

SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____
FECHA DE INGRESO: _____ PUESTO: _____ N° CONTROL: _____

SUMA ASEGURADA: **\$ 15,000.00**
(QUINCE MIL PESOS 00/100 M.N.)

DATOS BENEFICIARIOS (AS)

1
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

2
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

3
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

4
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE SU (S) BENEFICIARIO (S) FAVOR DE ASIGNAR A OTRA PERSONA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE EFECTUARÁ EL PAGO RESPECTIVO A FAVOR DEL O LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, POR LA SUMA ASEGURADA QUE APARECE EN ESTE CERTIFICADO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO ESTÉ EN SERVICIO ACTIVO AL OCURRIR EL DECESO.

ESTE SEGURO ÚNICAMENTE APLICA A PERSONAL ACTIVO CON UNA EDAD MÁXIMA DE 65 AÑOS

_____	_____	_____	_____
LUGAR	FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL EN TURNO

A).- INDICACIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO

- 1.- ESCRIBA CORRECTAMENTE EL NOMBRE O LOS NOMBRES Y LOS APELLIDOS DEL TRABAJADOR Y DE LOS BENEFICIARIOS CONFORME AL ACTA DE NACIMIENTO.
- 2.- EN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR MARQUE SOLAMENTE UNO DE LOS TRES.
- 3.- EN LA FECHA DE INGRESO, DEBERÁ ANOTARSE DESDE EL DÍA EN QUE EL TRABAJADOR, SEGÚN 1er. NOMBRAMIENTO, COMENZÓ A PRESTAR SUS SERVICIOS EN EL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA, NO IMPORTANDO EL PUESTO O CATEGORIA (EN EL TALÓN DE PAGO APARECE EL INGRESO).
- 4.- EN PUESTO O CATEGORÍA DEBERÁ, ANOTAR EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DE LA FIRMA DEL CERTIFICADO Y DEACUERDO AL ÚLTIMO NOMBRAMIENTO EXPEDIDO.
- 5.- EN EL CUADRO DE LUGAR, ANOTAR LA POBLACIÓN O CIUDAD DEL PLANTEL DE SU ADSCRIPCIÓN.
- 6.- EN FECHA, ANOTAR LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE REQUISITO EL FORMATO.
- 7.- EN FIRMA DEL TRABAJADOR, DEBERÁ ESTAMPAR LA QUE ACOSTUMBRA A USAR PARA SUS NEGOCIOS PÚBLICOS O PRIVADOS, YA SEA QUE PONGA SU NOMBRE O RÚBRICA, ES DECIR, EL CASO DE ALGUNA FIRMA ILEGIBLE, O EN SU DEFECTO LA HUELLA DIGITAL, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DARÁN FE DOS TESTIGOS.
- 8.- ANOTAR DOS NÚMEROS EN DONDE SE INDIQUE DÍA, MES Y AÑO DE QUE SE TRATE.

B).- TRÁMITE Y DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ACOMPAÑARSE A TODA SOLICITUD PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

- 1.- SOLICITUD POR ESCRITO FIRMADO POR LOS BENEFICIARIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR, DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL EN EL SUPUESTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DIRIGIDA AL DIRECTOR GENERAL, CON COPIA A LOS TITULARES DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DEPARTAMENTO JURIDICO.
- 2.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO INSTITUCIONAL.
- 3.-COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
- 4.- EN CASO DE QUE EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR SEA CASADO, ANEXAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.
- 5.- COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS, CUANDO SE TRATE DE DEFUNCIÓN; EN EL SUPUESTO CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CUANDO NO LO SOLICITE EL TRABAJADOR, COPIA CERTIFICADA DEL EXPEDIENTE HASTA EL DISCERNIMIENTO DEL CARGO DEL TUTOR O CONSTANCIA QUE ACREDITE SER REPRESENTANTE LEGAL.
- 6.- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN, O DICTAMEN EXPEDIDO POR EL ISSSTEP, CUANDO SE TRATE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 7.- EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, EXHIBIR COPIA CERTIFICADA DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA CORRESPONDIENTE, EN LA QUE CONSTE: PARTE DE LA DEFUNCIÓN, LEVANTAMIENTO DEL CADAVER INSPECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LESIONES, DILIGENCIA DE AUTOPSIA, DICTAMEN DE AUTOPSIA E IDENTIFICACIÓN DEL FINADO.
- 8.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE LOS BENEFICIARIOS O SOLICITANTES (CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA EXPEDIDA POR EL INE).
- 9.- LAS GESTIONES PARA EL COBRO DEL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTE CERTIFICADO, DEBERÁN LLEVARSE A CABO PERSONALMENTE, POR LOS BENEFICIARIOS, EL TRABAJADOR Y/O TUTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL.
- 10.- TODOS LOS DOCUMENTOS, DEBERÁN ENTREGARSE EN ORIGINAL Y DOS COPIAS.

SEGURO DE VIDA POR MUERTE ACCIDENTAL

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____
FECHA DE INGRESO: _____ PUESTO: _____ N° CONTROL: _____

SUMA ASEGURADA: **\$ 200,000.00**
(DOSCIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.)

DATOS BENEFICIARIOS (AS)

1
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

2
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

3
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

4
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE SU (S) BENEFICIARIO (S) FAVOR DE ASIGNAR OTRA PERSONA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE EFECTUARÁ EL PAGO RESPECTIVO A FAVOR DEL O LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, POR LA SUMA ASEGURADA QUE APARECE EN ESTE CERTIFICADO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO ESTÉ EN SERVICIO ACTIVO AL OCURRIR EL DECESO.

_____	_____	_____	_____
LUGAR	FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL EN TURNO

NOTA IMPORTANTE: EL PRESENTE CERTIFICADO ÚNICAMENTE SURTIRÁ EFECTO SI EL DECESO OCURRE POR ACCIDENTE DURANTE LA JORNADA LABORAL, EL TRAYECTO DEL DOMICILIO PARTICULAR A SU CENTRO DE TRABAJO O CUANDO SE ENCUENTRE DESEMPEÑANDO UNA COMISIÓN AUTORIZADA POR LA INSTITUCIÓN.

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA

Organismo Público Descentralizado

A).- INDICACIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO

- 1.- ESCRIBA CORRECTAMENTE EL NOMBRE O LOS NOMBRES Y LOS APELLIDOS DEL TRABAJADOR Y DE LOS BENEFICIARIOS CONFORME AL ACTA DE NACIMIENTO.
- 2.- EN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR MARQUE SOLAMENTE UNO DE LOS TRES.
- 3.- EN LA FECHA DE INGRESO, DEBERÁ ANOTARSE DESDE EL DÍA EN QUE EL TRABAJADOR, SEGÚN 1er. NOMBRAMIENTO, COMENZÓ A PRESTAR SUS SERVICIOS EN EL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA, NO IMPORTANDO EL PUESTO O CATEGORÍA (EN EL TALÓN DE PAGO APARECE EL INGRESO).
- 4.- EN PUESTO O CATEGORÍA DEBERÁ, ANOTAR EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DE LA FIRMA DEL CERTIFICADO Y DEACUERDO AL ÚLTIMO NOMBRAMIENTO EXPEDIDO.
- 5.- EN EL CUADRO DE LUGAR, ANOTAR LA POBLACIÓN O CIUDAD DEL PLANTEL DE SU ADSCRIPCIÓN.
- 6.- EN FECHA, ANOTAR LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE REQUISITO EL FORMATO.
- 7.- EN FIRMA DEL TRABAJADOR, DEBERÁ ESTAMPAR LA QUE ACOSTUMBRA A USAR PARA SUS NEGOCIOS PÚBLICOS O PRIVADOS, YA SEA QUE PONGA SU NOMBRE O RÚBRICA, ES DECIR, EL CASO DE ALGUNA FIRMA ILEGIBLE, O EN SU DEFECTO LA HUELLA DIGITAL, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DARÁN FE DOS TESTIGOS.
- 8.- ANOTAR DOS NÚMEROS EN DONDE SE INDIQUE DÍA, MES Y AÑO DE QUE SE TRATE.

B).- TRÁMITE Y DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ACOMPAÑARSE A TODA SOLICITUD PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

- 1.- SOLICITUD POR ESCRITO FIRMADO POR LOS BENEFICIARIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR, DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL EN EL SUPUESTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DIRIGIDA AL DIRECTOR GENERAL, CON COPIA A LOS TITULARES DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DEPARTAMENTO JURIDICO.
- 2.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO INSTITUCIONAL.
- 3.-COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
- 4.- EN CASO DE QUE EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR SEA CASADO, ANEXAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.
- 5.- COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS, CUANDO SE TRATE DE DEFUNCIÓN; EN EL SUPUESTO CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CUANDO NO LO SOLICITE EL TRABAJADOR, COPIA CERTIFICADA DEL EXPEDIENTE HASTA EL DISCERNIMIENTO DEL CARGO DEL TUTOR O CONSTANCIA QUE ACREDITE SER REPRESENTANTE LEGAL.
- 6.- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN, O DICTAMEN EXPEDIDO POR EL ISSSTEP, CUANDO SE TRATE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 7.- EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, EXHIBIR COPIA CERTIFICADA DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA CORRESPONDIENTE, EN LA QUE CONSTE: PARTE DE LA DEFUNCIÓN, LEVANTAMIENTO DEL CADAVER INSPECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LESIONES, DILIGENCIA DE AUTOPSIA, DICTAMEN DE AUTOPSIA E IDENTIFICACIÓN DEL FINADO.
- 8.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE LOS BENEFICIARIOS O SOLICITANTES (CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA EXPEDIDA POR EL INE).
- 9.- LAS GESTIONES PARA EL COBRO DEL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTE CERTIFICADO, DEBERÁN LLEVARSE A CABO PERSONALMENTE, POR LOS BENEFICIARIOS, EL TRABAJADOR Y/O TUTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL.
- 10.- TODOS LOS DOCUMENTOS, DEBERÁN ENTREGARSE EN ORIGINAL Y DOS COPIAS.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO INSTITUCIONAL

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO INSTITUCIONAL QUE CUBRE LOS RIESGOS DE FALLECIMIENTO O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE AL PERSONAL DOCENTE, ADMINISTRATIVO, TÉCNICO Y MANUAL DEL COLEGIO, CONFORME A LAS PRESTACIONES AUTORIZADAS A ESTE ORGANISMO PÚBLICO POR LA SEP FEDERAL

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____
FECHA DE INGRESO: _____ PUESTO: _____ N° CONTROL: _____

SUMA ASEGURADA:

CUARENTA MESES DE SUELDO TABULAR

1
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

2
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

3
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

4
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE SU (S) BENEFICIARIO (S) FAVOR DE ASIGNAR A OTRA PERSONA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

EL DIRECTOR GENERAL DE LA ENTIDAD EMITIRÁ EL TÍTULO DE CRÉDITO QUE AMPARE EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA Y QUE RESULTE DEL SUELDO DE CUARENTA MESES TABULAR, A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO, O DEL PROPIO TRABAJADOR, SU TUTOR Y/O SU REPRESENTANTE LEGAL EN EL SUPUESTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PREVIOS DICTÁMENES DEL ISSSTEP Y DEL DEPARTAMENTO JURÍDICO DEL COBAEP, EN AMBOS CASOS.

_____	_____	_____	_____
LUGAR	FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL EN TURNO

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA

Organismo Público Descentralizado

A).- INDICACIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO

- 1.- ESCRIBA CORRECTAMENTE EL NOMBRE O LOS NOMBRES Y LOS APELLIDOS DEL TRABAJADOR Y DE LOS BENEFICIARIOS CONFORME AL ACTA DE NACIMIENTO.
- 2.- EN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR MARQUE SOLAMENTE UNO DE LOS TRES.
- 3.- EN LA FECHA DE INGRESO, DEBERÁ ANOTARSE DESDE EL DÍA EN QUE EL TRABAJADOR, SEGÚN 1er. NOMBRAMIENTO, COMENZÓ A PRESTAR SUS SERVICIOS EN EL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA, NO IMPORTANDO EL PUESTO O CATEGORÍA (EN EL TALÓN DE PAGO APARECE EL INGRESO).
- 4.- EN PUESTO O CATEGORÍA DEBERÁ, ANOTAR EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DE LA FIRMA DEL CERTIFICADO Y DEACUERDO AL ÚLTIMO NOMBRAMIENTO EXPEDIDO.
- 5.- EN EL CUADRO DE LUGAR, ANOTAR LA POBLACIÓN O CIUDAD DEL PLANTEL DE SU ADSCRIPCIÓN.
- 6.- EN FECHA, ANOTAR LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE REQUISITO EL FORMATO.
- 7.- EN FIRMA DEL TRABAJADOR, DEBERÁ ESTAMPAR LA QUE ACOSTUMBRA A USAR PARA SUS NEGOCIOS PÚBLICOS O PRIVADOS, YA SEA QUE PONGA SU NOMBRE O RÚBRICA, ES DECIR, EL CASO DE ALGUNA FIRMA ILEGIBLE, O EN SU DEFECTO LA HUELLA DIGITAL, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DARÁN FE DOS TESTIGOS.
- 8.- ANOTAR DOS NÚMEROS EN DONDE SE INDIQUE DÍA, MES Y AÑO DE QUE SE TRATE.

B).- TRÁMITE Y DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ACOMPAÑARSE A TODA SOLICITUD PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

- 1.- SOLICITUD POR ESCRITO FIRMADO POR LOS BENEFICIARIOS, EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR, DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL EN EL SUPUESTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DIRIGIDA AL DIRECTOR GENERAL, CON COPIA A LOS TITULARES DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y DEPARTAMENTO JURIDICO.
- 2.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO INSTITUCIONAL.
- 3.-COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
- 4.- EN CASO DE QUE EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR SEA CASADO, ANEXAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.
- 5.- COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS, CUANDO SE TRATE DE DEFUNCIÓN; EN EL SUPUESTO CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CUANDO NO LO SOLICITE EL TRABAJADOR, COPIA CERTIFICADA DEL EXPEDIENTE HASTA EL DISCERNIMIENTO DEL CARGO DEL TUTOR O CONSTANCIA QUE ACREDITE SER REPRESENTANTE LEGAL.
- 6.- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN, O DICTAMEN EXPEDIDO POR EL ISSSTEP, CUANDO SE TRATE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 7.- EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, EXHIBIR COPIA CERTIFICADA DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA CORRESPONDIENTE, EN LA QUE CONSTE: PARTE DE LA DEFUNCIÓN, LEVANTAMIENTO DEL CADAVER INSPECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LESIONES, DILIGENCIA DE AUTOPSIA, DICTAMEN DE AUTOPSIA E IDENTIFICACIÓN DEL FINADO.
- 8.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE LOS BENEFICIARIOS O SOLICITANTES (CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA EXPEDIDA POR EL INE).
- 9.- LAS GESTIONES PARA EL COBRO DEL MONTO DE LA SUMA ASEGURADA DE ESTE CERTIFICADO, DEBERÁN LLEVARSE A CABO PERSONALMENTE, POR LOS BENEFICIARIOS, EL TRABAJADOR Y/O TUTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL.
- 10.- TODOS LOS DOCUMENTOS, DEBERÁN ENTREGARSE EN ORIGINAL Y DOS COPIAS.

CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CERTIFICADO QUE SEGÚN REGISTRO ADMINISTRATIVO INTERNO SE EMITE RESPECTO DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EL FIDEICOMISO NUMERO F/41424-3 FINCADO CON BANCOMER A FAVOR DE:

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____
FECHA DE INGRESO: _____ PUESTO: _____ N° CONTROL: _____

SUMA ASEGURADA: **\$ 100,000.00**
(CIEN MIL PESOS 00/100 M.N.)

DATOS BENEFICIARIOS (AS)

1
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

2
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

3
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

4
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE SU (S) BENEFICIARIO (S) FAVOR DE ASIGNAR A OTRA PERSONA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PARENTESCO: _____ PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN: _____ %

NOTA IMPORTANTE: EL FIDEICOMISO ORDENARÁ EL PAGO POR CONDUCTO DEL COMITÉ TÉCNICO, AL FIDUCIARIO A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS LA SUMA ASEGURADA QUE APARECE EN ESTE CERTIFICADO, SIEMPRE QUE EL ASEGURADO ESTÉ EN SERVICIO ACTIVO AL OCURRIR EL DECESO.

--	--	--	--

LUGAR

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL EN TURNO

A).- INDICACIONES PARA EL LLENADO DE ESTE FORMATO

- 1.- ESCRIBA CORRECTAMENTE EL NOMBRE O LOS NOMBRES Y LOS APELLIDOS DEL TRABAJADOR Y DE LOS BENEFICIARIOS CONFORME AL ACTA DE NACIMIENTO.
- 2.- EN EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR MARQUE SOLAMENTE UNO DE LOS TRES.
- 3.- EN LA FECHA DE INGRESO, DEBERÁ ANOTARSE DESDE EL DÍA EN QUE EL TRABAJADOR, SEGÚN 1er. NOMBRAMIENTO, COMENZÓ A PRESTAR SUS SERVICIOS EN EL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE PUEBLA, NO IMPORTANDO EL PUESTO O CATEGORÍA (EN EL TALÓN DE PAGO APARECE EL INGRESO).
- 4.- EN PUESTO O CATEGORÍA DEBERÁ, ANOTAR EL QUE SE ENCUENTRE VIGENTE A LA FECHA DE LA FIRMA DEL CERTIFICADO Y DEACUERDO AL ÚLTIMO NOMBRAMIENTO EXPEDIDO.
- 5.- EN EL CUADRO DE LUGAR, ANOTAR LA POBLACIÓN O CIUDAD DEL PLANTEL DE SU ADSCRIPCIÓN.
- 6.- EN FECHA, ANOTAR LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE REQUISITO EL FORMATO.
- 7.- EN FIRMA DEL TRABAJADOR, DEBERÁ ESTAMPAR LA QUE ACOSTUMBRA A USAR PARA SUS NEGOCIOS PÚBLICOS O PRIVADOS, YA SEA QUE PONGA SU NOMBRE O RÚBRICA, ES DECIR, EL CASO DE ALGUNA FIRMA ILEGIBLE, O EN SU DEFECTO LA HUELLA DIGITAL, Y EN ESTE ÚLTIMO CASO DARÁN FE DOS TESTIGOS.
- 8.- ANOTAR DOS NÚMEROS EN DONDE SE INDIQUE DÍA, MES Y AÑO DE QUE SE TRATE.

B).- TRÁMITE Y DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ACOMPAÑARSE A TODA SOLICITUD PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA.

- 1.- SOLICITUD POR ESCRITO (INDICANDO DOCUMENTOS QUE SE ENTREGAN).
- 2.- CERTIFICADO DEL TRABAJADOR.
- 3.- ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
- 4.- EN CASO DE QUE EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR SEA CASADO, ANEXAR COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO.
- 5.- ACTAS DE NACIMIENTO DE TODOS LOS BENEFICIARIOS.
- 6.- COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN.
- 7.- EN CASO DE MUERTE VIOLENTA, EXHIBIR COPIA CERTIFICADA DE LA AVERIGUACIÓN PREVIA CORRESPONDIENTE, EN LA QUE CONSTE: PARTE DE LA DEFUNCIÓN, LEVANTAMIENTO DEL CADAVER INSPECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LESIONES, DILIGENCIA DE AUTOPSIA, DICTAMEN DE AUTOPSIA E IDENTIFICACIÓN DEL FINADO.
- 8.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE LOS BENEFICIARIOS (CREDENCIAL PARA VOTAR CON FOTOGRAFÍA).
- 9.- LAS GESTIONES PARA EL COBRO DEL MONTO ASEGURADO DEL CERTIFICADO, DEBERÁN LLEVARSE A CABO DIRECTAMENTE POR LOS BENEFICIARIOS, ANTE EL TITULAR DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS.
- 10.- TODOS LOS DOCUMENTOS, DEBERÁN ENTREGARSE EN ORIGINAL Y DOS COPIAS.