria potestad del Asegurado, completar la siguiente autorización para cada uno de éstos.

Nombre completo del menor de edad	*Consiento y autorizo dichas transferencias*	*Nombre y Firma del Padre o Tutor*
	SI ☐ *NO* ☐	
	SI ☐ *NO* ☐	
	SI ☐ *NO* ☐	

Cotejo vs Identificación del titular de los datos	
"Se hace constar que coincide con el original que tuve a la vista"	
Nombre completo (quien cotejo):	
Fecha:	
Firma:	