



Ciudad de México, a 03 de junio de 2021.

A V I S O I M P O R T A N T E

- Me permito informar que derivado de que el Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, se adhirió a la contratación consolidada del Seguro de Vida Institucional, es necesario que se requisiere el Formato **“Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios”**.
- Una vez que se haya requisitado es necesario que se entregue en la Coordinación del Plantel al que estén adscritos y en la Subdirección de Administración de Capital Humano, para los trabajadores adscritos a las Oficinas Centrales, siendo necesario que el trabajador se quede con un tanto para los tramites que realice(n) su(s) beneficiario(s), al momento del fallecimiento del Trabajador.
- **Favor de utilizar pluma tinta azul y firmar como aparece en su credencial de elector (INE).**
- Respecto a los sellos que indica el Formato, estos se aplicarán una vez que el (los) beneficiario(s), realicen el trámite del reclamo del Seguro de Vida, en las oficinas de la Subdirección de Administración de Capital Humano, ubicadas en Av. División del Norte 906, 2° piso, Col. Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez, de lunes a viernes, de 10:00 a 15:00 horas.

Cordialmente

Por el IEMS de Todos

Lic. Antonio E. Ureña Ávalos

Director de Administración y Finanzas



CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

DEL SEGURO CONTRATADO POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO A FAVOR DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

FOLIO:

Ciudad de México a ____ de _____ de 2021.

DATOS QUE DEBE LLENAR EL ASEGURADO

NOMBRE(S) DEL TRABAJADOR:	APELLIDO PATERNO:	APELLIDO MATERNO:
NÚM. DE EMPLEADO:	REFC:	CURP:
SEXO:	FECHA DE DEFUNCIÓN:	NÚMERO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:
DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:		

DATOS QUE DEBERAN LLENARSE POR LOS BENEFICIARIOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO

Expresamente otorgo a _____, mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro así como el de aquel(los) que en un futuro llegue a concertar en favor del contratante de ésta póliza y para aquel(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de suma asegurada que se concerté(n) a mi favor.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: Para el caso en que sea una persona distinta del propio asegurado, así como para aquel(los) seguro(s) que en el futuro se concerté(n) en su favor, incluyendo la(s) contratación(es) de beneficio adicional (es) o incremento (s) de suma asegurada.

Se recomienda al asegurado que haga su designación en forma sencilla anotando el nombre completo de cada uno de los beneficiarios.

ADVERTENCIAS: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior es por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representante de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de los menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra como beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral pues la designación que hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

DATOS QUE DEBERA REQUISITAR EL ASEGURADO (DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
-----------------	------------	------------

FIRMA DEL TRABAJADOR

LA ASEGURADORA: Pagará la suma asegurada que corresponda de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del Seguro de Vida Institucional, el cual tiene su fundamento en la "Normatividad en Materia de Administración de Recursos" Circulares Uno y Uno-Bis; Numerales 4, 4.3, 3.4.3 y el Contrato celebrado por el Gobierno del Distrito Federal y la Aseguradora que preste este servicio, cuya finalidad es ofrecer al trabajador en activo y/o beneficiarios designados por éste, el pago oportuno del Seguro de Vida Institucional, que cubre los riesgos de fallecimiento o incapacidad total y permanente y/o invalidez total permanente, y podrán ser transmitidos a la Aseguradora que se encuentre vigente para cubrir los riesgos de fallecimiento o incapacidad total y permanente y/o invalidez total permanente, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal.

Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley. El responsable del Sistema de datos personales es el Lic. Sergio Antonio López Montecino.- Director General de Administración de Personal de la Secretaría de Administración y Finanzas de la CDMX, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es calle Doctor La Vista número 144, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX, (Oficina de Información Pública de la Secretaría de Finanzas). El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública del Sistema Federal de Gobierno, en la siguiente dirección: Calle de la Constitución número 100, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700, CDMX.