



SECRETARÍA EJECUTIVA

México D.F., 28 de febrero de 2005.

CIRCULAR No. 34

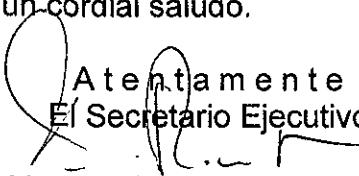
**CC. DIRECTORES EJECUTIVOS, TITULARES DE UNIDAD,
CONTRALOR INTERNO Y COORDINADORES DISTRITALES DEL
INSTITUTO ELECTORAL DEL DISTRITO FEDERAL
P R E S E N T E S.**

Me permito comunicarles que derivado de la licitación para la contratación del seguro colectivo de gastos médicos mayores para los servidores públicos de mandos superiores y medios de este Instituto, resultó ganadora la empresa Metlife México, S.A., para el periodo comprendido del uno de marzo al treinta y uno de diciembre de dos mil cinco.

Con objeto de agilizar la emisión de plásticos y certificados de los titulares y dependientes asegurados, solicito su estimable apoyo para actualizar -en el formato anexo- los datos de los servidores públicos adscritos a las unidades administrativas a su cargo con derecho a esta prestación, así como -en su caso- el consentimiento para asegurar dependientes con cargo al titular mediante descuento por nómina, para lo cual se recomienda consultar el costo de prima mensual por rango de edad que se indica en el tabulador que de igual manera se adjunta.

Agradeceré que la información referida se envíe a la brevedad a la Dirección de Recursos Humanos.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.


Atentamente
El Secretario Ejecutivo
Lic. Adolfo Riva Palacio Neri


C.C.P. LIC. JAVIER SANTIAGO CASTILLO.- CONSEJERO PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DEL INSTITUTO ELECTORAL DEL DISTRITO FEDERAL.- PARA SU CONOCIMIENTO Y EFECTOS CONDUENTES - PRESENTE.
CC. CONSEJEROS ELECTORALES DEL CONSEJO GENERAL DEL INSTITUTO ELECTORAL DEL DISTRITO FEDERAL.- PARA SU CONOCIMIENTO Y EFECTOS CONDUENTES - PRESENTE.
ARCHIVO.
ARP/N/CNP/JMH/egm



**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO DEL SEGURO
COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

Folio:

PÓLIZA NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE
	INSTITUTO ELECTORAL DEL DISTRITO FEDERAL

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

R.F.C.		Apellido Paterno			Apellido Materno	Nombre (s)
Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento		Domicilio del Asegurado Titular (Calle, Número)
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Año	Mes	Día
Colonia		Teléfono Particular		Población (Ciudad)		Delegación o Municipio
Entidad Federativa		Código Postal		No. de Empleado		Clave de Adscripción
Área de adscripción				<input type="checkbox"/> RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD Se anexa último recibo de pago de prima y última carátula de la póliza.		

CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores solicitado a la Aseguradora contratada por el IEDF, por la colectividad a la que pertenezco como personal activo.

LLÉNESE EN CASO DE QUE DESEE ASEGURAR A SUS DÉPENDIENTES ECONÓMICOS

Con cargo al Instituto							
Nombre Completo Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Fecha de Nacimiento			Sexo	Parentesco con el Asegurado Titular
			Año	Mes	Día		

Con cargo al Titular

Descuento por nómina

(Quincenal)

a partir del 2º Dependiente Económico

AUTORIZACIÓN

Autorizo sea descontado de mis percepciones quincenales, la prima correspondiente a los Beneficiarios que haya señalado con cargo al que suscribe y que dicho importe sea entregado a la Aseguradora contratada por el IEDF.

En _____ a _____ de _____ de _____

Circular No. 34
Febrero 28, 2005

Rango de Edad	A	Costo Mensual de la Prima	
De		Hombre	Mujer
0	11	107.58	107.58
12	17	107.58	107.58
18	19	107.58	107.58
20	24	119.38	712.87
25	29	130.41	733.88
30	34	148.26	761.70
35	39	174.89	797.60
40	44	212.63	842.47
45	45	265.52	898.22
46	49	265.52	383.16
50	54	336.56	452.07
55	59	432.50	538.37
60	64	584.97	675.51
65	69	791.76	791.76
70	74	1,535.74	1,535.74