



Oficio Circular CGAyF/DGRH/DDH/DRL-016-00027/2021
Guanajuato, Gto., a 08 de junio de 2021

CC. COORDINADORES GENERALES,
DIRECTORES GENERALES, JEFES DE JURISDICCIÓN,
DIRECTORES DE HOSPITALES, DEL CEMT,
DEL LABORATORIO ESTATAL, DEL CECC,
DEL COETRA, DEL COGUSIDA, DEL SUEG Y
COORDINADORES DE UNIDADES DE APOYO


Derivado de la problemática que se ha identificado con algunos ex colaboradores al tratar de realizar su trámite de cobro de seguro, se solicita instruir a sus áreas de recursos humanos a que inviten a los trabajadores adscritos a sus Unidades a realizar la ACTUALIZACIÓN de la Designación de beneficiarios, de acuerdo a los siguientes criterios:

Formato	Fuente de financiamiento	Instrucciones
Designación de beneficiarios en el Seguro Institucional de Vida	Federal Regularizado Formalizado	Entregar solamente original y copia del formato.
Cédula de aseguramiento y designación de beneficiarios	Estatal	Se anexan consideraciones para el llenado

Cabe señalar que la responsabilidad de validar que los formatos se encuentren debidamente requisitados recae en sus áreas de recursos humanos, señalando como fecha límite para la entrega en la Dirección General el 2 de julio del presente, solicitando concientizar sobre la importancia e implicaciones de realizar o no esta actividad, ya que el impacto es directamente para los trabajadores y los beneficiarios.

Se reitera el compromiso de continuar trabajando en beneficio del personal, por lo que ponemos a su disposición el correo lamaquarre@guanajuato.gob.mx y la ext. 121 donde la C. Laura Mariela Aguirre Aguirre estará respondiendo sus dudas y aclaraciones referentes a este proceso, en el entendido que la orientación para el reclamo es con el Departamento de Pagos, en el correo ocoronel@guanajuato.gob.mx y la extensión 132.

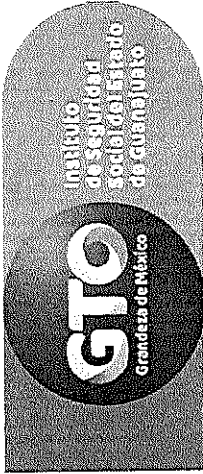
Sin otro particular, les reitero las seguridades de mi consideración.


C.P. GERARDO ARAIZA AGUILERA
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS


DVM/MRVG/MJRR

Coordinación General de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos

Carretera Yerbabuena-Puentecillas No. 273, Col. Yerbabuena Guanajuato, Gto. C.P. 36250 Teléfono 01 (473) 10 20 800 Ext. 100
salud.guanajuato.gob.mx



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE GUANAJUATO
 Dirección de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza
 Coordinación de Vigencia de Derechos y Archivo
 Departamento de Archivo de Afiliados
CÉDULA DE ASEGURAMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Datos del asegurado: Fecha: _____

R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____ Nombre(s): _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Domicilio:

Calle: _____ Interior: _____ Colonia: _____

No. Exterior: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Tel. con lada: _____

Municipio: _____ Correo Electrónico _____ Celular: _____

C.U.R.P.	R.F.C	Apellido paterno/ Apellido materno/ Nombres(s)	Parentesco	Porcentaje
				%
				%
				%
				%
				%
				%
				%

Consulta del aviso de privacidad integral y simplificado.
 El aviso de privacidad integral y simplificado podrá ser consultado en la página institucional de internet del
 Instituto de Seguridad Social del Estado de Guanajuato: www.isseg.mx

Requisitos: 1) Copia de identificación oficial vigente del asegurado.

FIRMA DEL ASEGURADO

SELLO ISSEG

RECIBE:



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE GUANAJUATO

Dirección de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza

Coordinación de Vigencia de Derechos y Archivo

Departamento Archivo de Afiliados

CONSIDERACIONES PARA EL LLENADO DE CÉDULAS DE BENEFICIARIOS

Generalidades:

- Realizarse en formato disponible en la página www.isseg.mx
- Realizarse con un solo color de tinta.
- Realizarse con un solo tipo de letra.
- No tener tachaduras o enmendaduras.
- No utilizar corrector.
- En caso de que el llenado sea a mano, la letra debe ser de molde y legible.
- Se presenta en original y copia.
- En el espacio de firma del asegurado poner únicamente su firma.
- La firma debe ser igual a la identificación oficial que anexe.
- Es obligación del asegurado o pensionado revisar sus datos y los de sus beneficiarios, para validar que son correctos.

Datos del asegurado:

- Datos de domicilio y teléfono actuales.
- En caso de ser pensionado, especificarlo así en el campo "nombre de la institución".
- El nombre del asegurado o pensionado debe anotarse igual que en la documentación oficial que anexe. (solo utilizar abreviaturas cuando así corresponda).

Beneficiarios:

- Todos los beneficiarios deben tener un porcentaje asignado.
- La suma de los porcentajes asignados debe ser 100%.

Imposibilidad para firmar:

- En caso de que el asegurado o pensionado no pueda firmar, deberá estampar su huella digital y otra persona firmará en su nombre.
- Quien firme en nombre del asegurado deberá anotar la leyenda "firmo a ruego de «nombre del asegurado» porque «establecer motivo»".
- Anotar nombre y firma de la persona que firma a ruego.
- Anexar copia de la identificación oficial de la persona que firma a ruego.

Formato para que el asegurado designe a sus beneficiarios en el Seguro de Vida Institucional

LOGO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD OTORGA COMO PRESENTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS	NUMERO DE EXPEDIENTE
		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE CON HOMOCLEAVE
		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MAQUINA DE ESCRIBIR.

CONTRATANTE

Nombre de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA BRUTA

En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 meses más la opción contratada

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

*BENEFICIARIO(S) Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que esta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no poder realizar una nueva designación." Y firmar junto a la leyenda.

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA MES AÑO

Llenar solo en caso de que se desee que la presente designación de Beneficiario sea irrevocable

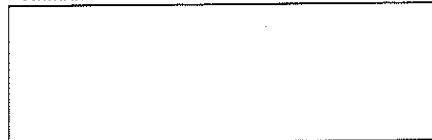
BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PORCENTAJE	PARENTESCO

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL I INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ

EXPRESAMENTE OTORGO A (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD), MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO O EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGURO QUE ME CORRESPONDAN.

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR



FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

a de de

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LA QUE SE HAYA FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.

***BENEFICIARIOS:**

En el caso que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen las formas en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso, solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.