



CONSENTIMIENTO PARA SER
ASEGURADO, ELECCIÓN DE
POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA
ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE
DESCUENTO EN NÓMINA

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

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, O EN SU CASO LA CANCELACIÓN DEL MISMO

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 2023, (INICIO DE LA VIGENCIA); O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE.

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:

Acepto los términos y condiciones que se establecen en la licitación vigente y autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, misma que se puede consultar en la página de internet <https://shorturl.at/exQ02> así mismo en los incrementos de los porcentajes que se realizan al término de cada vigencia.

Autorizo a la **AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO (AEFCM)**, para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA
EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN
PORCENTAJE DE DESCUENTO

34 meses	51 meses	68 meses
3.15%	5.36%	7.89%

Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).

Nombre del Asegurado: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Firma: _____

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE DESEAN CANCELAR LA POTENCIACIÓN; EN ESTE CASO YA NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR EL CONCEPTO 50. DE ACUERDO A LAS FECHAS DEL CALENDARIO DE PAGO.

HAGO CONSTAR QUE SOLICITO LA CANCELACIÓN DE LA **POTENCIACIÓN DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL (CONCEPTO 50)**

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: _____

CIUDAD DE MÉXICO, a _____ de _____ de 2024

