


**INSTRUCCIONES:**

El formato llamado DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, que descargaste de la plataforma es IMPORTANTE que lo llenes y lo entregues junto con tu hoja de registro, (conserva una copia), en caso de fallecimiento o incapacidad total, si no la entregaste no se realizará el pago de la indemnización que corresponde, es de tu entera responsabilidad el llenarla y entregarla a la Secretaria de Salud misma que se deslinda de toda responsabilidad en caso de no contar con ella. Te recordamos que no debe tener tachaduras o enmendaduras ya que no sería válida legalmente, los montos de la cobertura quedan de acuerdo al siguiente cuadro:

TIPO DE BECA	SUMA ASEGURADA
"A" Y "B"	\$25,000.00
"C"	\$50,000.00

Designación de beneficiarios			
	DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, PARA APOYO ECONÓMICO EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL E INTERNOS DE PREGRADO DE LAS RAMAS MÉDICA, PARAMÉDICA Y AFINES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	REGISTRO DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE	
		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	
FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE			
NOMBRE DEL ASEGURADO			
TU NOMBRE COMO APARECE EN TU IDENTIFICACIÓN			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES (S)	
LUGAR DONDE PRESTARAS TU SERVICIO SOCIAL			
NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUTO			
<i>EL APOYO, SÓLO SE PROPORCIONARÁ EN CASO DE:</i>		FECHA DE INGRESO	
* FALLECIMIENTO		DÍA	MES
* INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE		AÑO	
		FECHA DE CONCLUSIÓN	
		DÍA	MES
		AÑO	
BENEFICIARIOS DESIGNADOS			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO
NOMBRE Y PARENTESCO DE LAS PERSONAS QUE DECIDES DESIGNAR COMO BENEFICIARIOS (se sugiere solo uno)			
FIRMA COMO EN TU IDENTIFICACION OFICIAL			
FIRMA DEL ASEGURADO			
LUGAR Y FECHA en que se firma este consentimiento:			
LUGAR Y FECHA (Escribir como lugar Guadalajara, y la fecha de firma debe ser igual a la fecha de inicio)			

RFC

CURP

FECHA EN LA QUE INICIARAS TU SERVICIO SOCIAL (consulta tu nombramiento)

FECHA EN LA QUE TERMINA TU SERVICIO SOCIAL (consulta tu nombramiento)

## Designación de beneficiarios



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, PARA APOYO ECONÓMICO EN CASO DE FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE DE LOS PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL E INTERNOS DE PREGRADO DE LAS RAMAS MÉDICA, PARAMÉDICA Y AFINES DE LA SECRETARÍA DE SALUD**

REGISTRO DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

**APELLIDO PATERNO**

**APELLIDO MATERNO**

**NOMBRES (S)**

**NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUTO**

*EL APOYO, SÓLO SE PROPORCIONARÁ EN CASO DE:*

**FECHA DE INGRESO**

\* FALLECIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

\* INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE

**FECHA DE CONCLUSIÓN**

DÍA

MES

AÑO

**BENEFICIARIOS DESIGNADOS**

**APELLIDO PATERNO**

**APELLIDO MATERNO**

**NOMBRE (S)**

**PARENTESCO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

**Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:**

ESTA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADA Y ENTREGADA EN LA UNIDAD PERTENECIENTE.



