DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURDO DE VIDA NISTITUCIONAL QUE LA SCORETARIA DE SALLO OTORGA COMO PRESTACION. A LOS SERVIDORES PÚBLICOS REGISTRO FEDERAL DE CONTRITUETE CON HOMOCLAN REGISTRO FEDERAL DE	Formato para qu	ie el asegura	do designe a sus beneficiarios en adicional	el Seguro de	Vida Ins	titucional	con beneficio
PAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN HEARDST212MD PATRICIO HEARDST212MD PATRICIO NOMBRE DEL ASEGURADO MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ ANGUANO MARIA DEL ROCIO MARIA DEL ROCIO MARIA DEL LIDO MATERNO MOBINE DEL OS PATRICIO APELLIDO MATERNO ON 18 PUEN 19 tera en al cuappo del formato la siquiente leyenda: "Em dia desce que esta se formacionale portar de la cuappo del forma de la siquiente leyenda: "Em dia desce que esta se formacionale portar de la cuappo del forma de la siquiente leyenda: "Em dia desce que esta se formacionale portar de la cuappo del forma de la siquiente leyenda: "Em dia desce que esta se formacionale portar de la cuappo del forma de la siquiente leyenda: "Em dia desce que esta delegenación," y firmar junio a la besencia designación de Beneficiarios sea irrevocable MERICARIO. DELLO MATERNO BENEFICIARIO SESSIONADOS APELLIDO PATERNO A PELLIDO MATERNO NOMBRE (S) BENEFICIARIOS DESIGNADOS	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		NSTITUCIONAL QUE LA SECRETARIA DE SALUD OTORGA		NÚMER	O DE EXPEDIE	NTE
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN CONTRATANTE SECRETARIA DE SALUD COFEPRIS NOMBRE DEL ASEGURADO MARIA DEL ROCIO ANGUIANO MARIA DEL ROCIO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO CON 19 puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mil deser que esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cuelquier momento, para lo cual basta filenar una unevo formato, sabrio o cual basta filenar una unevo formato, para lo cual basta filenar una unevo formato, para lo cual basta filenar una unevo formato, para lo cual basta filenar una el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mil deser que esta designación de beneficiarios de podra entre una unava designación de beneficiarios del pendidad, se ser invocable se podra podra retar una unava designación." y firmar junto a la 18 0 05 2017 Janar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiarios sea invovocable BENEFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) PORCENTA E PARENTESCO ANGUIANO BECERROL BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO MATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) PORCENTA E PARENTESCO ANGUIANO BECERROL BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICHARDO DE ACUERDO DE ACUERDO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICHARDO DE ACUERDO DE ACUERDO DE ACUERDO DE ACUERDO DE ACUERDO DE ACUERDO NO PUEDA FIRMAR PRESIDOS UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMBADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 CIudad de México a 16 de octubre de 202		- 4	THE THE SERVICE OF THE SERVICES	REGISTRO E	DEDAL DE (CONTRIBUNCA	TE CONTIONS
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN MEAR661212MDFRINCIDO SECRETARIA DE SALUD COPERIS NOMBRE DEL ASEGURADO MARIA DEL ROCIO SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARA BRUTA EN PRECEPCIÓN ORDINARA BRUTA EN GAS DE LIDO PATERNO ANGUANO MARIA DEL LIDO DATERNO MOMBRES (5) MOMBRES (6) MOMBRES (6) MOMBRES (7) MOMBRES (7) MOMBRES (8) BENEFICIARIOS DE SIGNADOS BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MONTES DE COA JOSE JUVENTRO JAVIER BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICOPASTIMIENTO PARA BRE ASEGURADO OR LA SIGNADOS BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICOPASTIMIENTO PARA BRE ASEGURADO OR LA SIGNADOS BENEFICIOS DICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICOPASTIMIENTO PARA BRE ASEGURADO OR LA SIGNADOS BENEFICIOS DICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICOPASTIMIENTO PARA BRE ASEGURADO OR LA SIGNADOS HUELLA DEL PULGAR DERECHO TESTIGOS UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 CUANTAR CON LAS BRETTICIONES DE SIGNADOS LICECCIÓN DE BENEFICIARIOS SUSTIFIA É SECCIOS A BASTIB DE LA BENAR OLUES SA ERBURA A SUTURCADO SUSTIFIA DE COLOR DE CONTRATADOS OLUES SA ERBURA A SUTURCADA A SUTURCADA SUTUR		I				CONTRIBUTEN	
TESTIGOS UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO SE SALUD CONTACTAMENTE SECRETARIA DE SALUD COFEPRIS NOMBRE DEL ASEGURADO MARIA DEL ROCIO SUMA ASEGURADA BÁSICA 40 MESES SUMA ASEGURADA BÁSICA BÉSICA SUMA ASEGURADA BÁSICA 40 MESES SUMA ASEGURADA BÁSICA BÉSICA SUMA ASEGURADA BÁSICA BÉSICA	EAVOR DE LI ENAR OLARASE				27111001212		IVI98
SCHETARIANTE SCHETARIA DE SALUD SCHETARIA DE SALUD NOMBRE DEL ASEGURADO NOMBRE DEL ASEGURADO MARIA DEL ROCIO TENERICO MATERNO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO BENREFICIARIOS DESIGNADOS Ileyanda. BENREFICIARIOS DESIGNADOS BENREFICIARIOS DESIGNADOS BENREFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO MATERNO APELLIDO MAT	AVOR DE LLENAR CLARAME	NIE CON LETRA D	E MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR	CLAV	E ÚNICA DE	REGISTRO DE	POBLACIÓN
SCRETARIA DE SALUD COPERIS SUMA ASEGURADA EN MESES DE LA FIERNANDEZ ANGUIANO MARIA DEL ROCIO MARIA DEL RO					HEAR8	61212MDFRNC	09
NOMBRE DEL ASEGURADO NOMBRE SEGURADO MARIA DEL ROCIO M							
HERNANDEZ ANGUIANO MARIA DEL ROCIO PAPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO MOMBRES (S) "SENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará flenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular para lo cual bastará flenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular para lo cual bastará flenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular para lo cual bastará flenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular para lo cual bastará flenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular para la cual para el cuello para el cuer por podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la legenda. Jenar solo en caso de que se desse que la presente designación de Beneficiarios sea irrevocable BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS ANGUIANO BECERRIL BENEFICIOS MONTES DE OCA JOSE JUVENTINO JAVIER BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA: MICAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ EXPRESAMENTE CIDAGO ALA SECRETARÍA DE SALUP MICAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ EXPRESAMENTE CIDAGO ALA SECRETARÍA DE SALUP MICAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ DIRECCIÓN E SECURITA DE CECUTIVA DE CECUTI		NO		PRIS			
HERNANDEZ ANGUIANO MARIA DEL ROCIO MOMBRES (S) MOM		NOI	MBRE DEL ASEGURADO				
HERNANDEZ ANGUIANO MARIA DEL ROCIO APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S) TESENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desse que ésta sea Irrovocable, en cuyo caso, el títular deberá escribir con su punto y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda. "Es mil desse que esta designación de beneficiarios sea irrovocable y estoy consecione que en o podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la 18 05 2017 Jenera solve que se desse que la presente designación de Beneficiarios sea irrovocable y estoy consecione que en o podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la 18 05 2017 BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) BENEFICIARIOS DESIGNADOS ANGUIANO BECERRIL ELISA DOLORES 00 MACRE HERNANDEZ MONTES DE OCA JOSE JUVENTINO JAVIER 25 PADRE HERNANDEZ ANGUIANO PAULINA LILIANA 25 HERNANDEZ BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: MICAPACIDAD RESIDIADOS HUBBANDOS SECURSOS NUMBANDOS HUBBANDOS HUBBANDOS HUBBANDOS HUBBANDOS SECURSOS NUMBANDOS HUBBANDOS SECURSOS NUMBANDOS HUBBANDOS SECURSOS SUCRIBADADOS SUCRIBADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBADADOS SUCRIBAD					SUMA A	SEGURADA BÁS ERCEPCIÓN ORI	SICA: 40 MESES DE LA DINARIA BRUTA
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S) TENERICIANDO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastaria florar un nuevo formato, salvo que disea que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titura deberá escribir con su pulto y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo, que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estor consciente que no podre recitar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda. BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS ANGUIANO BECERRIL BUSA DOLORES BONAMONE (S) PORCENTAJE PARENTESCO ANGUIANO BECERRIL BUSA DOLORES 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 CONCENTAISTO DARA SER ASEQUIADO OB LA CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUINOS QUE EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD MI CONCENTAISTO DARA SER ASEQUIADO DE LA SECUITADO DE LA SECUITADO DE LA SEGUIRADO NO PUEDA FIRMAR PELLIDO AL SECRETARÍA DE SALUD MI CONCENTAISTO DARA SER ASEQUIADO DE LA CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUINOS QUE EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD MI CONCENTAISTO DARA SER ASEQUIADO DE LA CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUINOS QUE TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 STADESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PADRIR DE LA EFEMA EN QUE SEA EIRMADA A PATRITUCION DE LA DEL DA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PADRIR DE LA EFEMA EN QUE SEA EIRMADA A PATRITUCION DE LA DEL DA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PADRIR DE LA EFEMA EN QUE SEA EIRMADA A PATRITUCION DE LA DEL DA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PADRIR DE LA EFEMA EN QUE SEA EIRMADA A PATRITUCION DE LA DEL DA	HEDMANDEZ				En caso	de contratar algu	in incremento de suma
***PERFICIARIO (\$) Esta designación de beneficiarios podrá modificarsos en cualquier momento, para lo cual bastarí lienar un nuevo formato, abro que desee qué ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá secribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda." Es mi dieseo que esta designación de peneficiarios sea irrevocable y estory consciente que no podro realizar una nueva designación." Y firmar junto a la Reyenda. Beyenda. Beneficiarios sea irrevocable Beneficiarios pesitionados Beneficiarios pesiti		ADD	WATA DEL		asegurada (34 ó 51 ó 68 mes ada total será ent	es más de sueldo bruto), la
On su puño y lotra en el cuerpo del formato de se sea sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir do punto y lotra en el cuerpo del formato la siguiente legenda: "Es mil deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la 16 05 2017 Benar solo en caso de que se desee que la presente designacion 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 HERNANA 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 ASSIGURADO BI LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CONTRATA CON LAS INSTITUCIONES DE LA SEGURADO NO PUEDA FIRMAR PESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO SUNTIRÁ EFECTOS A BABTIR DE LA ESPAR EN UNIS SEA EIRMANA Y ENTRECADA EN ENCRETAR DE LA POLIZA EN LA P	*BENEFICIARIO (S) Esta d	esignación de ben	reficiarios podrá modificarse on cualquier mana	A	-	más la opción	contratada
Deneficiarios sea irreveçable y esto y consciente que no podre realizar una nueva designación de leyenda. Invenda. BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) PORCENTAJE PARENTESCO ANGUIANO BECERRIL ELISA DOLORES 50 MADRE HERNANDEZ MONTES DE COA 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 SECRETADO BALA MILITARIO DE AUGUSTATIO DE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SGURADO NO PUEDA FIRMAR DIRECCIÓN EJECUTIVA DE CONTRATE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 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 LIGITAD DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SUSTIRA EFECTOS A PARTIR DE LA EFEMA EN DUE SEA EIRMANA Y PARTICIDADA EN DECURDO DE UNTITAL DE STANDES DE SOUNCE A CONTRATA DE SAUDIO DE BENEFICIARIOS SUSTIRA EFECTOS A PARTIR DE LA EFEMA EN DUE SEA EIRMANA Y PARTICIANA A PARTICIPADA A NA	pastara neriai un nuevo form	ato, salvo que des	see que ésta sea irrevocable, en cuyo caso al titul	on dalaant an author.	FECHA	DE INGRESO A	LA COLECTIVIDAD
Legar solo en caso de que se desee que la presente designacion de Beneficiarios sea irrevocable BENEFICIARIOS DESIGNADOS	con su puno y letta en e	i cuerpo del torma	Ito la signiente levenda: "Es mi dosos que coto de	alamantta de	DÍA	MES	AÑO
BENEFICIARIOS DESIGNADOS APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) PORCENTAJE PARENTESCO ANGUIANO BECERRIL ELISA DOLORES 50 MADORE 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 CONSENTMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA ESCURSOS HUMANOS HUBELTA CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS OU CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS OU PRECECTIVA DE SECURSOS HUMANOS HUBELTA DEL TESTIGO 2 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 TA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SE ENDADO SE ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SE ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SEA ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SEA ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SEA ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SEA ENDADO SE ENDADO SE ENDADO SE ENTRADO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA ESCHA EN AULIS SEA ENDADO SE ENDAD			leyenda.	Y firmar junto a la	16	05	2017
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 SEGETARÍA DE SALUD MI CONSENTIMENTO PARA SER ASERGIARÍA DE SALUD MI CONSENTIMENTO PARA SER ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA MOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 LIGAT Y FECHA EN AUX SE A ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO DE LA ESCIMA EN AUX SEA ERMANDA Y ENTERCO.	lenar solo en caso de que se de:	see que la presente d	designacion de Beneficiarios sea irrevocable				1000000
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 TESTIGOS UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 TIGAT Y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA EFECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA EFECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DELE CONTRATA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCONA PUEDA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA EN DUES SEA EIRMADA Y ENTERCADA CIUTA DE LA ESCALA DE LA ES	115511111		JOSE JUVENTINO JAVIER	25	PADRE		RE
INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO RE SEGURADO NO PUEDA FIRMAR MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN FIRMA DEL ASEGURADO 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 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCENCIA DE LA FECH	HERNANDEZ A	NGUIANO	PAULINA LILIANA	25		HERMA	ANA
INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE SALUD MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO RE SEGURADO NO PUEDA FIRMAR MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN FIRMA DEL ASEGURADO 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 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCE DA EN DECURSOS HUMANOS DE LA FECHA EN OUE SEA EIGNADA A ENTERCENCIA DE LA FECH						·	
MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN FIRMA DEL ASEGURADO 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 TEGRICA DE SIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A ENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PRESCURADO NA PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA A VENTRECADA EN PROPEZADA EN PROPEZAD		INC	APACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENT	NDICIONES ESTAE E TOTAL O INVALI	BLECIDAS EN	N LA PÓLIZA:	
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 Igar y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN DESURBOSO HUMANOS A PARTIR DE LA EFICHA EN DESURBOS A PARTIR DE LA EFICHA EN DESURBOS A PARTIR DE LA EFICHA EN DE LA EFICHA EN	MI CONSENTIMIENTO I PÓLIZA DE SEGURO D CONTRATE CON LAS II	PARA SER ASEGURAD E VIDA INSTITUCIONA	OO EN LA ÚNIÇAMENTE	CUANDO EL ASEGUR	ADO NO PUED	A FIRMAR	
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1 NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2 Igar y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANASON PER A FIRMADA PER A	FIRM	DEL ASEGURADO	THE PROPERTY OF THE PARTY OF TH	UELLA DEL PULGA	AR DERECHO	0	
ugar y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN PORTE DE LA FECHA E	TE	STIGOS ÚNICAME	NTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMA	AR Y HAYA ESTAM	PADO SU HU	JELLA	
ugar y fecha en que se firma este consentimiento: Ciudad de México a 16 de octubre de 2021 STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA Y ENTRECADA EN PECUPOSO UMANOS Y PER LA FECHA EN PORTE DE LA FECHA E	NOMBRE Y	FIRMA DEL TESTIC	GO 1	NOMBOR	W. Signing	1	
STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA EIRMADA VENTRECADA EN RECURSOS ULMANOS VENTRE				NOMBRE	T FIRMA DE	LIESTIGO 2	
STA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ N EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.							
	STA DESIGNACIÓN DE BENEF N EFECTOS A LAS QUE SE H	ICIARIOS SURTIR AYAN FIRMADO Y	Á EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE. ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.	A FIRMADA Y ENT	REGADA EN	RECURSOS H	UMANOS Y DEJARÁ

86M	HEAR861212	
MOCLAVE	СОИТRIBUYENTES CON HO	
DE	REGISTRO FEDERAL	

POBLACIÓN CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE

HEAR861212MDFRNC09

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

ANIMON AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN **У (ADARUDES A MUS ED OTNEMESONI)** ЕГЕССІО́И DE РОТЕИСІАСІО́И CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,



CONSIDERACIONES				
CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO	OPCIÓN LEA	CUALQUIER	ELEGIR	ANTES DE

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

OTAMRO OVELU RUBARÁ V SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO. ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE

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

ASEGURADA EXPRESADA EN	Autorizo a la Secretaria de Salud para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción
POTENCIACIÓN DE LA SUMA	A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:
QUE SE APLIQUEN LOS	DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.

89 19 34 MESES DE SOELDO BRUTO EN

Marcar con una "X" la opción %66.3 4.03%

elegida (Solo una opción).

MARIA DEL ROCIO

ONAIUDNA

SERNANDEZ

Nombre del Asegurado:

ordinaria, vía nómina.

Nombre(s)

Apellido Materno

Apellido Paterno

Firma:

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

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

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

	octubre de 2021	Ciudad de México a 16 de	Γndaι λ ţecha:
	**************************************		:smni ⁻ i
Nombre(s)	Apellido Materno	ornəjad obilləqA	
MARIA DEL ROCIO	ONAIUĐNA	HERNANDEZ	Nombre del Asegurado: