



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
 OFICIALIA MAYOR DE GOBIERNO  
 DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS  
 DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

AREA DE PRESTACIONES

**RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA RECLAMO DE SEGURO DE VIDA**

NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_  
 Teléfono donde localizar a Familiar : \_\_\_\_\_

**REQUISITOS GENERALES**

FINADO	SI	NO
1.- CARTA TESTAMENTARIA (original y fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ACTA DE DEFUNCION (original y fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ACTA DE NACIMIENTO (original y fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- IDENTIFICACION OFICIAL (2 copias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- TALON DE CHEQUE (2 copias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- RESUMEN CLÍNICO / (Oficio de ISSSTECALI original y fotocopia) * ( CUANDO NO PRESENTE FIRMA DEL MEDICO EN FORMATO DE RECLAMACION)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 7.- COPIA CERTIFICADA DE ACTUACION DEL MINISTERIO PUBLICO EN CASO DE MUERTE TRAGICA (original y fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 8.- TESTIMONIO NOTARIADO DE IDENTIDAD CUANDO NO COINCIDE EL NOMBRE EN LOS DOCUMENTOS QUE PRESENTAN (original y fotocopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIO (S)	Número	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.- ACTA DE NACIMIENTO (original y fotocopia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE (2 copias) IFE, PASAPORTE MEXICANO O MATRICULA CONSULAR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- FORMATO DE RECLAMACION DE LA ASEGURADORA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 4.- ACTA DE MATRIMONIO (original y fotocopia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* 5.- ACTA DE DEFUNCION (original y fotocopia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- COMPROBANTE DE DOMICILIO (fotocopia)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bajo protesta de decir verdad, certifico que estoy legal y moralmente capacitado para efectuar la reclamación sobre el beneficio por Fallecimiento y que toda la informacion que se ha proporcionado es fidedigna y no se ha ocultado ningun hecho de importancia.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Beneficiario**

\* CUANDO APLIQUE

**FECHA**

GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
OFICIALÍA MAYOR DE GOBIERNO  
DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

CARTA TESTAMENTARIA

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

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RELACION LABORAL: BASE \_\_\_\_\_ CONFIANZA \_\_\_\_\_ RELACION ADMINISTRATIVA \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_

PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS BENEFICIOS ECONOMICOS ADQUIRIDOS POR EL PERSONAL DE GOBIERNO DEL ESTADO (PRIMA DE ANTIGUEDAD Y DEMAS PRESTACIONES QUE MARCA LA LEY) DESIGNO COMO MI(S) BENEFICIARIOS, SEGUN EL PLAN QUE CORRESPONDA:

SEGUROS DE VIDA PARA PERSONAL SINDICALIZADO, JUBILADOS Y PENSIONADOS DE BUROCRACIA

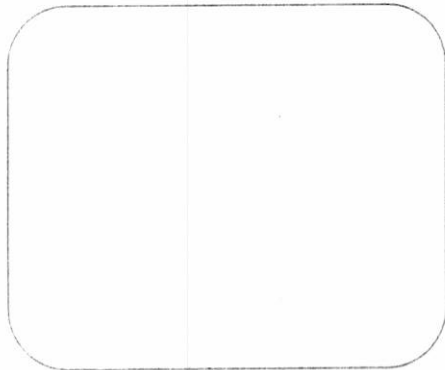
- 1.- \_\_\_\_\_ %
- 2.- \_\_\_\_\_ %
- 3.- \_\_\_\_\_ %
- 4.- \_\_\_\_\_ %
- 5.- \_\_\_\_\_ %

EN CASO DE QUE FALTARE ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, LA CANTIDAD QUE LE(S) CORRESPONDA SE DISTRIBUIRA DE LA SIGUIENTE MANERA: \_\_\_\_\_

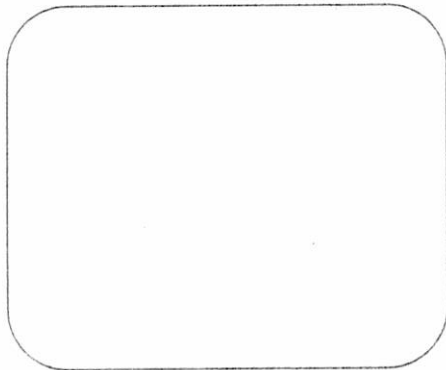
PRIMA DE ANTIGUEDAD Y PRESTACIONES DE LEY DEL SERVICIO CIVIL

- 1.- \_\_\_\_\_ %
- 2.- \_\_\_\_\_ %
- 3.- \_\_\_\_\_ %
- 4.- \_\_\_\_\_ %
- 5.- \_\_\_\_\_ %

EN CASO DE QUE FALTARE ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS, LA CANTIDAD QUE LE(S) CORRESPONDA SE DISTRIBUIRA DE LA SIGUIENTE MANERA: \_\_\_\_\_



COORDINACIÓN DE PRESTACIONES



ARCHIVO GENERAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO