



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: CINAHUATL 20 COL:FOVISSSTE 2, COATZACOALCOS VERACRUZ, MEXICO



HACIENDA



ESTIMADO DOMICILIO DEL DEPOSITANTE / INVERSIONISTA

CALLE Y NUMERO EXT. CONT. CONSTITUCION #5 C.P. 96770

COLOMIA OTROCCONVAREMOS PEANERAS DEL JAGUET

ALCALDIA O MUNICIPIO MINATITLAN

ESTADO VERACRUZ

El suscrito declara que manifiesta verdad y otorga un documento que acredita la identidad del solicitante y la procedencia de la solicitud.

Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que otorgo la presente fe pública en relación con los datos que solicito y de los que me hago responsable recibiendo la inscripción de la presente, notificando de las acciones a que se hacen acreedores aquellos que declare falsamente sobre la anterior.

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

DALILA VASQUEZ PRIETO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUSCRIBANTE

Información
Importante

* Las solicitudes son personales, en el caso de menores de edad se debe acompañar nota 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 consta la representación.

* La información que, en su caso, proporcionará (en) institución(es) de Crédito que participa en el sistema, con la última designación que ocupó el registrado y no presente el garante de manera alguna la procedencia de la entrega del saldo estimado en los cuotes 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 búsqueda de beneficiarios después de los datos proporcionados por el solicitante, así como de la información con la que cuentan las instituciones de crédito.

Se otorga en la ciudad de México, D.F., a los 15 días del mes de mayo del 2024. Dalila Vasquez Prieto, en fe pública.

Tel: 01-22-241-0000 www.hacienda.gob.mx

El presente documento es válido para el uso que se le da en el momento de su expedición.

El presente documento es válido para el uso que se le da en el momento de su expedición.



2024

Patricio Carrillo

PUBLICO



HACIENDA



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

En cumplimiento de los artículos 3º, 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 recibir, 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 (CONDESEF):

• 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 CONDESEF, ubicada en la Calle de Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 06000, 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 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO (BCD) de la CONDESEF, por lo que:

FECHA: 27/06/2024
DÍA MES AÑO

SI ☒ SI otorgo mi CONSENTIMIENTO para el tratamiento de mis datos personales.

NO ☐ NO otorgo mi CONSENTIMIENTO para el tratamiento de mis datos personales.

NOMBRE

APellido PATERNO

APellido MATERNO

1/06/2024
FIRMA DE CONFORMIDAD

Nota: PRODUCTO firmado y devuelto en original debidamente procesado junto con la SOLICITUD DE BÚSQUEDA DE BENEFICIARIOS DE CUENTAS DE DEPÓSITO (BCD).

HACIENDA



Vizepräsidentin Dr. Ingrid Isenhardt
 Universität-Gesamthochschule Paderborn
 Universität, Fachbereich 5 / Fachhochschule Paderborn
 Universität-Gesamthochschule Paderborn

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

DADOS PERSONALES DEL SOLICITANTE (POSIBLE BENEFICIARIO)

NOMBRES (EN MAYÚSCULA) DAIR APELLIDOS MATRIMONIO #EIMO
 APELLIDOS MATRIMONIO YASGOLZ PARENTESCO INTERES JURÍDICO ESPOSA
 FECHA DE NACIMIENTO 23/05/1968 NO. VAPD 6E0523M651
 CURP VAPD6E0523M65106
 DOMICILIO (PARA RESERVA NOTIFICACIONES) CALLE Y NÚMERO QUETZALCATTI #18
 COLONIA CALZADILLA MUNICIPIO MINATITLAN
 CÓDIGO POSTAL 91629 ESTADO VERACRUZ TELÉFONO 922 118 0528
 VAL FIRMAR _____ CDE JUAN

© 1995

* Siento de acuerdo en que la información que se me proporciona con motivo de la presente entrevista me resulte útil y de acuerdo a lo solicitado con anterioridad, o bien, en la abstención de como anteriormente señalé.

COMPLETAR NÃO EM CASO DE SER REPRESENTANTE LEGAL (PAI/MÃE E TUTOR) / ALMOCENA

NOMBRE (S) _____ *COMPLETO / SIN ABBREVIAURAS
 APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ RFC _____
 CLAVE _____ ESTADÍSTICO / INGRESO A/R/EXO _____

DATOS PERSONALES DEL ASESINADO (FALLECIDO)

NOME: NAIDIM COMPLETO / SOBRENOME: NATURAIS
 APRESENTAÇÃO: CEU2 APRESENTAÇÃO: CEU2
 DATA DE NASCIMENTO: 11 / 10 / 1963 SEXO: MASCULINO ID: COGN631011D92
 CLASSE: COGN631011D92M03 DATA DE FALLECIMENTO: 09 / 09 / 2003
 LOCAL DE FALLECIMENTO: CAMARUATI, ZONE FIDUCIARIA 2, CANTACAO ALTO
VEDADO 2, MONTIC

[illegible]

2024
Felipe Carrillo
PUERTO



Vicepresidencia Jurídica
Unidad Jurídica de Procedimiento
Jurídico, Defensa y Seguridad Privada
Procción Consultiva

ULTIMO DOMICILIO DEL ASSEGURADO (PALEZADO)

CALLE Y NUMERO EXT. INT. CONSTITUCION #5 C.P. 96170
COLONIA O PARCELOMANEADO SADEERAS DEL TAYUEY
DELEGACION O MUNICIPIO MINATITLAN ESTADO VERACRUZ

DATOS DEL PAPELON / CONTRATANTE DEL SEGURO (SOLICITANTE PARA POLIZAS COLECTIVAS)

NOMBRE SI O RAZON SOCIAL _____
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
RFC (patronal) _____ CARRERA (patronal) _____

DOMICILIO DEL PAPELON / CONTRATANTE DEL SEGURO

CALLE Y NUMERO EXT. INT. _____ C.P. _____
COLONIA O PARCELOMANEADO _____
DELEGACION, MUNICIPIO O POBLACION _____ ESTADO _____

El asegurado padece, que sustraer revolv y vengas los documentos que acreditan la identidad del asegurado y la propiedad de la salsicua.

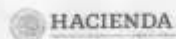
Manifesto, bajo protesta de decir verdad, que tengo plena fe y fe en relación con los datos que solicito y de los que me hago responsable mediante la suscripción de la presente, aprobada de las salsicuas a que se hacen responsables, asientos que deciden firmemente ante la autoridad.

HOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO

DALIA VASQUEZ PRIETO
HOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Se da fe de la autenticidad de los datos que solicito en relación con los datos que solicito y de los que me hago responsable mediante la suscripción de la presente, aprobada de las salsicuas a que se hacen responsables, asientos que deciden firmemente ante la autoridad.

2024
Dalia Vasquez Prieto
PROTECTOR



Vicepresidencia Jurídica
División General de Procedimientos
Jurídicos, Consultas y Tecnologías Financieras
División Consultas

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

En cumplimiento de los artículos 27, fracción I, 71, 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, usar 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 la Calle de Avenida Insurgentes Sur número 752, Colonia Del Valle, Alkalá Benito Juárez, Ciudad de México, Código Postal 06700; 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 PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA) de la CONDUSEF, por lo que:

FECHA: 27/06/2024
CDA: MES: A60

- 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 REINO
NOMBRE(s) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
FIRMA DE CONFIRMACIÓN


Nota: Este formato deberá ser llenado e firmado en original y presentarse junto con la SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS DE SEGUROS DE VIDA (SIAB-VIDA).

Se le ha informado sobre los riesgos de su salud, los cuales pueden ser graves o fatales, y sobre los beneficios de la vacuna, los cuales son preventivos.
Se le ha informado sobre los riesgos de su salud, los cuales pueden ser graves o fatales, y sobre los beneficios de la vacuna, los cuales son preventivos.
Se le ha informado sobre los riesgos de su salud, los cuales pueden ser graves o fatales, y sobre los beneficios de la vacuna, los cuales son preventivos.




FOUD
A30 8407807






Identificación Electrónica
303330001-00049564889



Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Circulo de Registro de Población
CIROCEH-140200007



N° de Certificado de Defunción de la SSA
200809121

Órbita de Registro
VERACRUZ
Municipio de Registro
CIROCEH-140200007

Órbita	Edad	Sexo	Fecha de Nacimiento
0000	0	000	17/03/2008

Datos de la Persona Fallecida

NOMBRE Nombre(s)	CROZ Primer Apellido	DOMEZ Segundo Apellido
HOMBRE Sexo	CASADO/A Estado Civil	17/03/2008 Fecha de Nacimiento
WHITTLAN, VERACRUZ Lugar de Nacimiento	VERACRUZ Órbita de Registro de Población	MEXICO País de Nacimiento


Datos de la Defunción


2008-02-04 Fecha	1944-00 Edad	VERACRUZ, VERACRUZ Lugar	200809121 N° de Certificado de Defunción
---------------------	-----------------	-----------------------------	---


En el presente acta se registró el fallecimiento de la persona fallecida, de acuerdo a la información proporcionada por el médico, el cual se registró en el Sistema de Registro de Población de la SSA.


Anotaciones Marginales	Certificación

Firma Electrónica









CEL. FABIÁN LUIS SALAS
COORDINADOR REGISTRAL

