|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | **SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL** | | |  |  | REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE | | | | | | | | | |
|  |  | | **CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO, ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA** | | |  |  |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | | | | | |  | |  |  |
|  |  | |  |  | CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| **ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | **CONSIDERACIONES** | | | | | | |  | |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2014, 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 ABRIL DE 2014). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUPUESTO 1** | **ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada: | | | | | | | | | | | | |  | | | POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO | | | |
| Autorizo a (Nombre de la Dependencia o Entidad) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  | 34 | 51 | | 68 |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  |  | |  |
| **Nombre del Asegurado:** | |  | | | | | | | | | | |  | | | Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción). | | | |
|  |  | Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| **Firma:** | |  | | | | |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| **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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada). | | | | | | | |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| 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 bruta y es mi deseo así mantenerla. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | | | |
| **Nombre del Asegurado:** | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| **Firma:** | |  | | | | |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |  |  | |  |  |
| Lugar y fecha: a de de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |