

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



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 HOMOCLEAVE

HEAR861212

M98

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

HEAR861212MDFRNC09

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR

CONTRATANTE

SECRETARÍA DE SALUD COFEPRIS

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

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

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA	MES	AÑO
16	05	2017

HERNANDEZ ANGUIANO MARIA DEL ROCIO
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)
 *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 podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

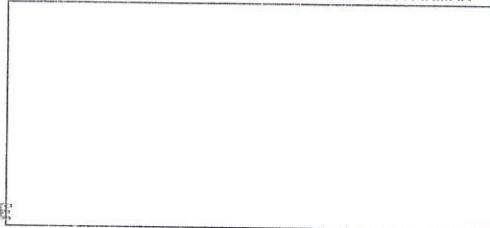
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
ANGUIANO	BECERRIL	ELISA DOLORES	50	MADRE
HERNANDEZ	MONTES DE OCA	JOSE JUVENTINO JAVIER	25	PADRE
HERNANDEZ	ANGUIANO	PAULINA LILIANA	25	HERMANA

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

COFEPRIS
 DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
 RECURSOS HUMANOS

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 octubre de 2021

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.



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 HOMOCALVE	HEAR861212	M98
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	HEAR861212MDFFRNC09	

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.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO		
34	51	68
<input checked="" type="checkbox"/> 2.87%	<input type="checkbox"/> 4.03%	<input type="checkbox"/> 5.93%

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: HERNANDEZ ANGUANO MARIA DEL ROCIO
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: HERNANDEZ ANGUANO MARIA DEL ROCIO
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)
Firma: _____

Lugar y fecha: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021