



GUÍA PARA REQUISITAR EL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

**SERVICIO SOCIAL DE
MEDICINA**


REQUISITOS

- 1.- HABER ELEGIDO UNA UNIDAD DE SALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.
- 2.- REQUISITAR CON BOLÍGRAFO COLOR NEGRO.
- 3.- TODO EN **MAYÚSCULAS**.
- 4.- NO DEBE LLEVAR BORRONES NI TACHADURAS.

EL ALUMNO (A) ES RESPONSABLE DE QUE ESTE DOCUMENTO ESTE BIEN REQUISITADO.

PASO No 1

ANOTAR NOMBRE CORTO DE SU UNIVERSIDAD Y CARRERA

1 Designación de beneficiarios	
2	
3	
4	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, PARA APOYO ECONÓMICO EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL E INTERNOS DE PREGRADO DE LAS RAMAS MÉDICA, PARAMÉDICA Y AFINES DE LA SECRETARÍA DE SALUD
5	REGISTRO DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE
6	XXXXX CON HOMOCLAVE
7	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN
8	XXXXXX .
9	

1.- ANOTAR EN LA PARTE SUPERIOR EL NOMBRE CORTO DE SU UNIVERSIDAD Y CARRERA

2. ANOTAR CURP

3. ANOTAR RFC

¡RESPECTAR LOS ESPACIOS SELECCIONADOS, TODO EN MAYUSCULAS!

PASO No 2

10	LUGAR DE ELECCIÓN DEFINITIVO CON LETRAS DE MOEDA		
11	NOMBRE DEL ASEGURADO		
12			
13	EJEMPLO		
14	HERNADEZ	ANTONIO	LUCAS
15			
16	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)
17			
18	AURELIO VALDIVIESO		
19			
20			
21	NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUTO		
22			
23	NO OCUPAR		
24			

1.- ANOTAR APELLIDO PATERNO , MATERNO Y NOMBRES

2.- ANOTAR LA LOCALIDAD (UNIDAD DE SALUD) QUE ELIGI

TODO EN MAYÚSCULA

PASO No 3

24				
25	<u>EL APOYO, SÓLO SE PROPORCIONARÁ EN CASO DE:</u>	FECHA DE INGRESO		
26	* FALLECIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
27	* INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE	1	7	2020
28		FECHA DE CONCLUSIÓN		
29		DÍA	MES	AÑO
30		31	6	2021
31	BENEFICIARIOS DESIGNADOS			

COPIAR FECHA DE INGRESO _____

COPIAR FECHA DE CONCLUSIÓN _____

PASO No 4

BENEFICIARIOS DESIGNADOS				
32	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO
33			PADRE,MADRE Ó HERMANOS MAYOR DE 18 AÑOS	EJEMPLO PADRE 100%
34				
35				

- 1.- ELEGIR DE 1 A 3 PERSONAS COMO SUS BENEFICIARIOS:PADRE, MADRE , HERMANOS PERO MAYORES DE 18 AÑOS
- 2.- INICIAR POR APELLIDO PATERNO, MATERNO NOMBRES.
- 3.- ANOTAR PARENTESCO

4. DESIGNAR PORCENTAJES: SI DECIDEN 1PERSONA LE DAN EL 100%
 2 RPERSONAS 50% + 50% = 100% 3 PERSONAS 50% 25% 25% = 100%

PASO No5

36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	FIRMA DEL ASEGURADO
47	Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: OAXACA DE JUÁREZ OAX, 1° DE JULIO 2020
48	ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN LA UNIDAD PERTENECIENTE.
49	
50	

- 1.- COLOCAR ÚNICAMENTE SU FIRMA
- 2.- ANOTAR LUGAR Y FECHA: OAXACA DE JUÁREZ, OAX, 01 DE AGOSTO 2020