**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO (INC.REN. MOD.)**

**F-DCO-13**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **1. Fecha de Solicitud**  **2. Fecha, sello y firma**  **3. Centro de trabajo actual**  **4. Nivel del tabulador**  **5. Nivel de mando**  **6. Teléfono de oficina**  **7. E-mail**  **8. Fax**  **9. Identificación del asegurado**  **9.1. Apellido Paterno**  **9.2. Apellido Materno**  **9.3. Nombre(s)**  **9.4. R.F.C.** | Anotar día, mes y año de elaboración del formato: DD-MM-AAAA.  Para uso exclusivo de la Dependencia.  Anotar el nombre completo de la dependencia, entidad, organismo u otro.  Anotar el código asignado al funcionario según el tabulador de percepciones.  Señale con una “X” el cuadro correspondiente al nivel de mando de acuerdo a la siguiente clasificación:   * Superior * Medio * Homólogo * Otro   Anotar el número telefónico de la oficina donde labora el funcionario.  Anotar el correo electrónico del funcionario (Este campo es opcional).  Anotar el fax del funcionario. (Este campo es opcional).  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 Registro Federal de Contribuyentes del trabajador asignado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO (INC.REN. MOD.)**

**F-DCO-13**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **9.5. Homoclave**  **9.6 C.U.R.P.**  **10. Domicilio particular del asegurado**  **10.1 Calle y número (ext. e int.)**  **10.2 Colonia**  **10.3 Delegación, municipio o región**  **10.4 Código postal**  **10.5 Entidad Federativa**  **10.6 Teléfono del domicilio**  **11. Servicio requerido por el asegurado** | Anotar la homoclave del trabajador asignada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  Anotar la Clave Única de Registro de Población del trabajador asignado por la Secretaría de Gobernación. (Consta de 18 dígitos).  Anotar el nombre de la calle, número interior y número exterior.  Anotar el nombre de la colonia  Anotar el nombre de la delegación, municipio o región.  Anotar el código postal del domicilio.  Anotar el nombre de la entidad federativa.  Anotar el número telefónico del domicilio particular.  Señale con una “X” el movimiento solicitado:   1. Incorporación al seguro.  * Nueva alta * Reingreso Laboral * Reincorporación al seguro por reanudación de pago de primas * Continuidad del seguro |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO (INC.REN. MOD.)**

**F-DCO-13**

|  |  |
| --- | --- |
| **Concepto** | **Instrucción de llenado** |
| **12. Firma del funcionario** | 1. Renuncia al seguro.  * No deseo inscribirme al seguro * Suspensión del descuento en nómina del seguro  1. Modificación a datos generales  * Nombre * R.F.C. * C.U.R.P. * Domicilio * Otro  1. Unificación de saldo por “doble asignación de cuenta”  * Número de cuenta con datos generales correctos * Número de cuenta con dato(s) general(es) incorrecto(s)  1. Primas básicas del asegurado  * 0% * 2% * 4% * 5% * 10% * Incorporación * Cambio de porcentaje  1. Primas adicionales extraordinarias por descuento en nómina  * No estoy interesado * Suspensión del descuento en nómina * Si estoy interesado   Firma autógrafa del funcionario asegurado. |