

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

N° de Póliza: \_\_\_\_\_

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

**DATOS DEL ASEGURADO**

CORTEZ GONZALEZ OSCAR ISMAEL  
( APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) )

COGO-870125-CM7  
R.F.C.

**TELEFONO ( S )**

**ESTADO CIVIL**  
SOLTERO(A)

S/N	5572650690
OFICINA	PARTICULAR

**ENTIDAD FEDERATIVA**  
MEXICO

**DOMICILIO PARTICULAR**

SEBASTIAN LERDO DE TEJADA MZ 30 LT 22  
**CALLE Y NÚMERO**

LAZARO CARDENAS  
**COLONIA**

57138  
**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
<u>CORTEZ XX FRANCISCO JAVIER</u>	<u>PADRE</u>	<u>25%</u>
<u>GONZALEZ OLVERA AURORA</u>	<u>MADRE</u>	<u>75%</u>

**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

OSCAR ISMAEL CORTEZ GONZÁLEZ



01-ENERO-2020