



**SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA
(SIAB VIDA)**

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (POSIBLE BENEFICIARIO)

NOMBRE(S) O RAZÓN SOCIAL: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PARENTESCO/INTERÉS JURÍDICO: _____

CURP: _____

DOMICILIO (PARA RECIBIR NOTIFICACIONES):

CALLE Y NÚMERO: _____

COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

E.MAIL: * _____

*** ESTOY DE ACUERDO EN QUE LA INFORMACIÓN QUE SE ME PROPORCIONE CON MOTIVO DE LA PRESENTE SOLICITUD SE ME NOTIFIQUE EN EL DOMICILIO SEÑALADO CON ANTELACIÓN, O BIEN, EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO SEÑALADA.**

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE/PADRE O TUTOR/ALBACEA

NOMBRE(S): _____ *COMPLETOS/SIN ABREVIATURAS: APELLIDO

PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RFC: _____ CURP: _____

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO (FALLECIDO)

NOMBRE(S): _____ * COMPLETOS/SIN ABREVIATURAS:

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ RFC: _____

CURP: _____ FECHA DE FALLECIMIENTO: _____





ULTIMO DOMICILIO DEL ASEGURADO

CALLE Y NÚMERO EXT. E INT: _____ C.P.: _____

COLONIA O FRACCIONAMIENTO: _____

DELEGACION O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

DATOS DEL PATRÓN / CONTRATANTE DEL SEGURO (OBLIGATORIO PARA PÓLIZAS DE GRUPO)

NOMBRE(S) Ó RAZÓN SOCIAL: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

RFC (opcional): _____ CURP (opcional): _____

DOMICILIO DEL PATRÓN / CONTRATANTE DEL SEGURO

CALLE Y NÚMERO EXT. E INT: _____ C.P.: _____

COLONIA O FRACCIONAMIENTO: _____

DELEGACION O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

El servidor público que suscribe revisó y cotejó los documentos que acreditan la identidad del solicitante y la procedencia de la solicitud:

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que tengo interés jurídico en relación con los datos que solicito y de los que me hago responsable mediante la suscripción de la presente, apercibido de las sanciones a que se hacen acreedores aquellos que declararán falsamente ante la autoridad

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE





FORMATO PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR EN EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES EN LA CONDUSEF

En cumplimiento de los artículos 3º, fracciones VIII y X; 7º; 21, último párrafo; y 27, fracción IV y último párrafo, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, se solicita su consentimiento para recabar, tratar y proteger sus datos personales, en el siguiente trámite que lleva a cabo la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. (CONDUSEF)

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA)

En todo caso, Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) personalmente o través de su representante, acudiendo a la **Unidad de Transparencia** de la **CONDUSEF**, ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 03700; o bien, hacerlo por vía electrónica, donde puede presentar una solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Por lo tanto, **MANIFIESTO** que conozco y he leído el **AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA)** de la CONDUSEF por lo que

FECHA:

(X) **SI** Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales

() **NO** Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FIRMA DE CONFORMIDAD

*** Este FORMATO, deberá ser llenado y firmado en original y presentarse junto con la SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA).**

