

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Citibanamex Seguros S.A. de C.V., integrante del Grupo Financiero Citibanamex con domicilio en Av. Revolución 1267, Piso 13, Col. Los Alpes, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01010, CDMX., le avisa que sus datos personales y aún los sensibles, incluyendo los de los beneficiarios que se obtengan en virtud de la operación que usted solicite o celebre, se tratarán para los fines necesarios, para evaluar su solicitud de seguro, tramitar sus reclamaciones, cobrar, operar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, análisis estadísticos y participación en encuestas sobre el servicio proporcionado; así como para selección de riesgos y prevención de fraudes; y no necesarios: prospección, comercialización, mercadotecnia y publicidad de productos relacionados con el Grupo Financiero Citibanamex. En caso de negarse al uso de sus datos para las finalidades no necesarias, o bien, para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, revocar su consentimiento o desee limitar el uso o divulgación de sus datos, contáctenos en [protecciondedatos@citibanamex.com](mailto:protecciondedatos@citibanamex.com) indicando su nombre completo y un número telefónico para brindarle la información necesaria. Sólo se realizan transferencias a entidades de gobierno por cumplimiento a disposiciones oficiales, al Grupo Financiero Citibanamex para la comercialización de sus productos y en su caso, a terceros nacionales o extranjeros para el mantenimiento o cumplimiento de la relación jurídica, y a integrantes del sector asegurador para selección de riesgos y prevención de fraudes. Cualquier cambio al aviso de privacidad, consúltelo en [www.segurosbanamex.com.mx](http://www.segurosbanamex.com.mx) en la sección Aviso de Privacidad. Al firmar el presente, otorgo mi consentimiento a Citibanamex Seguros S.A. de C.V. para el uso de la información que proporcionaré con motivo de la presente operación en los términos del Aviso de Privacidad Integral que se me puso a disposición previo al tratamiento de mis datos.

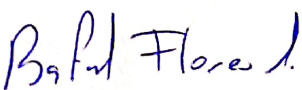

**MOVIMIENTO: SOLICITUD Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS**

DATOS GENERALES DEL EMPLEADO			
EMPRESA POR LA QUE ESTÁ CONTRATADO EL EMPLEADO: Banco Nacional de Mexico, S.A., integrante del Grupo Financiero Banamex			
EMPLEADO (NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO, MATERNO): Rafael Flores Alvarado			
GEID: 1010848158	FECHA DE NACIMIENTO: 07/05/1985	PAÍS DE NACIMIENTO: México	
RFC O CURP: FOAR8505077L4	NACIONALIDAD: MEXICANA	OCUPACIÓN: Analista programador sénior de desarrollo de aplicaciones	
DOMICILIO DEL SOLICITANTE 1 (CALLE, NO. EXT., NO. INT.): BAMBU 419		COLONIA: RDCIAL HDA LAS PALMAS	
DELEGACIÓN / MUNICIPIO: APODACA	POBLACIÓN / ESTADO: N.L.	CÓDIGO POSTAL: 66630	
TELÉFONO: 8127659777			

SUMA ASEGURADA O REGLA PARA DETERMINARLA: 20 VECES EL SALARIO MÍNIMO MENSUAL BANCARIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO.
--

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
<p><b>Advertencia:</b> En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares, y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciere de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.</p>

DESIGNACIÓN / MODIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO			
Nombre del Beneficiario	%	Parentesco	Fecha de nacimiento
Arelly Berenice Vazquez Torres	100	Esposa	13-Enero-1993
Domicilio	Teléfono		
Palmas 213, Arboledas de Escobedo, Escobedo, Nuevo Leon	8126847357		
Otorgo mi consentimiento para estar asegurado y en su caso designo / modifiko al beneficiario antes citado en la proporción señalada, en la póliza de GRUPO DEFUNCIONES.			

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO	
En caso de aceptarse la presente solicitud de seguro, solicito y autorizo al contratante se sirva cargar por cuenta de Citibanamex Seguros, S.A. de C.V. mediante descuento de nómina, el monto de la prima de esta solicitud por cada año de renovación. Cuando por cualquier motivo no pueda realizarse el cargo de la prima por causas imputables al Empleado, se cancelará la póliza de pleno derecho o se considerará improcedente la renovación anual automática del certificado derivada de esta solicitud, según sea el caso. Este documento solo constituye una solicitud, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Citibanamex Seguros, S.A. de C.V., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.	
LUGAR Y FECHA:	Ciudad de Mexico a 08/11/2021
FIRMA EMPLEADO	
 Me encuentro dentro de los límites de edad de 18 a 99 años. Doy mi consentimiento para la utilización de mis datos personales y aún los sensibles, en conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se puso a mi disposición previa obtención de mis datos.	 Citibanamex Seguros, S.A. de C.V.