

## "SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONSENTIMIENTOS"

Lugar y Fecha: Ciudad de México a 07 de abril de 2021

**Xochitl García Jalmes**  
**Gerente de Servicios al Personal**  
**de Telecomunicaciones de México**  
**Presente**

Solicito a usted Copia Certificada de los últimos formatos de designación de beneficiarios, para iniciar los trámites de reclamo de sumas aseguradas, debido a:

**Causa:** Fallecimiento (X) Invalidez ( )

**Nombre completo del asegurado:**

Edgar Abraham Hernández Bistrain

**Fecha del fallecimiento o invalidez:** 19 de marzo de 2021

**Área y Lugar de Adscripción:** Gerencia Estatal en la Ciudad de México

**RFC:** [REDACTED]

### **SEGUROS**

- a) Seguro de Vida Institucional \_\_\_\_\_ (X)  
b) Seguro de Vida del Telegrafista \_\_\_\_\_ (X)  
c) Seguro del Fondo de Ahorro Capitalizable - FONAC) \_\_\_\_\_ (X)

**Nombre completo del solicitante:** [REDACTED]

**Teléfono(s):** [REDACTED]

**Domicilio:** [REDACTED]

**E-mail:** [REDACTED]

**INDISPENSABLE** presentar y entregar Copia de Identificación Oficial vigente del solicitante.

*Atentamente*

[REDACTED]  
Nombre y firma del solicitante.



Se elimina el R.F.C, nombre del beneficiario, teléfono y correo electrónico por tratarse de datos personales. Con fundamento en el artículo 113, fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.