

SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO
Solicitud de Incorporación, Renuncia ó Modificación
(Para Asegurados en servicio activo que forman parte de la Colectividad Asegurada)

FECHA DE SOLICITUD:

dd / mm / aaaa

NOTAS DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO

1.- Su solicitud será atendida directamente por el Área de Recursos Humanos ó equivalente, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre en el Sistema de Nómina de Pagos ó tramitar su servicio ante Aseguradora Hidalgo, S. A., según corresponda.

2.- La información de este formato se considerará vigente a la fecha de notificación a Aseguradora Hidalgo, S. A.

3.- Para atender su Solicitud se requiere:

a) Llenar en original y copia, con máquina de escribir, o bien con letra de molde, en tinta negra o azul.

b) Entregar original sin tachaduras ni enmendaduras. La copia será su comprobante con el sello de acuse de Recursos Humanos o equivalente. Si requiere otro formato, solicítelo en esa misma área.

FECHA, SELLO Y FIRMA

RECURSOS HUMANOS O EQUIVALENTE DEL CENTRO LABORAL

IDENTIFICACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO

Centro de Trabajo Actual (Dependencia, Entidad, Organismo, otro)

Nivel de TabuladorNivel de Mando:

Superior

Medio

Homólogo

Otro. ¿Cuál?

Teléfono de Oficina:e-mail:Fax:

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

R. F. C.

1

C. U. R. P.

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO (Sólo para Nuevas Altas o Actualización de datos)

Calle y Número (ext. e int.)

Colonia ó Localidad

Delegación, Mpio. ó Región

Código Postal

Entidad Federativa

Teléfono domicilio

SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO (señale con una "x" el movimiento solicitado)

1.- INCORPORACIÓN AL SEGURO

Nueva Alta

Reingreso Laboral (Ver sección de "Requisitos")

Reincorporación al Seguro por reanudación de pago de primas

Continuidad del Seguro (*) (Ver sección de "Requisitos")

Una vez elegida una de las opciones, requisiite el servicio 5 y 6

(*) Es el Traspaso del Saldo de su cuenta asignada en el Centro de Trabajo anterior a su nueva cuenta asignada en su actual Centro de Trabajo.

2.- RENUNCIA AL SEGURO

No deseo inscribirme al Seguro

Es la voluntad del asegurado de NO incorporarse al seguro.

Explique brevemente el motivo:

Suspensión del descuento en Nómina del Seguro.

Se refiere a la petición del asegurado en "servicio activo" de SUSPENDER el descuento de este seguro en nómina de pagos.

3.- MODIFICACIÓN A DATOS GENERALES

Nombre

R. F. C.

C. U. R. P.

Domicilio

Otro. Describa

(Ver sección de "Requisitos")

4.- UNIFICACIÓN DE SALDO POR "DOBLE ASIGNACIÓN DE CUENTA"

Cuando el Asegurado registra dos cuentas, originadas por la actualización del R.F.C. y/o Nombre, se requiere Unificar el el Saldo registrado en ambas cuentas, traspasando la reserva acumulada de una de ellas a la que contenga los datos generales correctos.

(Ver sección de "Requisitos")

Indique:

Número de Cuenta con Datos Generales correctos:

Número de Cuenta con Dato(s) General(es) incorrectos:

5.- PRIMAS BÁSICAS DEL ASEGURADO

Elija una de las opciones:

0%

2%

4%

5%

10%

Aportación de Prima a descontar

Vía Nómina y se reflejará en Talón de Pago.

Tipo de Solicitud:

Incorporación

Cambio de porcentaje

6.- PRIMAS ADICIONALES EXTRAORDINARIAS POR DESCUENTO EN NÓMINA

NO estoy interesado

SUSPENSIÓN del descuento en nómina

Si estoy interesado, Indique:

Porcentaje: %

ó Monto: \$

Con letra:

FIRMA DEL ASEGURADO

Vigente a partir del 01/08/2002

Clave: CH195-3-02

REQUISITOS (Anexar a la solicitud)

1.- Constancia de Baja y Último Talón de Pago

2.- Constancia de Alta y Primer Talón de Pago

3.- Identificación oficial con fotografía

Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.

REQUISITOS (Anexar a la solicitud)

1.- Último Talón de Pago

2.- Identificación Oficial con fotografía

Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.

REQUISITOS (Anexar a la solicitud)

1.- Último Talón de Pago

2.- Identificación Oficial con fotografía

Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.