

**ANEXO 39.5.3-b.**

**DESAUTORIZACIÓN DE RESPONSABLES PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN**

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

El que suscribe, con el cargo de [(director general o cargo equivalente) ó (directivo que se encuentra en el primer nivel jerárquico inferior al de director general o cargo equivalente) ó (director que se encuentra en el segundo nivel jerárquico inferior al de director general o cargo equivalente)] de (denominación de la Institución o Sociedad Mutualista), comparezco ante esa Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en los términos de la Disposición 39.5.3 de los Capítulos 39.5. y 39.6 de la Circular Única de Seguros y Fianzas. para desautorizar a la(s) siguiente(s) persona(s) designada(s) como responsable(s) de proporcionar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, información y documentación, a través del Sistema de Notificación de Oficios de Requerimiento (SNOR).

OPCIÓN 1: En el caso de directores generales o equivalentes ó de directivos de Instituciones que ocupen cargos del primer nivel jerárquico inferior al de aquéllos se deberá insertar el siguiente párrafo.

El suscrito se encuentra debidamente facultado para realizar la presente actuación, en términos de lo establecido por el artículo 58, tercer párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

OPCIÓN 2: En el caso de directivos de Instituciones cuyo cargo se encuentre en el segundo nivel jerárquico inferior al de director general, así como en el caso de los directores generales o cargos equivalentes y de directivos de las Sociedades Mutualistas cuyo cargo se encuentre en el primero o segundo nivel jerárquico al de director general o equivalente se deberá insertar el siguiente párrafo.

Acompaño (testimonio o copia certificada) de la Escritura Pública número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_, otorgada ante la fe del Notario Público número \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_, para acreditar que estoy debidamente facultado.

Nombre de la Institución o Sociedad Mutualista	
Nombre	
Puesto	
Teléfono	
Dirección	
Dirección de correo electrónico	

Nombre de la Institución o Sociedad Mutualista	
Nombre	
Puesto	
Teléfono	

Dirección	
Dirección de correo electrónico	

**DATOS DEL DIRECTIVO QUE DESAUTORIZA**

Nombre	
Puesto	
Nivel Jerárquico	<input type="checkbox"/> Director General o equivalente <input type="checkbox"/> 1er. Nivel inferior al de Director General o equivalente <input type="checkbox"/> 2do. Nivel inferior al de Director General o Equivalente.
Número de la credencial para votar vigente o de otro documento de identificación oficial vigente expedida por autoridad competente, cuya copia certificada se acompaña	
En el caso de extranjeros, número de la tarjeta de residencia permanente o temporal vigente, cuya copia certificada se acompaña	
Teléfono	
Dirección	
Dirección de correo electrónico	
Firma	

(Este escrito debe elaborarse en papel membretado de la Institución o Sociedad Mutualista)