

Solicitud de Incorporación, renuncia o modificación (Sólo asegurados en servicio activo que forman parte de la colectividad asegurable)

Notas:

- La información que se requisita en este formato se considerará como actualizada a la fecha de Solicitud.
- Para atender su solicitud:
 - Llenar en original y dos copias, con letra de molde, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.
 - Una copia será comprobante con el sello de acuse de la Coordinación Administrativa de su dependencia. Si requiere otro formato solicítelo en esa misma área.
 - La legibilidad de la información permitirá la actualización de su registro, mismo que se verá reflejado en su siguiente Estado de Cuenta.
- Su solicitud será atendida directamente por la Coordinación Administrativa en su dependencia, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre. Posteriormente, a través de la transferencia electrónica de información que se envía a Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. quedará automáticamente actualizada la Base de Datos del Registro de Asegurados de este seguro.

1. Tipo de movimiento

Movimiento solicitado: Incorporación al Seguro (alta) Fecha de Solicitud _____
 Renuncia al Seguro (baja) DDMMAAAA
 Modificaciones

2. Identificación del asegurado

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))

Clave del Sevidor Público _____ CURP _____

R.F.C. _____ – _____ – _____ Lugar de nacimiento: _____

3. Domicilio particular del asegurado (sólo para altas o actualización de datos)

Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pob. _____
 Alcaldía o Mpio. _____ C.P. _____ Estado _____
 Tel. casa _____ e-mail: _____

4. Identificación laboral del asegurado

Dependencia _____
 Área de adscripción _____ Nivel y rango _____
 Teléfono de oficina _____ e-mail: _____

5. Servicio requerido por el asegurado (para aportaciones adicionales extraordinarias, NO LLENAR ESTA SECCIÓN)

(Señala con una "x" el servicio requerido)

A. Incorporación al Seguro

Alta Continuidad del Seguro Reincorporación al Seguro

Si estuvo incorporado al Seguro en otra Dependencia, Entidad u Organismo y desea mantener su Cuenta Individual, indique:

a) Número de Cuenta _____
 b) Dependencia, Entidad u Organismo anterior _____
 c) Fecha de baja DDMMAAAA
 d) Anexar formato de Baja emitido por la dependencia

B. Renuncia al Seguro (indicar inciso)

A) No acepto la incorporación al Seguro de Ahorro Voluntario
 B) Suspensión del descuento de aportaciones del seguro en el talón de pago

C. Modificación de datos personales

Autorizo que la información de mis Datos Personales, arriba señalada, es la correcta.

Nombre RFC CURP Domicilio
 Otro _____

6. Aportación de primas del asegurado

(Si renunció al Seguro, no requisitar esta sección)

A) Primas básicas del asegurado

Aportación que será descontada en su talón de pago (elija sólo una) 2% 4% 5% 10%

B) Motivo Incorporación al seguro Cambio de aportación de primas

Nota: los cambios de porcentaje que determine el Asegurado sólo podrán modificarse semestralmente.

Firma del asegurado

Fecha, Sello y Firma
 Coordinación Administrativa que recibe la documentación