



Fecha Solicitud:

SOLICITUD SIAB-VIDA

Folio:

Datos personales del Solicitante (posible beneficiario)

Nombre (s) ó Razón Social: _____

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco / Interés Jurídico: _____

CURP: _____ RFC: _____

Correo Electrónico: _____

Domicilio (para recibir notificaciones): Calle y número _____

Colonia _____ Alcaldía o Municipio _____

Código Postal _____ Estado _____

Teléfono: _____ Celular _____

*** 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 que en este acto proporciono para tales efectos.**

Datos personales del Representante/Apoderado (En el caso de menores de edad llenar con los datos del padre o tutor)

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

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RFC: _____

CURP: _____ PARENTESCO / INTERÉS JURÍDICO: _____

Datos personales del Asegurado

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

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO _____

FECHA DE NACIMIENTO: / / SEXO: _____ RFC: _____

CURP: _____ FECHA DE FALLECIMIENTO: / /

LUGAR DE FALLECIMIENTO: _____





Ultimo domicilio del Asegurado

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

COLONIA O FRACCIONAMIENTO: _____

DELEGACION O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

Domicilio anterior (Opcional)

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

COLONIA O FRACCIONAMIENTO: _____

DELEGACION, MUNICIPIO O POBLACIÓN: _____ 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 NUMERO EXT. E INT: _____ C.P: _____

COLONIA O FRACCIONAMIENTO: _____

DELEGACION, MUNICIPIO O POBLACIÓN: _____ 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 declaran 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, fracción X; 7º; 21, último párrafo; y 27, fracción IV, 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 tramite 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 la Calle de Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 03100; o bien, hacerlo por vía electrónica, donde puede presentar una solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, 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 DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA)** de la CONDUSEF, por lo que:

FECHA: ___/___/___
DÍA MES AÑO

- a) () **SI** otorgo mi CONSENTIMIENTO para el tratamiento de mis datos personales.
- b) () **NO** otorgo mi CONSENTIMIENTO para el tratamiento de mis datos personales.

NOMBRE(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FIRMA DE CONFORMIDAD

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

