



**SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO**  
**Solicitud de Incorporación, Renuncia ó Modificación**  
**(Para Asegurados en servicio activo que forman parte de la Colectividad Asegurada)**

FECHA DE SOLICITUD: <input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>		<b>NOTAS DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO</b> 1.- Su solicitud será atendida directamente por el Área de Recursos Humanos ó equivalente, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre en el Sistema de Nómina de Pagos ó tramitar su servicio ante Aseguradora Hidalgo, S. A., según corresponda. 2.- La información de este formato se considerará vigente a la fecha de notificación a Aseguradora Hidalgo, S. A. 3.- Para atender su Solicitud se requiere: a) Llenar en original y copia, con máquina de escribir, o bien con letra de molde, en tinta negra o azul. b) Entregar original <b>sin tachaduras ni enmendaduras</b> . La copia será su comprobante con el sello de acuse de Recursos Humanos o equivalente. Si requiere otro formato, solicítelo en esa misma área.		<div>FECHA, SELLO Y FIRMA RECURSOS HUMANOS O EQUIVALENTE DEL CENTRO LABORAL</div>							
<b>IDENTIFICACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO</b>											
Centro de Trabajo Actual (Dependencia, Entidad, Organismo, otro) <input type="text"/>											
Nivel de Tabulador <input type="text"/>		Nivel de Mando <input type="text"/>		Superior <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Homologo <input type="checkbox"/>							
Teléfono de Oficina <input type="text"/>		e-mail: <input type="text"/>		Otro. ¿Cuál? <input type="text"/> Fax: <input type="text"/>							
<b>IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO</b>											
Apellido Paterno <input type="text"/>		Apellido Materno <input type="text"/>		Nombre(s) <input type="text"/>							
R.F.C. <input type="text"/>		C.U.R.P. <input type="text"/>									
<b>DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO (Sólo para Nuevas Altas o Actualización de Datos)</b>											
Calle y Número (ext. e int.) <input type="text"/>		Código Postal <input type="text"/>									
Colonia ó Localidad <input type="text"/>		Entidad Federativa <input type="text"/>									
Delegación, Mpio. ó Región <input type="text"/>		Teléfono domicilio <input type="text"/>									
<b>SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO (señale con una "x" el movimiento solicitado)</b>											
<b>1.- INCORPORACIÓN AL SEGURO</b> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Nueva Alta <input type="checkbox"/> Reingreso Laboral (Ver sección de "Requisitos") <input type="checkbox"/> Reincorporación al Seguro por reanudación de pago de primas <input type="checkbox"/> Continuidad del seguro (*) (Ver sección de "Requisitos") <div>Una vez elegida una de las dos opciones, requísitese el servicio 5 y 6</div> <small>(*) Es el Traspaso del Saldo de su cuenta asignada en el Centro de Trabajo anterior a su nueva cuenta asignada en su actual Centro de Trabajo.</small> <b>REQUISITOS (Anexar a la solicitud)</b> 1.- Constancia de Baja y Último Talón de Pago 2.- Constancia de Alta y Primer Talón de Pago 3.- Identificación oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.		<b>2.- RENUNCIA AL SEGURO</b> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> No deseo inscribirme al Seguro Es la voluntad del asegurado de NO incorporarse al seguro. Explique brevemente el motivo _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Suspensión del descuento en Nómina del Seguro.  Se refiere a la petición del asegurado en "servicio activo" de SUSPENDER el descuento de este seguro en nómina de pagos.		<b>3.- MODIFICACIÓN A DATOS GENERALES</b> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> R.F.C. <input type="checkbox"/> C.U.R.P. <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro. Describa _____ _____ _____ <small>(Ver sección de "Requisitos")</small> <b>REQUISITOS (Anexar a la solicitud)</b> 1.- Último Talón de Pago 2.- Identificación oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.		<b>4.- UNIFICACIÓN DE SALDO POR "DOBLE ASIGNACIÓN DE CUENTA"</b> <input type="checkbox"/>  Cuando el asegurado registra dos cuentas, originadas por la actualización del R.F.C. y/o Nombre, se requiere Unificar el Saldo registrado en ambas cuentas, traspasando la reserva acumulada de una de ellas a la que contenga los datos generales correctos.  <small>(Ver sección de "Requisitos")</small> Indique: Número de Cuenta con Datos Generales correctos: <input type="text"/> Número de Cuenta con Datos General(es) incorrectos: <input type="text"/> <b>REQUISITOS (Anexar a la solicitud)</b> 1.- Último Talón de Pago 2.- Identificación oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.		<b>5.- PRIMAS BÁSICAS DEL ASEGURADO</b> <input type="checkbox"/>  Elija una de las opciones: <div><input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 2 % <input type="checkbox"/> 4 % <input type="checkbox"/> 5 %</div> <div>Aportación de Prima a descontar &gt; Via Nómina y se reflejará en el Talón de Pago</div> Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Incorporación <input type="checkbox"/> Cambio de Porcentaje		<b>6.- PRIMAS ADICIONALES EXTRAORDINARIAS POR DESCUENTO EN NÓMINA</b> <input checked="" type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> NO estoy interesado <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN del descuento en nómina <input checked="" type="checkbox"/> Si estoy interesado. Indique: Porcentaje: <input type="text" value="10"/> % ó Monto: \$ <input type="text"/> Con letra: _____ _____ _____ _____ _____  Vigente a partir del 16/01/2010 Clave: C1195-3-02	