Solicitud de Expedición de Constancia de Seguro de Vida(Institucional)

EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

FOLIO: _____

TRÁMITE GRATUITO

FECHA: _____

Dirección de Seguridad Social-SECSV VERSIÓN 0.

**Uso exclusivo para personal Federal*

PRESENTE

Solicito se me informe si existe el presente documento:

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE ASEGURADORA HIDALGO O DE METLIFE

A nombre del finado **C.** _____

Con **R.F.C.** | | | | | | | | | | | | | y **C.U.R.P** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Trabajador de esta Secretaría de Educación, quien causó baja por defunción el día:

_____ del mes de _____ del año 20 ___.

DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRE (S)**	
R.F.C.	**CORREO ELECTRÓNICO**	**(LADA)**	**TELÉFONO PART. / CELULAR**
PARENTESCO			

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

NOTA:

- Solo se notificará la información solicitada en caso de ser solicitante beneficiario.
-Traer constancia emitida por la aseguradora(METLIFE).

"La confidencialidad de los datos personales recabados, será protegida por la Secretaría de Educación de Guanajuato, en atención a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato; y la obtención de los mismos, tiene como finalidad de realizar un trámite por parte de esta dependencia. Así mismo,se le informa que sus datos personales no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las

A C U S E - Solicitud de Expedición de Constancia de Seguro de Vida(Institucional)

Secretaría de Educación de Guanajuato
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Desarrollo de Personal

ESTE TRÁMITE ES ***COMPLETAMENTE GRATUITO***

NOMBRE DEL INTERESADO:	**FOLIO:**
ACUDIR DE 3 A 5 DÍAS HABILES DESPUÉS DE HABER REALIZADO EL TRÁMITE.	