

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE APORTACIÓN ADICIONAL
SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

PERSONAL OPERATIVO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
NÚMERO DE EXPEDIENTE	NIVEL	
R.F.C.	NOMBRE DE UNIDAD DE LA ADSCRIPCIÓN Y CIUDAD	
TELÉFONO CASA	TELÉFONO CELULAR	CORREO

EXPRESAMENTE OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO POR LA COBERTURA DE VIDA E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE, CON LA SUMA ASEGURADA Y ADICIONAL QUE A CONTINUACIÓN MANIFIESTO:

FAVOR DE SEÑALAR ÚNICAMENTE LA OPCIÓN ELEGIDA (X)

- PÓLIZA CON **40 MESES** DE SUMA ASEGURADA TOTAL Y RENUNCIA EXPRESA A LA SUMA ADICIONAL, POR LO QUE, **NO** AUTORIZO QUE SE ME REALICE LA RETENCIÓN QUINCENAL POR ESTE CONCEPTO.
- PÓLIZA CON **108 MESES** DE SUMA ASEGURADA TOTAL, 40 MESES DE SUMA BÁSICA Y 68 MESES DE SUMA ADICIONAL, POR LO QUE, **AUTORIZO** SE REALICE LA RETENCIÓN QUINCENAL PARA CUBRIR LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL **1.80%** DE MI SUELDO.

☐☐

FECHA: _____

FIRMA: _____

EL SERVIDOR PÚBLICO MANIFIESTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE A LA FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO NO ESTÁ EN PROCESO DE DICTAMEN DE INVALIDEZ ANTE EL ISSSTE.

ES RESPONSABILIDAD DEL TRABAJADOR VERIFICAR QUE LOS DESCUENTOS SE APLIQUEN EN TIEMPO Y FORMA, O EN SU CASO NOTIFICAR CUALQUIER ANOMALÍA.

PARA CERTIFICACIÓN POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS AL PERSONAL O POR EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE SU ADMINISTRACIÓN REGIONAL O DELEGACIÓN ADMINISTRATIVA.

EL PRESENTE CONSENTIMIENTO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL _____ DE _____ DEL 2026.
FECHA EN QUE DARÁN INICIO LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES.

CERTIFICADO POR:

PUESTO: _____

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

SELLO OFICIAL