**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTOPARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPO**

**F-DCO-13.1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **1. Datos del contratante**  **2. Póliza**  **3. Datos del Asegurado**  **3.1 Apellido Paterno**  **3.2 Apellido Materno**  **3.3 Nombre (s)**  **3.4 No. de empleado**  **3.5 Fecha de nacimiento**  **3.6 R.F.C. con Homoclave**  **3.7 Puesto u ocupación**  **3.8 Estado civil** | Anotar el nombre de la dependencia o entidad.  Anotar el número de la póliza que le corresponda.  Anotar el apellido paterno según acta de nacimiento del funcionario público.  Anotar el apellido materno según acta de nacimiento del funcionario público.  Anotar el (los) nombre (s) sin abreviaturas según acta de nacimiento del funcionario.  Anotar el número de empleado si lo tiene.  Anotar día, mes y año de nacimiento del asegurado, como se indica.  Anotar el Registro Federal de Contribuyentes con homoclave del asegurado, asignado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  Anotar el nombre del puesto asignado por la D.G.R.H.  Señale con una “X” el cuadro correspondiente de acuerdo a la siguiente clasificación:   * Soltero * Casado * Divorciado * Viudo * Unión Libre * Sexo (Masculino ó Femenino) |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CONSENTIMIENTOPARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPO**

**F-DCO-13.1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **4. Suma Asegurada (Monto o Regla para determinarla)**  **5. Designación de Beneficiarios**  **6. Beneficiario (s)**  **6.1. Parentesco**  **6.2 Porcentaje**  **7. Especificaciones Especiales**  **8. Fecha**  **9. Firma del funcionario** | La que este en vigor a la fecha del siniestro, de acuerdo con el contrato del seguro respectivo.  Llenar solo en caso de requerir designación de Beneficiarios Irrevocable.  Anotar el nombre (s) apellido paterno. Apellido materno, de (los) designado (s) por el asegurado.  Anotar el parentesco que tenga el asegurado con los beneficiarios.  La suma del porcentaje asignado a los beneficiarios no deberá exceder del 100%.  Leer el párrafo de “Advertencia”.  Anotar lugar y fecha en que se firma el Consentimiento (lo requisita la dependencia).  Firma autógrafa del funcionario asegurado. |