



SEGURO DE SEPARACIÓN INDIVIDUALIZADO
Solicitud de Incorporación, Renuncia ó Modificación
 (Para Asegurados en servicio activo que forman parte de la Colectividad Asegurada)

FECHA DE SOLICITUD: <input type="text" value="dd/mm/aaaa"/>	NOTAS DE IMPORTANCIA PARA EL ASEGURADO 1.- Su solicitud será atendida directamente por el Área de Recursos Humanos ó equivalente, quien deberá procesar su requerimiento para que se registre en el Sistema de Nómina de Pagos ó tramitar su servicio ante MetLife México, S. A., según corresponda. 2.- La información de este formato se considerará vigente a la fecha de notificación a MetLife México, S. A. 3.- Para atender su Solicitud se requiere: a) Llenar en original y copia, con máquina de escribir, o bien con letra de molde, en tinta negra o azul. b) Entregar original sin tachaduras ni enmendaduras . La copia será su comprobante con el sello de acuse de Recursos Humanos o equivalente. Si requiere otro formato, solicítelo en esa misma área.	FECHA, SELLO Y FIRMA RECURSOS HUMANOS O EQUIVALENTE DEL CENTRO LABORAL
---	---	---

IDENTIFICACIÓN LABORAL DEL ASEGURADO					
Centro de Trabajo Actual (Dependencia, Entidad, Organismo, otro) <input type="text"/>					
Nivel de Tabulador: <input type="text"/>	Nivel de Mando: Superior <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	Homólogo <input type="checkbox"/>	Otro. ¿Cuál? <input type="text"/>	
Teléfono de Oficina: <input type="text"/>		E-mail: <input type="text"/>		Fax: <input type="text"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO					
Apellido Paterno <input type="text"/>	R. F. C. <input type="text"/>				
Apellido Materno <input type="text"/>	C. U. R. P. <input type="text"/>				
Nombre(s) <input type="text"/>					

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO (Sólo para Nuevas Altas o Actualización de datos)					
Calle y Número (ext. e int.) <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>				
Colonia ó Localidad <input type="text"/>	Entidad Federativa <input type="text"/>				
Delegación, Mpio. ó Región <input type="text"/>	Teléfono domicilio <input type="text"/>				

SERVICIO REQUERIDO POR EL ASEGURADO (señale con una "x" el movimiento solicitado)						FIRMA DEL ASEGURADO
1.- INCORPORACIÓN AL SEGURO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nueva Alta <input type="checkbox"/> Reingreso Laboral (Ver sección de "Requisitos") <input type="checkbox"/> Reincorporación al Seguro por reanudación de pago de primas <input type="checkbox"/> Continuidad del Seguro (*) (Ver sección de "Requisitos") <input type="checkbox"/> Una vez elegida una de las opciones, requisiite el servicio 5 y 6 (*) Es el Traspaso del Saldo de su cuenta cuenta asignada en el Centro de Trabajo anterior a su nueva cuenta asignada en su actual Centro de Trabajo.	2.- RENUNCIA AL SEGURO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No deseo inscribirme al Seguro Es la voluntad del asegurado de NO incorporarse al seguro. Explique brevemente el motivo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Suspensión del descuento en Nómina del Seguro. Se refiere a la petición del asegurado en "servicio activo" de SUSPENDER el descuento de este seguro en nómina de pagos.	3.- MODIFICACIÓN A DATOS GENERALES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> R. F. C. <input type="checkbox"/> C. U. R. P. <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otro. Describa <input type="text"/> <input type="text"/> (Ver sección de "Requisitos")	4.- UNIFICACIÓN DE SALDO POR "DOBLEASIGNACIÓN DE CUENTA" <input type="checkbox"/> Cuando el Asegurado registra dos cuentas, originadas por la actualización del R.F.C. y/o Nombre, se requiere Unificar el Saldo registrado en ambas cuentas, traspasando la reserva acumulada de una de ellas a la que contenga los datos generales correctos. (Ver sección de "Requisitos") Indique: Número de Cuenta con Datos Generales correctos: <input type="text"/> Número de Cuenta con Dato(s) General(es) incorrectos: <input type="text"/>	5.- PRIMAS BÁSICAS DEL ASEGURADO <input type="checkbox"/> Elija una de las opciones: <input type="checkbox"/> 0% Aportación de Prima a descontar <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% Via Nómina y se reflejará en Talón de Pago. <input type="checkbox"/> 10% Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Incorporación <input type="checkbox"/> Cambio de porcentaje	6.- PRIMAS ADICIONALES EXTRAORDINARIAS POR DESCUENTO EN NÓMINA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO estoy interesado <input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN del descuento en nómina <input type="checkbox"/> Si estoy interesado. Indique: Porcentaje: _____ % ó Monto: \$ _____ Con letra: _____ _____ _____	

REQUISITOS (Anexar a la Solicitud)						Vigente a partir del 01/08/2002 Clave: GV-2-114
REQUISITOS (Anexar a la solicitud) 1.- Constancia de Baja y Último Talón de Pago 2.- Constancia de Alta y Primer Talón de Pago 3.- Identificación oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.	REQUISITOS (Anexar a la solicitud) 1.- Último Talón de Pago 2.- Identificación Oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.	REQUISITOS (Anexar a la solicitud) 1.- Último Talón de Pago 2.- Identificación Oficial con fotografía Indicar en el talón de pago el descuento del Seguro.				