

Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional con beneficio adicional

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE <u>AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO</u> OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS	NÚMERO DE EXPEDIENTE
	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLOVE
	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR

CONTRATANTE

AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

NOMBRE DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA EN MESES						
	SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA						
	En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 meses más la opción contratada						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 33%;">APELLIDO PATERNO</th> <th style="width: 33%;">APELLIDO MATERNO</th> <th style="width: 34%;">NOMBRES (S)</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)				FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)					
*BENEFICIARIO (S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podre realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.	DÍA	MES	AÑO				

Llenar solo en caso de que se desee que la presente designacion de Beneficiarios sea irrevocable

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ

EXPRESAMENTE OTORGO A LA **AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO**, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

a _____ de _____ de _____

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LAS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.

***BENEFICIARIOS:**

En el caso que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen las formas 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 caso, 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.



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

AEF MÉXICO
AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO