



SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO					
Secretaría o Entidad de Adscripción		(1)			
Apellido Paterno		(2)			
Apellido Materno		(3)			
Nombre (s)		(4)			
R.F.C.	(5)	Sexo	(6)	Estado Civil	(7)
Fecha de Nacimiento	(8)			Nivel de puesto	(9)
		DD	MM	AAAA	Unidad Responsable
Fecha de Ingreso	(10)				(11)
		DD	MM	AAAA	
Calle / Número		(12)			
Colonia	(13)	Delegación		(14)	
Entidad Federativa	(15)			Teléfono	(16)
ASEGURADOS					
Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)		Parentesco (Cónyuge, Hijo ,
(17)		(18)	(19)		(20)

Elección de suma Asegurada:

(21)

<input type="checkbox"/>	74 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	111 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	148 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	185 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	222 SMGMVDF

<input type="checkbox"/>	259 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	295 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	333 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	444 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	592 SMGMVDF

<input type="checkbox"/>	740 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	850 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	1000 SMGMVDF
<input type="checkbox"/>	SIN LIMITE

(22)

Solicita
Reconocimiento
de Antigüedad *

Fecha solicitada para Reconocimiento _____

DD/MM/AAAA

Forma de Pago: (23)

☐

Pago Directo Aseguradora

☐

Descuento por nómina

POR DESCUENTO EN NÓMINA, AUTORIZO QUE SE ME DESCUENTE DE MIS EMOLUMENTOS QUINCENALES EL IMPORTE CORRESPONDIENTE AL COSTO DE LA POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA ELEGIDA, ASÍ COMO EL IMPORTE DE LA PRIMA QUE CORRESPONDA A MIS ASCENDIENTES .

(26)

Nombre y Firma del Servidor Público

(27)

Fecha: día mes año.

(24)

Sello Dependencia

(25)

Sello Aseguradora

* Anexar copia de la última póliza y comprobante del Pago realizado.

Una vez recibida la Póliza y Tarjetas de Identificación correspondientes el Asegurado deberá revisar y notificar cualquier inconsistencia de información en las mismas, Asimismo, en caso de haber contratado potenciación de primas y/o inclusión de ascendientes verificar el descuento correspondiente, mismo que se vera reflejado en el talón de pago con el concepto 75.

(F-DCO-15)