

# CARTA DE ADHESIÓN PARA EL BENEFICIO DE SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS DE FAMILIARES NO SOCIOS DEL PROGRAMA

\_\_\_\_\_ 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 DEL BENEFICIO AQUÍ SOLICITADO 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 EN LO REFERENTE A LA PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS PARA BRINDAR PROTECCIÓN A MIS FAMILIARES (PADRES, PADRES DEL CÓNYUGE, HERMANOS, CÓNYUGE E HIJOS DEPENDIENTES), SEGÚN DETALLE A CONTINUACIÓN:

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA NAC.	SEXO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE PUEDA TENER ESTE DOCUMENTO, EL TITULAR DECLARA POR ESTE MEDIO, QUE SUS DEPENDIENTES INSCRITOS NO PADECEN ENFERMEDAD TERMINAL ALGUNA O ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS, RECONOCIENDO QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA PRESENTE CONSTITUYEN LA BASE PARA OTORGAR EL SEGURO.

PARA EL CASO DE PADRES Y SUEGROS, LAS CONDICIONES PARA EL PAGO POR FALLECIMIENTO SE REALIZARÁN DESPUÉS DE COTIZAR Y PAGAR UN AÑO COMPLETO SIN QUE EL ASEGURADO FALLEZCA POR CAUSA DE ENFERMEDAD, ESTO APLICA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO SEA ACEPTADO EN ESTE BENEFICIO, CON LA SALVEDAD DE QUE SI EL DECESO OCURRIERA POR ALGÚN ACCIDENTE ANTES DEL AÑO POR COTIZAR Y PAGAR SI SE PAGARÁ ESTE BENEFICIO.

ASIMISMO, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SEAN DESCONTADOS DE MI SUELDO LOS IMPORTES CORRESPONDIENTES A LAS CUOTAS POR EL BENEFICIO AQUÍ SELECCIONADO; O EN SU DEFECTO, DOY MI AUTORIZACIÓN AL FIDEICOMISO PARA QUE CONVENIE ANTE CUALQUIER INSTANCIA PÚBLICA O PRIVADA EL DESCUENTO ANTES SEÑALADO 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:

## **DATOS DEL TRABAJADOR**

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

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)