

Solicitud de Incorporación, renuncia o modificación (Sólo asegurados en servicio activo que forman parte de la colectividad asegurable)

Notas importantes:

- La información que se requiriere en este formato se considerará como actualizada a la fecha de Solicitud.
- Para atender su solicitud:
 - Llenar en original y dos copias, con letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.
 - Una copia será 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.
- Su solicitud será atendida directamente por la Coordinación Administrativa en su dependencia, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre. Posteriormente, a través de la transferencia electrónica de información que se envía a HIR Seguros quedará automáticamente actualizada la Base de Datos del Registro de Asegurados de este seguro.

1. Tipo de movimiento

Movimiento solicitado: Incorporación al Seguro Renuncia al Seguro Modificaciones Fecha de Solicitud

2. Identificación del asegurado

(Apellido paterno – Apellido materno – Nombre(s))

Clave del Sevidor Público CURP R.F.C.

Lugar de nacimiento

3. Domicilio particular del asegurado (sólo para altas o actualización de datos)

Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pob. _____

Del. o Mpio. _____ C.P. _____ Estado _____

Tel. casa _____ Correo electrónico _____

4. Identificación laboral del asegurado

Área de adscripción _____ Nivel y rango _____

Teléfono de oficina _____ Correo electrónico _____

5. Servicio requerido por el asegurado (para aportaciones adicionales extraordinarias, llenar la sección 7)

(Señala con una "x" el servicio requerido)

A. Incorporación al Seguro

Alta

Continuidad del Seguro
Si estubo incorporado al Seguro en otra Dependencia y desea mantener su Cuenta Individual, indique:

a) Número de Cuenta

b) Dependencia anterior: _____

c) Fecha de baja

d) Anexar formato de Baja emitido por la Dependencia

Reincorporación al Seguro

B. Renuncia al Seguro (indicar inciso)

A) No acepto la incorporación al Seguro de Ahorro Voluntario

B) Suspensión del descuento de aportaciones del seguro en el talón de pago

C. Modificación de datos personales

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

Nombre RFC CURP Domicilio

Otro _____

6. Aportación de primas básicas del asegurado (Si renunció al Seguro, no requisitar esta sección)

La aportación de las primas básicas del asegurado será descontada en su talón de pago (elijá sólo una opción) 2% 4% 5% 10%

Motivo Incorporación al seguro Cambio de aportación de primas

7. Aportación de primas extraordinarias del asegurado

La aportación de las primas adicionales extraordinarias del asegurado será descontada en su talón de pago (elijá sólo una opción) 2% 4% 5% 10%

Nota: los cambios de porcentaje que determine el Asegurado, sólo podrán modificarse semestralmente.

Firma del asegurado

Fecha, Sello y Firma