
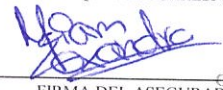



Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio

	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 HOMOClave	
			LOUM901029RW1	
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN		
		LOUM901029MDGPRR03		
CONTRATANTE				
SECRETARÍA DE SALUD				
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA EN MESES	
LÓPEZ URIBE MIRIAM ALEXANDRA			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 desee 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 podré realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.			DÍA	MES
Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable			16	5
			AÑO	2020
BENEFICIARIOS DESIGNADOS				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
URIBE	NAVARRETE	ROSA MAYELA	50.00%	MADRE
URIBE	NAVARRETE	VIOLETA	50.00%	TÍA 1er GRADO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA:				
INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ				
EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD, 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: Ciudad de México, a 16 de mayo al 15 de noviembre 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 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 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

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLEAVE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> LOUM901029RW1 </div>
	CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO, ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;"> LOUM901029MDGPRR03 </div>
	<p>ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: 80%;"> CONSIDERACIONES </div> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	

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 la Secretaría de Salud para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

Nombre del Asegurado: LÓPEZ URIBE MIRIAM ALEXANDRA

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: _____

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO

34	51	68

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: LÓPEZ URIBE MIRIAM ALEXANDRA

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: *Miriam Alexandra*

Ciudad de México, a 16 de mayo al 15 de noviembre de 2020.