

# CARTA DE ADHESIÓN

A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE, MANIFIESTO QUE CONOZCO EL FIDEICOMISO \_\_\_\_\_ CONSTITUIDO POR LOS TRABAJADORES QUE CONFORMAN \_\_\_\_\_ Y QUE PARA LA PROCEDENCIA DE LA INSCRIPCIÓN Y GOCE DE LOS BENEFICIOS AQUÍ SELECCIONADOS ME SOMETO IRRESTRICTAMENTE A LO ESTABLECIDO EN SU REGLAMENTO Y A LOS ACUERDOS EMANADOS DE LA ASAMBLEA GENERAL DE REPRESENTANTES DE SOCIOS, POR LO QUE MANIFIESTO MI ADHESIÓN AL FIDEICOMISO CITADO (FAVOR DE MARCAR ÚNICAMENTE LOS CONCEPTOS A LOS QUE SE DESEA AFILIAR):

SEGURO DE VIDA Y GASTOS FUNERARIOS ( ) JUBILACIÓN O RETIRO ( ) CAJA DE AHORROS ( )

ADEMÁS, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SEAN DESCONTADOS DE MI SUELDO LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN Y CUOTAS POR LOS BENEFICIOS AQUÍ SELECCIONADOS Y ABONOS DE PRÉSTAMOS QUE ME SEAN OTORGADOS; O EN SU DEFECTO, DOY MI AUTORIZACIÓN AL FIDEICOMISO \_\_\_\_\_ PARA QUE CONVENIE ANTE CUALQUIER INSTANCIA PÚBLICA O PRIVADA EL DESCUENTO DE MIS APORTACIONES Y ABONOS QUE ME CORRESPONDEN Y TAMBIÉN ME OBLIGO A REALIZAR MIS APORTACIONES MEDIANTE CUALQUIER OTRA FORMA QUE REGLAMENTARIAMENTE SE TENGA INSTRUMENTADA O ACORDADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE REPRESENTANTES DE SOCIOS.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE PUEDA TENER ESTE DOCUMENTO, EN CASO DE HABERSE INSCRITO EN EL RUBRO DE SEGURO DE VIDA, EL TITULAR DECLARA POR ESTE MEDIO QUE NO PADECE ENFERMEDAD TERMINAL ALGUNA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, RECONOCIENDO QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA PRESENTE CONSTITUYEN LA BASE PARA OTORGAR EL SEGURO.

ASIMISMO, PARA LOS EFECTOS SEÑALADOS EN EL ART. 156 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, CON EL PRESENTE ESCRITO MANIFIESTO MI CONFORMIDAD, PARA QUE EL FIDEICOMISO \_\_\_\_\_ CONTRATE EN MI NOMBRE EL SEGURO DE VIDA POR LA CANTIDAD INDIVIDUAL QUE CON BASE EN SU REGLAMENTO TENGA DERECHO Y CON LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE SE ELIJA PARA ESTOS EFECTOS.

CONSIDERANDO LO ANTERIOR, PROCEDO A DESIGNAR COMO BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MI FALLECIMIENTO A LAS SIGUIENTE(S) PERSONA(S) CON LOS PORCENTAJES QUE ENSEGUIDA MARCO:

## BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) EN PRIMER LUGAR:

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI ESTE ESPACIO NO ES SUFICIENTE, CONTINUAR AL REVERSO)  
**BENEFICIARIO(S) SUSTITUTO(S) EN SEGUNDO LUGAR\*:**

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI ESTE ESPACIO NO ES SUFICIENTE, CONTINUAR AL REVERSO)

*\*EL BENEFICIARIO SUSTITUTO O LOS BENEFICIARIOS SUSTITUTOS EN SEGUNDO LUGAR TENDRÁN DERECHO DEL COBRO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DEL FALLECIMIENTO DE TODOS LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN PRIMER LUGAR. ESTA CONDICIÓN SURTIRÁ EFECTO CUANDO LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN PRIMER LUGAR HAYAN FALLECIDO ANTES O AL MISMO TIEMPO QUE EL TRABAJADOR ASEGURADO.*

LA ANTERIOR DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, TAMBIÉN SURTIRÁ EFECTO PARA QUE LES SEA ENTREGADO A LOS MISMOS, CUALQUIER BENEFICIO AL CUAL TENGA DERECHO POR ESTAR INSCRITO EN CUALQUIERA DE LOS RUBROS DENTRO DEL PROGRAMA \_\_\_\_\_. QUEDANDO SIN EFECTO CUALQUIER DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO REALIZADA YA SEA EN UNA CARTA DE ADHESIÓN O EN UN FORMATO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO ANTERIOR A ESTA FECHA.

POR ÚLTIMO, MANIFIESTO QUE PARA CUALQUIER CONTROVERSIA LEGAL RESPECTO A LA DEFINICIÓN Y PROCEDENCIA DEL PAGO DEL BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA A MI(S) BENEFICIARIO(S), AQUÍ DESIGNADOS, ACEPTO Y ME SOMETO A LO ESTABLECIDO EN LAS LEYES EN MATERIA DE SEGUROS.

## DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

CENTRO DE TRABAJO O DELEGACIÓN SINDICAL \_\_\_\_\_ REGIÓN \_\_\_\_\_

## DATOS DEL TRABAJADOR

R.F.C. \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO LABORAL: \_\_\_\_\_ SUELDO QUINCENAL: \_\_\_\_\_

CALLE Y No. \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

TEL. PARTICULAR \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TEL. TRABAJO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE DOMICILIO DONDE DESEA RECIBIR CORRESPONDENCIA: \_\_\_\_\_

## **AVISO DE PRIVACIDAD**

BANCO AZTECA, S.A. INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, DIRECCIÓN FIDUCIARIA con domicilio en Insurgentes Sur 3579, Torre Tres, Planta Baja, Colonia Tlalpan, la Joya, Delegación Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14000, es responsable del tratamiento de sus datos personales, los cuales serán utilizados para la identificación, operación, administración y comercialización de los servicios solicitados a la División Fiduciaria por el Titular. El tratamiento de los datos será a efecto de poder brindar el servicio así como acepta el titular que en caso de ser necesaria para los servicios que son contratados podrá su información y/o datos personales ser transferidos a terceros, dicha transferencia les será debidamente informada para su aceptación en el Aviso de Privacidad Integral ya sea el publicado en el sitio web o en caso de ser un servicio personalizado en el Aviso de Privacidad que integrará parte de su expediente de contratación de servicio. Cualquier consulta, aclaración o ejercicio de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición Total y/o Parcial, Supresión o Bloqueo) referente a los servicios de Fideicomiso, podrán ser solicitados en los términos establecidos en el Aviso de Privacidad Integral, solicitud que deberá de ser realizada vía correo electrónico a la siguiente dirección: [protecciondedatos@bancoazteca.com.mx](mailto:protecciondedatos@bancoazteca.com.mx).

Cualquier cambio al presente aviso de privacidad le será comunicado a través de este mismo medio.

Para más información consulte la página [www.bancoazteca.com.mx](http://www.bancoazteca.com.mx)

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR  
(PREFERENTEMENTE COMO FIRMA EN LA CREDENCIAL PARA VOTAR)


**BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN PRIMER LUGAR:**

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**BENEFICIARIOS SUSTITUTOS EN SEGUNDO LUGAR\*:**

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<b>DATOS DEL PROMOTOR QUE REALIZÓ LA CAPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD</b>
NOMBRE: _____
NÚMERO DE REUNIÓN: _____
_____
FIRMA DEL PROMOTOR



**Auto - Certification Personas Físicas (Naturales)**

*Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA); y  
Common Reporting Standard (CRS)*

El presente documento se emite en cumplimiento a lo establecido por las regulaciones de FATCA y de CRS.

Parte I. Información General		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Fecha de Nacimiento <small>____/____/____ Día Mes Año</small>	Estado Civil      Sexo	CURP
Pais de Nacimiento	Nacionalidad (es)	No de Contribuyente o Clave Fiscal (RFC, TIN, RUC, Etc.)
Tipo de Identificación (Pasaporte, INE, DPI, Etc.)	No de Identificación	Ocupación/Profesión/Giro/Actividad
Datos de Localización		
Calle y No (Avenida, Sector, Etc.)	No. Exterior	Colonia
Entidad Federativa	Delegación (Departamento)	Código Postal
País	Teléfono Hogar	Teléfono Celular
Parte II. Residencia Fiscal		
Tiene obligaciones Fiscales en otro país? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual País? _____		En caso de respuesta afirmativa Indicar su No de Contribuyente o Clave Fiscal _____

**Autorizo a Banco Azteca**, para que en cumplimiento con las disposiciones de FATCA y CRS aplicables, pueda transmitir directa o indirectamente, esta información a las autoridades fiscales nacionales, quienes a su vez podrán transmitir dicha información a las autoridades fiscales de otros países. En ese sentido autorizo expresamente a Banco Azteca para que este documento, así como la información de mis cuentas, pueda proporcionarla a las autoridades fiscales de otros países en caso de ser requerido, obligándome a notificar a Banco Azteca cualquier cambio en la información proporcionada en este documento y actualizar mi información dentro de los 30 días siguientes en que ocurra el cambio.

La firma de este documento representa una aceptación expresa de estos términos y **constituye una declaración jurada ó declaración bajo protesta de decir verdad** que la información aquí expuesta fue proporcionada directamente por el suscrito y la misma es veraz y completa.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre completo

Firma

Fecha