

CONSENTIMIENTO PARA SER
ASEGURADO
AUTORIZACION DEL DESCUENTO
DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES
(RH-23)

Folio:

Ver instrucciones del llenado al reverso

POLIZA NUMERO		NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	
(1)	(2)		

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR					
(3) R.F.C.	(4) Apellido Paterno	(5) Apellido Materno	(6) Nombre(s)		
(7) Sexo	(8) Estado Civil	(9) Fecha de Nacimiento	(10) Domicilio del asegurado Titular (Calle, Numero)		
M _____ F _____	S _____ C _____	Año ____ Mes ____ Dia ____			
(11) Colonia	(12) Telefono Particular	(13) Población / Ciudad	(14) Delegación o Municipio		
(15) Entidad Federativa	Código Postal (16)	Clave Presupuestal (17)	No. de Empleado (18)	Nivel de puesto (19)	Fecha de Ingreso (20)
					Año Mes Dia
Dependencia u Organismo de Adscripción (21)			RECONOCIMIENTO DE ANTIGUEDAD		
			Se anexa ultimo recibo de pago de prima u ultima caratula de la póliza		

CONSENTIMIENTO	
Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores Solicitado a Aseguradora Hidalgo, S.A. por la colectividad a la que pertenezco como personal activo.	

LLENARSE EN CASO DE QUE DESEE INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA	
(22) Suma asegurada solicitada en número de veces de S.M.G.M. (Total de suma asegurada considerando la básica más el incremento)	148 185 222 259 295 333 444 592 740 *850 *1000

LLENARSE EN CASO DE QUE DESEE ASEGURAR A SUS DEPENDIENTES ECONOMICOS					
(23) Nombre Completo					
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	(24) Fecha de Nacimiento día/Mes/Año	(25) Sexo Masculino Femenino	(26) Parentesco con el Asegurado Titular

(27) CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA			
Directo	Depósito en cuenta bancaria de AHISA	Tarjeta de credito No.	(Descuento por nómina (Quincenal)
Banamex () Bancomer () Carnet ()			
En caso de contratar suma asegurada adicional y/o asegurar a mi(s) dependiente(s) economico(s), y elegir conducto de pago. Con cargo a tarjeta de crédito.- autorizo al Bancoemisor de la tarjeta de crédito, se sirva pagar por mi cuenta a Aseguradora Hidalgo. S. A. los cargos que solicito por concepto del seguro. Cualquier inconformidad presentada de mi parte, como tarjetahabiente referente al importe de los cargos efectuados en mi tarjeta, sobre el pago de primas de este seguro debiera ser aclarada y solucionada directamente por Aseguradora Hidalgo S. A. De igual manera estoy enterado y conforme en que el Banco deje de prestarme el servicio cuando no hata saldo disponible en mi cuenta o por cualquier otro supuesto establecido en el Contrato de Apertura de Credito. Asesguradora Hidalgo S.A. sera responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos a servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación quese genere de mi parte, como tarjetahabiente.			
		('28) Sello Dependencia	('29) Sello MetLife México, S. A.
(30) EN _____ A _____ DE _____ DE _____			
FIRMA O HUELLA DEL ASEGURADO TITULAR			
Av. Presidente Msarik, Col. Polanco, C.P. 11570, Delg. Miguel Hidalgo, México D.F. Tel. 53-23-70-00 Fax 55-74			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- 1.-ANOTAR EL NUMERO DE POLIZA
- 2.-ANOTAR LA RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE
- 3.-ANOTAR EL R.F.C.
- 4.-ANOTAR APELLIDO PATERNO
- 6.-ANOTAR APELLIDO MATERNO
- 7.-ANOTAR NOMBRE (S)
- 8.-ANOTAR SEXO
- 9.-ANOTAR EL ESTADO CIVIL
- 10.-ANOTAR LA FECHA DE NACIMIENTO
- 11.-ANOTAR EL DOMICILIO DEL ASEGURADO TITULAR ESPECIFICANDO CALLE Y NUMERO
- 12.-COLONIA
- 13.-ANOTAR TELEFONO PARTICULAR
- 14.-ANOTAR LA POBLACION
- 15.-ANOTAR LA DELEGACION O MUNICIPIO
- 16.-ANOTAR LA ENTIDAD FEDERATIVA
- 17.-ANOTAR LA CAVE PRESUPUESTAL DEL PUESTO
- 18.-ANOTAR EL NUMERO DE EMPLEDO
- 19.-ANOTAR EL NIVEL DE PUESTO
- 20.-ANOTAR LA FECHA DE INGRESO
- 21.-ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA
- 22.- MARCAR CON UNA X SE DESEA INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA
- 23.-ANOTAR EL APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS
- 24.-ANOTAR LA FECHA DE NACIMIENTO
- 25.-ANOTAR EL SEXO DEL BENEFICIARIO
- 26.-ANOTAR EL PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO
- 27.-FORMA DE PAGO DE LA PRIMA
- 28.- ESPACIO PARA SER REQUISITADO POR LA DEPENDENCIA
- 29.-ESPACIO PARA SER REQUISITADO POR LA SEGRADORA
- 30.-ANOTAR EL LUGAR Y LA FECHA DE ELABORACION DEL SEGURO