

## 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**

**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.