

 SALUD	CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE SECRETARÍA DE SALUD OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS			NÚMERO DE EXPEDIENTE		
				REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCALVE		
				(1)		
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR.			CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN			
			(2)			
(3) CONTRATANTE						
Nombre de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público						
(4) NOMBRE DEL ASEGURADO				SUMA ASEGURADA EN MESES		
				SUMA ASEGURADA BÁSICA : 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA		
				En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 más la opción contratada.		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		
				(5)		
				FECHA DE ALTA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		
				DÍA	MES	
				AÑO		
(6)						
*BENEFICIARIO (S) (Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: <u>"Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podré realizar una nueva designación."</u> Y firmar junto a la leyenda.				(8) PARENTESCO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	(7)			
			PORCENTAJE			
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDA EN LA PÓLIZA:						
INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ.						
EXPRESAMENTE OTORGO A (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN.			ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR			
			<div></div>			
(9)			HUELLA DEL PULGAR DERECHO			
FIRMA DEL ASEGURADO						
TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA						
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1			NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2			
(10)						
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:			México, Distrito Federal a día mes año.			

***BENEFICIARIOS:**
En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.
La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

(F-DCO-14)