

## SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS

NOMBRE: _____		<u>DATOS DEL TRABAJADOR</u>	
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 UNICAMENTE APLICA A PERSONAL ACTIVO CON UNA EDAD MÁXIMA DE 65 AÑOS**

LUGAR	FECHA	FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL EN TURNO

Camino a Xilotzingo, 2da Cerrada No. 6506, Fracc. San José Xilotzingo  
Puebla, Pue. C.P. 72576. Tel. (222) 211 77 00



## **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 DE ACUERDO CON EL 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 JURÍDICO.
- 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 CADÁVER 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.



## **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 DE ACUERDO 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 JURÍDICO.
- 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 CADÁVER 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

Camino a Xilotzingo, 2da Cerrada No. 6506, Fracc. San José Xilotzingo  
 Puebla, Pue. C.P. 72576. Tel. (222) 211 77 00



## **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 DE ACUERDO 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 JURÍDICO.
- 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 CADÁVER 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 NÚMERO 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

Camino a Xilotzingo, 2da Cerrada No. 6506, Fracc. San José Xilotzingo  
 Puebla, Pue. C.P. 72576. Tel. (222) 211 77 00



DOCUMENTO OFICIAL  
NO SERÁ VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

## **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 DE ACUERDO 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 CADÁVER 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.

