



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	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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**