MetLife Mèxico
Aseguradora hidalgo

SEGURO INSTITUCIONAL

SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO

Solicitud de Incorporación, Renuncia o Modificación

(Sólo Asegurados en Servicio Activo que forman parte de la Colectividad Asegurable)

NOTAS DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO:

1. La información que se requisite en este formato se considerará como actualizada a la fecha de la Solicitud.
2. Para atender su solicitud :
   - Llenar en original y dos copias, con máquina de escribir, o bien, con letra de molde en tinta negra o azul.
   - Entregar sin tachaduras ni enmendaduras. Una copia será su 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.
3. Su solicitud será atendida directamente por la Coordinación Administrativa de su dependencia, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre en el SIIP. Posteriormente, a través de la transferencia electrónica de información que se envía a Aseguradora Hidalgo, S.A., quedará automáticamente actualizada la Base de Datos del "Registro de Asegurados" de este Seguro.

1. TIPO DE MOVIMIENTO

FECHA DE SOLICITUD: D D M M A A A A

MOVIMIENTO SOLICITADO: Incorporación al Seguro (alta) ☐ Renuncia al seguro (Baja) ☐ Modificaciones ☐

2. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

CLAVE DEL SERVIDOR PUBLICO:
R. F. C. : HOMONIMIA:
C. U. R. P. :
APELLIDO PATERNO:
APELLIDO MATERNO:
NOMBRE(S):
LUGAR DE NACIMIENTO:

3. DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO (Sólo para Altas o Actualización de Datos)

CALLE Y NÚMERO (EXT. E INT.)
COLONIA O LOCALIDAD
DELEGACION O MUNICIPIO
CODIGO POSTAL ENTIDAD FEDERATIVA
NUMERO TELEFONICO DE SU DOMICILIO:

4. IDENTIFICACION LABORAL DEL ASEGURADO

DEPENDENCIA:
AREA DE ADSCRIPCION: NIVEL Y RANGO:
TELEFONO DE OFICINA: Larga Distancia Número Telefónico FAX:

5. SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO

(Para Aportaciones Adicionales Extraordinarias, no llenar esta Sección)
(Señale con una "X" el servicio requerido)

A. INCORPORACION AL SEGURO ☐

☐ ALTA

☐ CONTINUIDAD 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 D D M M A A A A
d) Anexar formato de Baja emitido por la Dependencia

☐ RE-INCORPORACION AL SEGURO

B. RENUNCIA AL SEGURO (indicar inciso) ☐

a) No acepto la incorporación al Seguro de Separación Individualizado
b) Suspensión del Descuento de Aportaciones del Seguro en el Talón de Pago

C. MODIFICACION A DATOS PERSONALES ☐

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

☐ NOMBRE ☐ C.U.R.P.
☐ R.F.C. ☐ DOMICILIO
☐ OTRO:

6. APORTACION DE PRIMAS DEL ASEGURADO

(Si Renunció al Seguro, no requisitar esta sección)

A. PRIMAS BASICAS DEL ASEGURADO ☐

APORTACION QUE SERA DESCONTADA EN SU TALON DE PAGO (Elija sólo una):

2% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 10% ☐

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 DE LA COORDINACION ADMINISTRATIVA QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN.