

**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL****CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,
ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE
SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE
DESCUENTO EN NÓMINA**REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON
HOMOCLAVE**AACB831220RR2**

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

AACB831220MDFRHT03**ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO****CONSIDERACIONES**

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2020, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2020).

SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

Autorizo a (Nombre de la Dependencia o Entidad) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

**POTENCIACIÓN DE LA SUMA
ASEGURADA EXPRESADA EN
MESES DE SUELDO BRUTO**

34	51	68
2.37%	4.03%	5.93%

Nombre del Asegurado: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Firma: _____

Marcar con una "X" la opción
elegida (Solo una opción).

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria bruta y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: _____

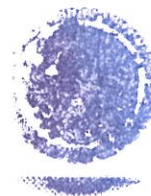
ARANDA**CHÁVEZ****BEATRÍZ CAROLINA**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Firma: _____






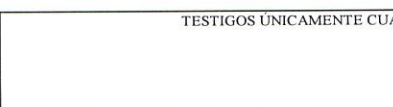
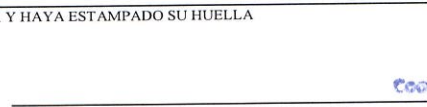
Lugar y fecha:

Ciudad de México a 01 de junio de 2020

CSG**CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL**

Sección Administrativa

Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS		NÚMERO DE EXPEDIENTE							
			REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLOVE AACB831220RR2							
			CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN AACB831220MDFRHT03							
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR										
CONTRATANTE SECRETARIA DE SALUD/OFCINAS DIRECTAS DEL SECRETARIO										
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA EN MESES							
ARANDA CHÁVEZ BEATRÍZ CAROLINA			SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 meses más la opción contratada							
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)			FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD							
*BENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podrá realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.			<table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>07</td> <td>2020</td> </tr> </table>		DÍA	MES	AÑO	1	07	2020
DÍA	MES	AÑO								
1	07	2020								
Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable										
BENEFICIARIOS DESIGNADOS										
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO						
CHÁVEZ	RANGEL	GUILLERMINA	50%	MADRE						
ARANDA	HERNÁNDEZ	GERARDO	50%	PADRE						
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ										
EXPRESAMENTE OTORGO A (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN		ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR								
										
FIRMA DEL ASEGURADO		HUELLA DEL PULGAR DERECHO								
TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA										
										
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1		NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2								
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:										
a 01 de Junio de 2020										
ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.										

*BENEFICIARIOS

En el caso que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen las formas 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 hiciera 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, solo 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.