

**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**

CONTRERAS RAMIREZ SONIA

( APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) )

CORS-801025-FJ8

R.F.C.

**TELEFONO ( S )**

ESTADO CIVIL  
SOLTERO(A)

S/N

5551121029

OFICINA

PARTICULAR

ENTIDAD FEDERATIVA  
MEXICO

**DOMICILIO PARTICULAR**

HACIENDA DE PURISIMA 130

CALLE Y NUMERO

IMPULSORA POPULAR AVICOLA

COLONIA

57130

C.P.

NEZAHUALCOYOTL

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

**DATOS DE LA UNIDAD DONDE PRESTA SUS SERVICIOS**

MC20 VOCALIA DE ORGANIZACION ELECTORAL 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**

RAMIREZ SALAZAR MARIA DEL CARMEN

CONTRERAS MARTINEZ JAIME

**PARENTESCO**

MADRE

PADRE

**PORCENTAJE**

50%

50%

DURANTE LA MINORÍA DE EDAD  
PÁGUESE A:

REVOCABLES SI: ( ) NO: (X)



INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
ESTADO DE MÉXICO

SELO UNIDAD DONDE PRESTA  
SUS SERVICIOS

FECHA DE  
ELABORACIÓN

FIRMA DEL  
ASEGURADO

01-Enero-2020

Recibi Original  
Sonia Contreras Ramirez.  
01-Enero-2020