

**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Nº de Póliza: _____

**FAVOR DE LLENAR A MÁQUINA O CON LETRA LEGIBLE, TINTA AZUL O NEGRA.
ESCRIBIR NOMBRES COMPLETOS SIN ABREVIACIONES**

DATOS DEL ASEGURADO

PEREZ ESQUIVEL NORMA GRISELDA
(APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))

PEEN-870715-TP5
R.F.C.

ESTADO CIVIL
SOLTERO(A)

TELEFONO (S)

S/N	5563816710
OFICINA	PARTICULAR

ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO

DOMICILIO PARTICULAR

PLAZA SESAMO PL 1 MZ 4 LT 9 CS 4
CALLE Y NÚMERO

FRACC PLAZAS DE ARAGON
COLONIA

57139
C.P.

NEZAHUALCOYOTL
DELEGACIÓN O MUNICIPIO

DATOS DE LA UNIDAD DONDE PRESTA SUS SERVICIOS

MC20 VOCALIA DEL REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES DE JUNTA DISTRITAL

UNIDAD DONDE PRESTA SUS SERVICIOS

AVENIDA 1 42 ESQUINA CALLE 19, COLONIA CAMPESTRE GUADALUPANA, C.P.57120,
NEZAHUALCOYOTL, MEXICO

DOMICILIO

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
ESQUIVEL DE LA CRUZ GRACIELA	MADRE	100%

DURANTE LA MINORÍA DE EDAD
PÁGUESE A:

REVOCABLES SI: () NO: (X)



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
ESTADO DE MÉXICO
20 DISTRITO ELECTORAL FEDERAL
JUNTA DISTRITAL EJECUTIVA

01 Enero 2020

FECHA DE
ELABORACIÓN

FIRMA DEL
ASEGURADO

SELLO UNIDAD DONDE PRESTA
SUS SERVICIOS

Recibi formato original
Norma Griselda Pérez Esquivel
01 Enero 2020