



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"/>
* 9.- EN CASO DE NO EXISTIR CARTA TESTAMENTARIA PRESENTAR JUICIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BENEFICIARIO (S)	Número	
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.- C.U.R.P. (2 copias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- COMPROBANTE DE DOMICILIO (2 copias)	<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 APLÍQUE

FECHA