**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**F-DCO-15**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **1. Nombre o razón social del contratante**  **2., 3. Y 4. Apellido paterno, materno y nombre**  **5. R.F.C. con Homoclave**  **6. Sexo**  **7. Estado Civil**  **8. Fecha de Nacimiento**  **9. Nivel del puesto**  **10. Fecha de ingreso**  **11. Unidad responsable**  **12. Domicilio del Asegurado Titular**  **13. Colonia** | Anotar el nombre completo de la dependencia o entidad.  Anotar el apellido paterno, materno y el (los) nombre (s) del asegurado.  Anotar el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave del asegurado asignado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  Anotar el sexo del asegurado (Fem.) o (Masc.)  Anotar el estado civil del asegurado (soltero), (casado).  Anotar día, mes y año de nacimiento del asegurado, utilizando el formato numérico: DD-MM-AAAA.  Anotar el nivel asignado por la Dirección General de Recursos Humanos.  Anotar la fecha de alta, utilizando el formato numérico: DD-MM-AAAA.  Anotar el nombre completo de la Institución en la que presta sus servicios el asegurado.  Anotar el domicilio particular, según el orden solicitado.  Anotar el nombre de la colonia |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**F-DCO-15**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **14. Delegación o Municipio**  **15. Entidad Federativa**  **16. Teléfono Particular**  **17. Nombre completo (dependientes)**  **18. Sexo**  **19. Fecha de nacimiento**  **20. Parentesco con el asegurado titular.**  **NOTA No. 1: La elección de incremento de suma asegurada, es extensivo a los dependientes económicos.**  **21. Suma asegurada solicitada en número por el asegurado**  **22. Reconocimiento de antigüedad**  **23. Conducto de pago de prima** | Anotar el nombre de la Delegación en caso de radicar en el Distrito Federal o el nombre del Municipio en caso de radicar en algún Estado de la República Mexicana.  Anotar el nombre del Estado en el cual reside el asegurado.  Anotar el número telefónico particular del asegurado.  Anotar el nombre completo de (los) dependiente (s) económico (s).  Anotar el sexo de (los) dependiente (s) económico (s).  Anotar la fecha de nacimiento del (los) dependiente (s) económico (s), utilizando el formato numérico: DD-MM-AAAA.  Anotar el tipo de parentesco (Cónyuge, hijo, padre o madre).  Cruzar el cuadro correspondiente a la elección de suma asegurada (según la tabla impresa en el formato).  Anotar la fecha que el asegurado quiera que se le reconozca de antigüedad, presentando copia de la póliza y comprobante de pago anterior.  Cruzar el cuadro correspondiente a la forma de pago. Según las opciones: Pago directo, Aseguradora o Descuento por nómina. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

**F-DCO-15**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **24. Sello de la Dependencia**  **25. Sello de la Aseguradora**  **26. Firma del Servidor Público**  **27. Fecha** | Para uso exclusivo de la Dependencia.  Para uso exclusivo de la Aseguradora.  Firma autógrafa del funcionario asegurado.  Anotar fecha en que se firma el consentimiento (lo requisita la Dependencia). |