



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

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 HOMOCLEAVE

ROSI700503

L78

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE
POBLACIÓN

ROSI700503MDFJNS06

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 la Secretaría de Salud 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: ROJAS SANTOS ISELA
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

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

Firma: _____

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: ROJAS SANTOS ISELA
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: _____

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

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		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLAVE	
NÚMERO DE EXPEDIENTE		L78	
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN		ROSIT00503	
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR		ROSIT00503MDFJNS06	

CONTRATANTE	
SECRETARÍA DE SALUD COFEPRIS	

NOMBRE DEL ASEGURADO	
SANTOS	
ISIELA	
NOMBRES (S)	
APPELLIDO MATERNO	
ROJAS	
APPELLIDO PATERNO	
MELENDEZ	
VIDAL	
VIDAL	
ROJAS	
ADRIAN	
50	
50	
PORCENTAJE	
PARENTESCO	
CÓNYUGE	
HIJO	
FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD	
DÍA	
MES	
AÑO	
16	
09	
2011	

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

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

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

FIRMA DEL ASEGURADO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE
RECURSOS HUMANOS
COFEPRIS



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

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

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.