



HACIENDA



SOLICITUD DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO/INVERSIÓN

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (POSIBLE BENEFICIARIO)

NOMBRE(S): DALIA
APELLIDO PATERNO: VASQUEZ APELLIDO MATERNO: PRIMO
FECHA DE NACIMIENTO: 22/05/1968 PARENTESCO / INTERÉS JURÍDICO: ESPOSA
CURP: VAPD680522MVZSR06 RFC: VAPD680522G51
DOMICILIO (PARA RECIBIR NOTIFICACIONES): CALLE Y NÚMERO: QUETZALCOATL #18
COLONIA: CUALIPAN ALCALDÍA O MUNICIPIO: MINATITLAN
CÓDIGO POSTAL: 96729 ESTADO: VERACRUZ
TELÉFONO: CELULAR: 922 118 03 28
E-MAIL: daly\_ned@hotmail.com

\* Estoy de acuerdo en que la información que se me proporciona 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:
FECHA DE NACIMIENTO: RFC:
CURP: PARENTESCO / INTERÉS JURÍDICO:

DATOS PERSONALES DEL DEPOSITANTE Y/O INVERSIONISTA (FALLECIDO)

NOMBRE(S): NAHUM \*COMPLETOS / SIN ABREVIATURAS
APELLIDO PATERNO: CRUZ APELLIDO MATERNO: GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO: 11/10/1963 SEXO: MASCULINO RFC: CUGN631011DV2
CURP: CUGN631011HVZRM07 FECHA DE FALLECIMIENTO: 09, 04, 2024
LUGAR DE FALLECIMIENTO: CINAHUHTL 20 COL: FOVISSSTE 2, COATZACOALCOS VERACRUZ, MEXICO



2024 Felipe Carrillo PUERTO



ULTIMO DOMICILIO DEL DEPOSITANTE / INVERSORISTA  
 CALLE Y NUMERO DEL CDT. CONSTITUCION #5 C.P. 96730  
 COLONIA OTROCCIONAMIENTO PEÑERAS DEL JAGUET  
 ALCALDIA MUNICIPIO MINATITLAN  
 ESTADO VERACRUZ

El titular declara que suscribe cierto y veraz los datos que aparecen en relación con los datos que indica y de los que es responsable declarar la veracidad de los mismos, especificando de las acciones a que se hacen responsables aquellos que declare falsamente sobre la actividad.

El titular declara que suscribe cierto y veraz los datos que aparecen en relación con los datos que indica y de los que es responsable declarar la veracidad de los mismos, especificando de las acciones a que se hacen responsables aquellos que declare falsamente sobre la actividad.

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

DALIA VASQUEZ PRIMO  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

**Solicitudes**  
**Importante**

- \* Las solicitudes son personales, en el caso de menores de edad se debe acompañar copia de nacimiento del menor e identificación del padre que ejerce la patria potestad del menor, y en caso de apoderados, el documento en el que surge la representación.
- \* La información que, en su caso, proporcionó (en instituciones de Crédito que participan en el sistema) con respecto a los datos personales que se registró y no presentó el garante de manera alguna, la procedencia de la entrega del saldo existente en las cuentas al momento del fallecimiento del abarcador o beneficiario, para lo cual cada beneficiario deberá cumplir con los requisitos de ley aplicable.
- \* Los datos recabados en la presente solicitud se encuentran protegidos en términos de la legislación por la Ley Federal de Protección de Datos Personales y de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- \* El resultado de la entrega de beneficiarios depende de los datos proporcionados por el solicitante, así como de la información con la que cuentan las instituciones de crédito.





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

En cumplimiento de los artículos 7º, fracción I, 7º, 2º, último párrafo y 21, fracción IV, de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, se solicita su consentimiento para acceder, 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 BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO (BCD)

En todo caso, Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO), personalmente o a través de su representante, acudiendo a la Unidad de Transparencia de la CONDUSEF, ubicada en la Calle de Avenida Insurgentes Sur número 702, Colonia Dos Vías, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 06500, o bien, hacerlo por vía electrónica, donde puede presentar una solicitud para el ejercicio de los derechos ARCO, desde de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.plataformanacionaltransparencia.org.mx>.

Por lo tanto, MANIFIESTO que conozco y he leído el AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL PARA EL PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO (BCD) de la CONDUSEF, por lo que:

FECHA: 27/06/2024  
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.

DOLIA

VASQUEZ

RODRIGUEZ

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FIRMA DE CONFORMIDAD

Este PRODUCTO, Servicio o Operación se otorgará en original debidamente procesado junto con la SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO (BCD).







HACIENDA



Procuraduría Jurídica  
Dirección General de Procedimientos  
Jurídicos, Defensa y Tecnologías Jurídicas  
Procción Consultiva

**ULTIMO DOMICILIO DEL ASSEURADO (PALEZCO)**

CALLE Y NUMERO EXT. INT. CONSTITUCION #5 CP. 96170

COLONIA O FRACCIONAMIENTO SADEERAS DEL TAUQUEY

DELEGACION O MUNICIPIO MIXTLILAN ESTADO VERACRUZ

**DATOS DEL PATRÓN / CONTRATANTE DEL SEGURO (SOLICITANTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS)**

NOMBRE SI O RAZÓN SOCIAL \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_

RFC (patron) \_\_\_\_\_ CARRERA(S) \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DEL PATRÓN / CONTRATANTE DEL SEGURO**

CALLE Y NUMERO EXT. INT. \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_

COLONIA O FRACCIONAMIENTO \_\_\_\_\_

DELEGACION, MUNICIPIO O POBLACION \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

El seguro público que suscribo revivó y estoy en condiciones de acreditar la identidad del asegurado y la propiedad de la póliza.

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que tengo plenas facultades en relación con los datos que solicito y de los que me hago responsable mediante la suscripción de la presente, aprobación de las cláusulas a que se hacen referencias, acuerdos que decidan finalmente ante la autoridad.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

  
DALIS VASQUEZ PRIMO  
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



2024  
PROMOCIÓN  
PUBERTO

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

En cumplimiento de los artículos 7, fracción I, 75 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 recibir, tratar y proteger sus datos personales, en el siguiente formato 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 (SAB-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 752, Colonia Del Valle, Anáhuac Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 0700, 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.plataformanacional.org.mx>.

Por lo tanto, MANIFIESTO que conozco y he leído el AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL PARA EL PROCESAMIENTO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SAB-VIDA) de la CONDUSEF, por lo que:

FECHA: 27/06/2024  
(CA - 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.

Dalia VASQUEZ PEIMD  
 NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO  
 FIRMA DE CONFORMIDAD

Este formato deberá ser llenado e impreso en original y presentarse junto con la SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SAB-VIDA)

FOUD  
A30 8407807



Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Identificación Electrónica  
383300010004934889

Colección de Registros de Matrimonio

CIVIL REGISTRY

N° de Certificado de Defunción en la SSA

20080421

Estado de Registro

GUERRERO

Municipio de Registro

CALACACALCOTE

Estado	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento
2002	M	88	17/01/1914

Nombre de la Persona Fallecida

NOMBRE: CRUZ DOMEZ  
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

HOMBRE: CASADOY TITILIBOS  
Sexo Fecha de Nacimiento

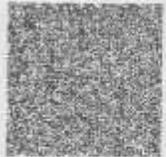
MATILAN EDUQUE: VERACRUZ MEXICO  
Lugar de Nacimiento Estado de Registro de Nacimiento Municipio

Fecha de la Defunción

DEFUNCIÓN: 1944: 20080421  
Fecha Hora Día Mes Año

Se levantó en el Registro Civil de Calacacalcote, Guerrero, el día veintiuno de abril de dos mil ocho, a las once y treinta y cinco horas, en virtud de la siguiente información:

Antecedentes Matrimoniales	Certificación
El fallecido no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero, por lo que se declara que no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero.	Se certifica que el fallecido no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero, por lo que se declara que no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero.



Firma Electrónica

Se certifica que el fallecido no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero, por lo que se declara que no se encuentra registrado en el Registro Civil de Matrimonio de este Estado de Guerrero.



EL TALLER (SISTEMA)  
OFICINA DEL REGISTRO CIVIL



