

 SALUD	SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE						
	FORMATO PARA ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA	(1)						
		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN						
(2)								
ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO								
<div>CONSIDERACIONES</div>								
<p>ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS, PAGUE LOS SINIESTROS QUE OCURRAN CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA, MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA.</p> <p>EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.</p> <p>ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.</p> <p>LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2010, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE DICIEMBRE DE 2010).</p>								
SUPUESTO 1	ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.							
(3)	<p>A través del presente formato <u>elijo</u> de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:</p> <p>Autorizo a (<i>escribir el nombre de la dependencia, órgano o entidad</i>) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.</p> <div><div>Nombre del Asegurado:</div><div><div>Apellido paterno</div><div>Apellido materno</div><div>Nombre (s)</div></div></div> <div><div>FIRMA:</div><div>(5)</div></div>							
<div><div>POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO</div><table><tr><th>34</th><th>51</th><th>68</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table><div>(4) Marcar con una "X" la opción elegida. (Sólo una opción)</div></div>			34	51	68			
34	51	68						
SUPUESTO 2	PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.							
(6)	<p>Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).</p> <p>Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.</p> <div><div>Nombre del Asegurado:</div><div><div>Apellido paterno</div><div>Apellido materno</div><div>Nombre (s)</div></div></div> <div><div>FIRMA:</div><div>(7)</div></div>							
<div>(8) Lugar y fecha: México, Distrito Federal a día mes año.</div>								