

 Educación Secretaría de Educación Pública		 AEF MÉXICO AUTORIDAD EDUCATIVA FEDERAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE	
CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO, ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA				CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	
SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL POTENCIADO 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 la suma asegurada) y se autoriza el correspondiente descuento en nómina, o en su caso la cancelación del mismo. Únicamente se debe firmar uno de los dos supuestos que se presentan en este formato; de lo contrario, se invalida y se tiene que requisitar uno nuevo.					
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 la opción que me brinda, el incremento de la suma asegurada					
Acepto los términos y condiciones que se establecen en la licitación vigente autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), misma que se puede consultar en la página de internet https://shorturl.at/exQ02 así mismo estoy de acuerdo en los incrementos de los porcentajes que se realizan al término de cada vigencia. IMPOTANTE: <u>El pago correspondiente al Seguro de Vida Institucional Potenciado será pagado por la Aseguradora, siempre y cuando se trate de un evento posterior a su contratación y no por una discapacidad o enfermedad preexistente.</u>				POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO Y EN PORCENTAJE DE DESCUENTO	
Autorizo a la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM), para que el costo que representa el Seguro de Vida Institucional Potenciado me sea descontado vía nómina.				34 meses	51 meses
				68 meses	
Nombre del Asegurado: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)				3.15%	5.36%
Firma: _____				7.89%	
Marcar con una "X" la opción elegida (Solo una opción).					
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) Acepto que al dar de baja el Seguro de Vida Institucional Potenciado, la suma asegurada básica del Seguro de Vida Institucional es de 40 meses de percepción ordinaria.					
Nombre del Asegurado: _____ Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)					
Firma: _____					
Ciudad de México, a _____ de _____ de 2025					
 					