

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE** |  |  |  |  |  |  |
|  | NUEVO INGRESO |  | ACTUALIZACIÓN DEBENEFICIARIOS |  | ACTUALIZACIÓN DEDATOS GENERALES |
|  |  |  |  |  |  |

**DATOS PARTICULARES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EXPEDIENTE | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| R. F. C. | LUGAR DE NACIMIENTO | FECHA DE NAC. | EDAD | SEXO | EDO. CIVIL |
|  |  |  |  |  |  |
| DOMICILIO (CALLE Y NUMERO) | COLONIA | CÓDIGO POSTAL |
|  |  |  |
| CIUDAD | ESTADO | TELÉFONO |
|  |  |  |
| NÚMERO CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL |
|  |  |

**DATOS LABORALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EMPRESA | DEPARTAMENTO | PUESTO |
|  |  |  |
| DOMICILIO DE LA OFICINA (CALLE Y NUMERO) | COLONIA | CÓDIGO POSTAL |
|  |  |  |
| CIUDAD | ESTADO | FECHA INGRESO | TELÉFONO (1) | TELÉFONO (2) |
|  |  |  |  |  |
| CORREO ELECTRÓNICO LABORAL |
|  |

**BENEFICIARIOS (DATOS COMPLETOS)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| % | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**A FALTA DE LOS PRIMEROS (DATOS COMPLETOS)**

En caso de fallecimiento de alguno de los beneficiarios antes mencionados, el monto de la parte que le corresponde se repartirá en forma proporcional a los beneficiarios restantes. En el caso de que no quedará ninguno de los beneficiarios, nombró a los beneficiarios siguientes:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TELÉFONO DE CONTACTO DE BENEFICIARIOS** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE COMPLETO DEL ASOCIADO (FIRMA)** | **PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACIÓN** |
|  | SELLO | OBSERVACIONES |
|  |
| NOMBRE DEL TESTIGO (OPCIONAL)  (FIRMA) |
|  |

**INGRESO A LA ASOCIACIÓN (ACEPTACIÓN)**

Esta Solicitud se recibe para aprobación del H. Consejo de Administración de Ayuda Mutua en TELMEX, A. C. En caso de que existan antecedentes de enfermedades preexistentes en las Compañías de Seguro, no será aceptado como Asociado de Ayuda Mutua TELMEX, A. C., lo cual se le hará saber en su oportunidad.

Asimismo, en caso de que tenga contratados otros Seguros de Vida con la misma Compañía de Seguros por la acumulación de las Sumas Aseguradas requiera presentar examen médico y este no fuera satisfactorio, no será aceptado como Asociado de Ayuda Mutua en TELMEX, A. C., lo cual se le hará saber también en su oportunidad.

**DESCUENTOS DE APORTACIONES Y PRIMAS**

1. Autorizo a que las Aportaciones y las Primas de Seguro de Vida, sean descontadas de mi sueldo a partir del mes que cause alta, de acuerdo a las disposiciones de Ayuda Mutua en TELMEX, A. C., en vigor.
2. Autorizo a que si por alguna causa dejara de prestar mis servicios en TELMEX o en alguna de las empresas filiales, se me descuente en el finiquito las cuotas correspondientes al año completo, en forma proporcional, a partir de la fecha de baja y poder continuar en la asociación como participante.

**RECOMENDACIONES**

1. Escriba con letra clara, sin omitir datos, en tres tantos con firma original.
2. En cualquier momento el Asociado puede cambiar de Beneficiario (la Compañía de Seguros sólo cubrirá la Suma Asegurada en base a la última designación de Beneficiarios que haya sido oficialmente recibida en Ayuda Mutua en TELMEX, A.C.).

**DISTRIBUCIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORIGINAL | - | AYUDA MUTUA TELMEX, A.C. (expediente) |
| 1er. COPIA | - | COMPAÑÍA DE SEGUROS |
| 2ª. COPIA | - | ASOCIADO |