**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**

**F-DCO-14**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **1. R.F.C. con Homoclave**  **2. C.U.R.P.**  **3. Nombre de la Dependencia**  **4. Nombre del asegurado**  **5. Fecha de alta en la Dependencia o Entidad**  **6. Beneficiario (s)**  **7. Porcentaje**  **8. Parentesco**  **9. Firma del asegurado**  **10. Fecha** | Anotar el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave del asegurado asignado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  Anotar la Clave Única de Registro de Población asignada por la Secretaría de Gobernación. Consta de 18 caracteres.  Anotar el nombre completo de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público.  Anotar el apellido paterno, materno y el (los nombre (s) del asegurado.  Anotar día, mes y año de ingreso del asegurado a la Dependencia.  Anotar el apellido paterno, materno y el (los) nombre (s) del (los) beneficiario (s) designado por el asegurado.  La suma del porcentaje asignado a los beneficiarios no deberá exceder del 100%.  Anotar el parentesco que tenga el asegurado con los beneficiarios.  Firma autógrafa del asegurado. En caso de que el asegurado se encuentre imposibilitado para firmar, deberá imprimir su huella digital.  Anotar lugar y fecha en que firma el consentimiento (lo requisita la dependencia). |