



FECHA DE SOLICITUD: _____

SOLICITUD DE POTENCIACIÓN

PARA EL PERSONAL ADSCRITO A LA SECRETARÍA DE SALUD: MÉDICOS, CIRUJANOS DENTISTAS, PERSONAL DE ENFERMERÍA Y RESIDENTES QUE YA CUENTAN CON LA COBERTURA BÁSICA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA PROFESIONISTAS DE LA SALUD.

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

R.F.C.: _____ C.U.R.P.: _____ E-MAIL: _____

DOMICILIO: _____ C.P. _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ TELÉFONO: LADA (____) _____

PROFESIÓN Y/O ESPECIALIDAD

(ES): _____

NO. CÉDULA (S) PROFESIONAL

(ES): _____

PRACTICA CIRUGÍAS: SI ___ NO ___

DESCRIBIR BREVEMENTE SU ACTIVIDAD: _____

EJERCE SU PROFESIÓN EN LA PRÁCTICA PRIVADA: SI ___ NO ___

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA ADSCRIPCIÓN O CENTRO DEL TRABAJO: _____

DEPARTAMENTO: _____ CARGO: _____

DOMICILIO: _____ C.P. _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO: LADA (____) EXT.: _____ FAX: LADA (____) _____

ESQUEMA DE POTENCIACIÓN A CONTRATAR

MARQUE CON UNA [X] EL ESQUEMA QUE DESEA POTENCIAR Y LA SUMA ASEGURADA:

A) AUMENTO DE SUMA ASEGURADA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN BAJO LA DIRECTRIZ DE SECRETARÍA DE SALUD.

\$5,000,000.00 M.N. []

\$10,000,000.00 M.N. []

B) EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN EN SU PRÁCTICA PRIVADA Y/O INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA.

\$3,000,000.00 M.N. []

\$5,000,000.00 M.N. []

\$10,000,000.00 M.N. []

C) AMBAS A) Y B).

\$3,000,000.00 M.N. []

\$5,000,000.00 M.N. []

\$10,000,000.00 M.N. []

EL EMPLEADO AUTORIZA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES AL QUE PERTENECE, APLICAR EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE A LA POTENCIACIÓN POR MEDIO DE LA NÓMINA EN FORMA QUINCENAL PARA CUBRIR LA PRIMA DEL SEGURO.

CONSERVE UNA COPIA CON SELLO O FIRMA DE RECEPCIÓN.

VER DORSO QUE CONTIENE TABLA CON LOS COSTOS.

FIRMA DEL ASEGURADO

W_S04_S5_02.09