



CONSENTIMIENTO PROVISIONAL PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO  
SEGURO CONTRATADO POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO A FAVOR DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

DATOS DEL ASEGURADO		
NOMBRES DEL TRABAJADOR	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NÚMERO DE EMPLEADO	NÚMERO DE UNIDAD ADMINISTRATIVA	

DATOS QUE DEBERÁ REQUISITAR EL ASEGURADO (DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS)		
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
FECHA DE ELABORACIÓN	NOMBRE FIRMA/O HUELLA DIGITAL DEL TRABAJADOR	
_____	_____	
SELLO DE RECEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	