


	<b>SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</b>  <b>ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NOMINA</b>	<b>REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLEAVE</b>  <b>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</b>									
<b>ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO</b>											
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; display: inline-block; padding: 2px 10px;">CONSIDERACIONES</div>											
<p>ESTA PRESTACIÓN ES LA MISMA QUE SE VIENE OTORGANDO, NO ES UN SEGURO NUEVO, ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DEL 2007, PUEDA PAGAR LOS SINIESTROS CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA (A CARGO DE LA DEPENDENCIA) MAS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA POR EL SERVIDOR PÚBLICO.</p> <p>EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NOMINA, EN CASO DE HABER ELEGIDO ALGUNA POTENCIACIÓN EN EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, LA MISMA NO TIENE VALIDEZ PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, NI PARA FINES DE DESCUENTO EN NOMINA SOLO SE DEBERÁ DE FIRMAR UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO, DE LO CONTRARIO SE INVALIDA EL FORMATO Y TENDRÁN QUE REQUISITAR OTRO.</p> <p>CUANDO SE DEN A CONOCER LOS COSTOS DE LAS OPCIONES DE POTENCIACIÓN LOS SERVIDORES PÚBLICOS, AUN LOS QUE A TRAVES DE ESTE FORMATO YA ELIGIERON LA POTENCIACIÓN PODRÁN MODIFICARLA, EN LOS PLAZOS Y TÉRMINOS QUE SE DARÁN A CONOCER</p> <p>LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NOMINA SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDEZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007.</p>											
<b>SUPUESTO 1</b>	<b>ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A TRAVES DE NOMINA</b>										
<p>A través del presente formato y de conformidad con lo estipulado en el oficio circular 307-A.1403 emitido por la Unidad de Política y Control Presupuestario <u>elijo</u> de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:</p> <p><b>Autorizo</b> a la Secretaría de Salud para que el costo que representa la potenciación de la suma asegurada, me sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 100px;"> <span>Apellido paterno</span> <span>Apellido materno</span> <span>Nombres</span> </div> <p><b>FIRMA:</b> _____</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th colspan="3" style="background-color: yellow;">SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES</th> </tr> <tr> <th style="width: 33.33%;">34</th> <th style="width: 33.33%;">51</th> <th style="width: 33.33%;">68</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; text-align: center;">Marcar con una "X" la opción elegida.</p>	SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES			34	51	68			
SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES											
34	51	68									
<b>SUPUESTO 2</b>	<b>SERVIDORES PUBLICOS QUE NO DESEAN INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA (POTENCIACION) Y NO AUTORIZAN EL DESCUENTO EN NOMINA</b>										
<p>A través del presente formato, hago constar que no deseo incrementar la suma asegurada (potenciación) por lo tanto <b>NO</b> autorizo que se realice el descuento por este concepto de mi percepción ordinaria, vía nómina.</p> <p>Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi seguro de Vida Institucional es de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 100px;"> <span>Apellido paterno</span> <span>Apellido materno</span> <span>Nombres</span> </div> <p><b>FIRMA:</b> _____</p>											
<p>Lugar y fecha _____ México, D.F., a _____</p>											

 <p>SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA QUE LA SECRETARÍA DE SALUD OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS</b>		<b>NUM. DE EXPEDIENTE</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
			<b>R.F.C. CON HOMOCLAVE</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
			<b>CURP</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>												
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA															
CONTRATANTE															
NOMBRE DEL ASEGURADO		SUMA ASEGURADA EN MESES													
		SUMA BÁSICA	SUMA POTENCIADA												
		40													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">AP. PATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">AP. MATERNO</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE(S)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">ALTA EN LA DEPENDENCIA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">DÍA</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">MES</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE(S)	ALTA EN LA DEPENDENCIA			DÍA	MES	AÑO					
		AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE(S)											
		ALTA EN LA DEPENDENCIA													
DÍA	MES	AÑO													
*BENEFICIARIO(S)		PARENTESCO													
AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE (S)	%												
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS		APARTADO													
B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O INVALIDEZ		APARTADO A:													
INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL		DE CONFORMIDAD													
CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA															
EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO INSTITUCION DE VIDA, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN.		SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR. <div style="border: 2px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 10px auto;"></div>													
FIRMA DEL ASEGURADO		HUELLA DEL PULGAR DERECHO													
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: México, D.F., a															
ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDEZ A PARTIR DEL 16 DE ENERO DE 2010.															

**BENEFICIARIOS**

En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobren la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.