


**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		SECRETARÍA DE SALUD			
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombre (s)					
R.F.C.		Sexo		Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	21 10 1966	Nivel de puesto			
Fecha de Ingreso	DD MM AAAA	Unidad Responsable			
Calle / Número					
Colonia		Delegación			
Entidad Federativa		Teléfono			
ASEGURADOS					
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	Parentesco (Cónyuge, Hijo , Ascendiente)		

Elección de suma Asegurada:
☐ 74 SMGMVDF
☐ 111 SMGMVDF
☐ 148 SMGMVDF
☐ 185 SMGMVDF
☐ 222 SMGMVDF

☐ 259 SMGMVDF
☐ 295 SMGMVDF
☐ 333 SMGMVDF
☐ 444 SMGMVDF

☐ 592 SMGMVDF
☐ 740 SMGMVDF
☐ 850 SMGMVDF
☐ 1000 SMGMVDF
☐ SIN LIMITE

☒ Solicita
Reconocimiento
de Antigüedad *

 Fecha solicitada para Reconocimiento _____
 DD/MM/AAAA

Forma de Pago:
☐ 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 .

 Sello
Dependencia

 Sello
Aseguradora

Nombre y Firma del Servidor Público

Fecha: de enero de 2010

* 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 ascendien