

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

## NOMBRE

### SEGURO INSTITUCIONAL

## OBJETIVO

Resguardar la totalidad de los Consentimientos para ser Asegurados y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida requisitados correctamente e integrados en el expediente de personal de cada uno de los trabajadores de plaza presupuestal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

## PROCESO

### SERVICIOS AL PERSONAL

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN**  
Dirección General Adjunta de Compensaciones/ Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal



## DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

### DEFINICIONES:

**Áreas Administrativas.-** Se hace referencia a las Coordinaciones Administrativas o Enlaces Administrativos (para oficinas centrales), Subdelegación de Administración e Innovación (SAI) para Delegaciones Federales.

**Aseguradora.-** Institución de Seguros (actualmente Metlife México).

**Dependencia.-** Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

**Potenciación.-** Incremento de la suma asegurada por 34, 51 ó 68 meses de salario adicional.

**Seguro Institucional.-** Es un beneficio que otorga el Ejecutivo Federal a todo el personal que recibe sus percepciones con plaza presupuestal, que tiene por objeto cubrir los siniestros de fallecimiento o de incapacidad total y permanente de los mismos, con el que se garantiza su seguridad y la de su familia, mediante el pago de una suma asegurada básica que consiste en un pago de 40 meses de la última percepción ordinaria.

**Porcentaje de Descuento.-** Importe a cargo del trabajador obtenido de su percepción ordinaria, compuesta del sueldo base y compensación garantizada en caso de existir.

**Beneficiario(s).-** Persona(s) designada(s) por el trabajador para el pago de la suma asegurada en caso de fallecimiento.

### ACRÓNIMOS:

**DGDHO.-** Dirección General de Desarrollo Humano y Organización.

**DPSP.-** Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal.

**SEMARNAT.-** Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

**SI.-** Seguro Institucional.

**SN.-** Subdirección de Nómina

**DPL.-** Dirección de Política Laboral



## POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- Será responsabilidad de la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización (DGDHO), a través de la Dirección General Adjunta de Compensaciones, elaborar los lineamientos y procedimientos a que se sujetarán las Áreas Administrativas de la Dependencia, para el registro, integración y control de la documentación relacionada con el Seguro Institucional de Vida o Incapacidad Total y Permanente o Fallecimiento.
- La Subdirección de Servicios se encargará de promover la difusión en las Áreas Administrativas de la SEMARNAT, los lineamientos del Seguro Institucional, a efecto de que estén en condiciones de asesorar en el uso del servicio y llenado de los formatos al personal de su ámbito de competencia.
- Para obtener los beneficios del Seguro Institucional se tendrán que requisitar debidamente los formatos denominados "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) y "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2).
- Las Áreas Administrativas mediante oficio dirigido a la Subdirección de Servicios, deberán enviar los formatos, en un plazo no mayor a 60 días de la fecha de ingreso de los servidores públicos para el trámite respectivo.
- Es responsabilidad del (de los) beneficiario (s) tramitar ante la Aseguradora MetLife el pago de la suma asegurada del Seguro Institucional.

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

## INDICADORES

Nombre del Indicador.- Registro de beneficiarios del SI

Responsable de obtenerlo.- Departamento de Administración y Servicios de Apoyo

Periodicidad.- Semestral

Unidad de Medición.-  $(\text{Número de solicitudes de seguro institucional atendidas} / \text{Número de solicitudes de seguro institucional recibidas}) \times 100\%$



### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Subdirección de Servicios  Departamento de Administración y Servicios de Apoyo	1	Recibe de las Áreas Administrativas de la SEMARNAT por medio de oficio el formato de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1), y el formato de "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2) requisitado en original.
	2	Entrega al Departamento de Administración y Servicios de Apoyo los oficios y formatos para su trámite correspondiente.
	3	Recibe y verifica la información contenida en los formatos de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1), y el formato de "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2), determinando si se encuentran correctos y completos.  <i>SI LA INFORMACIÓN NO ESTÁ CORRECTA Y COMPLETA</i>
	4	Señala en los formatos las adecuaciones a efectuar y elabora en original y copia oficio de envío para la devolución de los mismos al Área Administrativa que corresponda.
	5	Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios del oficio elaborado y procede a distribuirlo de la siguiente manera:  ⇒ Original.- Área Administrativa, anexando en copia los formatos de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1), y el formato de "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2)" para las modificaciones necesarias.  ⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control. Continúa en la actividad No. 1.  <i>SI LA INFORMACIÓN ESTÁ CORRECTA Y COMPLETA</i>



### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
	6	Envía a la Subdirección de Nómina (SN) mediante correo electrónico, la relación del personal que eligió incremento de Suma Asegurada en el formato "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2), indicando el porcentaje de descuento quincenal.
	7	Expide en original y copia oficio, con el objeto de remitir una copia con sello de la dependencia del formato de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" a las Áreas Administrativas para su entrega a los trabajadores involucrados.
	8	Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios del oficio elaborado y procede a distribuirlo de la siguiente manera:  ⇒ Original.- Área Administrativa y le anexa la copia de los formatos para su entrega a los trabajadores involucrados. ⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control.
	9	Elabora en original y copia atenta nota y relación de originales de los formatos de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) y de "Elección de Incremento de Suma Asegurada (potenciación) y Autorización de Descuento en Nómina" (anexo 2).
	10	Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios de la atenta nota elaborada y procede a distribuirla de la siguiente manera:  ⇒ Original.- Departamento de Control Documental de Personal, adjuntando relación y los originales de los formatos registrados (anexos 1 y 2). ⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control.



### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
	11	Recaba acuse de recibido en la copia de la relación entregada al Departamento de Control Documental de Archivo para su control y archivo.  <i>CUANDO UN TRABAJADOR FALLECE</i>
	12	Solicita al Departamento de Control Documental de Personal el original del último formato de "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1), lo anterior previa solicitud del Área Administrativa Correspondiente.
	13	Analiza la documentación proporcionada por el Área administrativa y el último "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) para determinar la procedencia del trámite.  <i>SI NO ES PROCEDENTE</i>
	14	Expide en original y copia oficio, con el objeto de comunicar al Área Administrativa correspondiente, las causas por las que no procede el trámite, y solicitando información complementaria según la naturaleza del rechazo.
	15	Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios del oficio elaborado y procede a distribuirlo de la siguiente manera:  ⇒ Original.- Área Administrativa, devolviendo los documentos proporcionados. ⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control.  <i>SI ES PROCEDENTE</i>
	16	Expide en original y copia atenta nota, dirigida a la Dirección de Política Laboral (DPL) solicitando la expedición de una copia certificada del último formato del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) que requisitó el trabajador finado.



**DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Subdirección de Servicios	17	<p>Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios de la atenta nota elaborada y procede a distribuirla de la siguiente manera:</p> <p>⇒ Original.- DPL, anexando original del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) y copia de la documentación soporte (acta de defunción, petición de (los) beneficiario(s), identificación de (los) beneficiario(s)).</p> <p>⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control.</p>
	18	<p>Recibe de la DPL el original y la copia certificada del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1).</p>
	19	<p>Entrega al Departamento de Administración y Servicios de Apoyo, original y copia certificada del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) para su trámite.</p>
	20	<p>Recibe el original y la copia certificada del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1), y elabora original y copia de oficio dirigido al Área Administrativa, así como original y copia de oficio dirigido a MetLife (anexo 3).</p>
	21	<p>Obtiene la firma de autorización del Subdirector de Servicios del Oficio dirigido al Área Administrativa y del Oficio dirigido a MetLife (anexo 3) y procede a distribuirlo de la siguiente manera:</p> <p>⇒ Original.- Área Administrativa correspondiente, anexando la copia certificada del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" (anexo 1) y original del Oficio dirigido a MetLife (anexo 3).</p> <p>⇒ Copia.- Subdirección de Servicios con acuse de recibido para archivo y control.</p>
Departamento de Administración y Servicios de Apoyo		

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

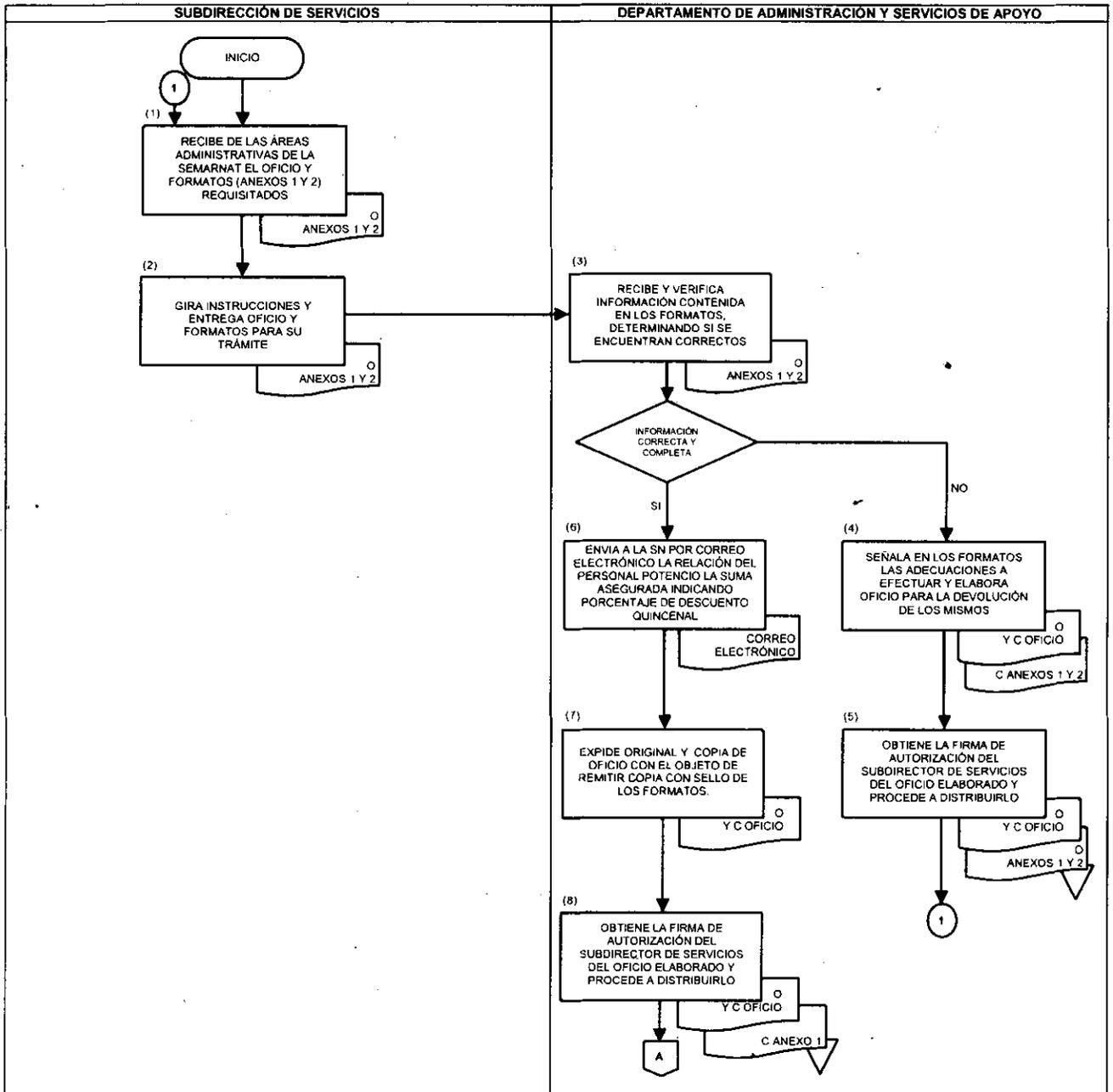
### DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
	22	Integra en su carpeta de control toda la documentación generada durante el desarrollo de este procedimiento para aclaraciones posteriores.

<b>TOTAL DE ACTIVIDADES:</b>	<b>22</b>
<b>PRODUCTO O SERVICIO:</b>	<b>Registro de beneficiarios del Seguro Institucional</b>
<b>PROCEDIMIENTO(S):</b>	

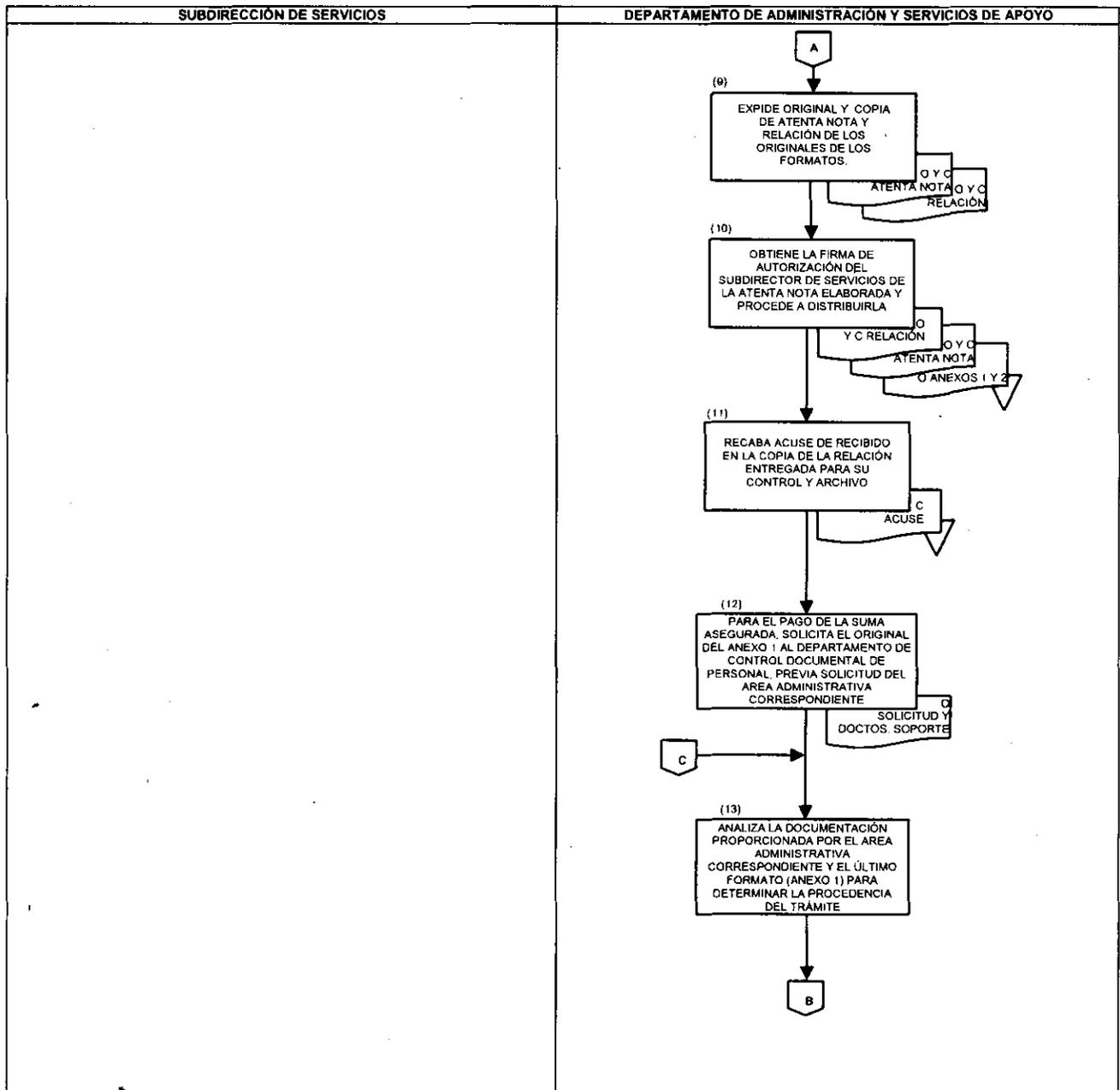


DIAGRAMA DE FLUJO



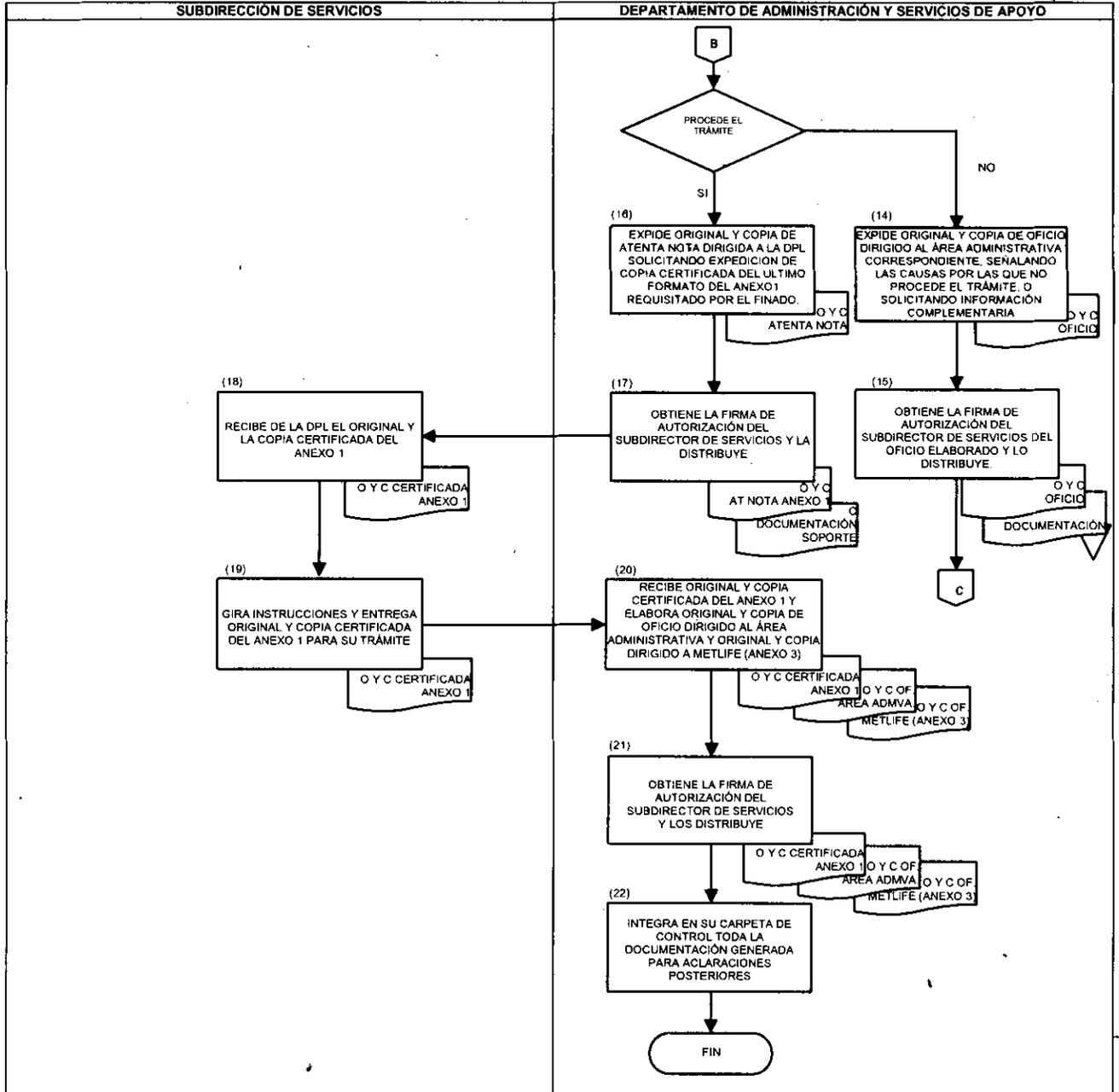


**DIAGRAMA DE FLUJO**





**DIAGRAMA DE FLUJO**



SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

ANEXO No. 1

**NOMBRE: CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA**

			<b>CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA QUE LA SEMARNAT OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS</b>			<b>NÚM. DEPENDENTE</b> ( 1 )						
			<b>SEGURO PERSONAL DE CONSUMIDORES CON SEGUROS</b> ( 2 )			<b>CLAVE ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL</b> ( 3 )						
<b>FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA</b>												
<b>CONTRATANTE</b> Nombre de la Dependencia o Entidad a la que pertenece el servidor público ( 4 )												
<b>NOMBRE DEL ASEGURADO</b> ( 5 )												
<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE (S)</b>	<table border="1"> <tr> <td colspan="3"><b>ALTA EN LA DEPENDENCIA</b></td> </tr> <tr> <td>( 6 )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<b>ALTA EN LA DEPENDENCIA</b>			( 6 )		
<b>ALTA EN LA DEPENDENCIA</b>												
( 6 )												
<b>* BENEFICIARIO (S)</b>												
<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRE (S)</b>	<b>( 8 )</b>	<b>( 9 )</b>								
<b>PARENTESCO</b>												
<b>BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS</b> <b>APARTADO B INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ</b> <b>APARTADO A INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL</b> <b>DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA</b>												
EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN ( 10 )			SÓLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR ( 11 )									
<b>FIRMA DEL ASEGURADO</b>			<b>HUELLA DEL PULGAR DERECHO</b>									
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: ( 12 )			a de de									
ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDEZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007.												

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANEXO No. 1**

**NOMBRE: CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
NUM. EXPEDIENTE	1	Para uso exclusivo del departamento de control documental de personal. El trabajador deberá dejarlo en blanco
R.F.C.	2	Registro federal de contribuyentes con Homoclave del asegurado
CURP	3	Clave única de registro de población del asegurado
Contratante	4	Nombre de la dependencia (SEMARNAT)
Nombre del asegurado	5	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del asegurado
Alta en la dependencia	6	Fecha de ingreso a la dependencia (aaaa-mm-dd)
Beneficiarios	7	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del (de los) beneficiario (s)
%	8	Porcentaje de beneficio de la suma asegurada para cada beneficiario (el total de esta columna debe ser igual al 100%)
Parentesco	9	Parentesco del (de los) beneficiario (s) con el asegurado
Firma del asegurado	10	Firma autógrafa del asegurado
Huella del pulgar	11	Opcional, solo cuando el asegurado no pueda firmar
Lugar y fecha	12	Fecha y entidad federativa donde se elaboró la requisición del formato

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN**  
Dirección General Adjunta de Compensaciones/ Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

ANEXO No. 2

NOMBRE: ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA

	<b>SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</b>  ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON NOMCLAVE  (1)  CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION  (2)									
<b>ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO</b>											
<b>CONSIDERACIONES:</b>											
ESTA PRESTACIÓN ES LA MISMA QUE SE VIENE OTORGANDO, NO ES UN SEGURO NUEVO, ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007, PUEDA PAGAR LOS SINIESTROS CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA (A CARGO DE LA DEPENDENCIA) MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA POR EL SERVIDOR PÚBLICO.  EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA, EN CASO DE HABER ELEGIDO ALGUNA POTENCIACIÓN EN EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS LA MISMA NO TIENE VALIDEZ PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, NI PARA FINES DE DESCUENTO EN NÓMINA.  SÓLO SE DEBERÁ FIRMAR UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO, DE LO CONTRARIO SE INVALIDA EL FORMATO Y TENDRÁN QUE REQUISITAR OTRO.  LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDEZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007.											
<b>SUPUESTO 1</b>	<b>ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A TRAVÉS DE NÓMINA</b>										
A través del presente formato <u>sigo</u> de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada: <b>Autorizo</b> a la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales para el que costo que representa la potenciación me sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3">SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES</th> </tr> <tr> <th>36</th> <th>31</th> <th>48</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table>	SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES			36	31	48			
SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACIÓN EN MESES											
36	31	48									
Nombre del Asegurado: (3) _____ Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombres		Marcar con una "X" la opción elegida (4)									
Firma: (5) _____											
<b>SUPUESTO 2</b>	<b>SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) HASTA CONOCER SU COSTO Y NO AUTORIZAN EL DESCUENTO EN NÓMINA</b>										
A través del presente formato, hago constar que no deseo incrementar la suma asegurada (potenciación), por lo tanto NO otorgo mi autorización para que se realice el descuento en nómina de la potenciación que tenía en la póliza anterior. Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi seguro de Vida Institucional es de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.											
Nombre del Asegurado: (6) _____ Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombres											
Firma: (7) _____											
Lugar y fecha (8)                      a                      de                      de											

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANEXO No. 2**

**NOMBRE: ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
R.F.C.	1	Registro federal de contribuyentes con Homoclave del asegurado
CURP	2	Clave única de registro de población del asegurado
<b>Supuesto 1</b> Nombre del asegurado	3	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del asegurado (en caso de elegir potenciar el seguro)
Suma asegurada de la potenciación en meses	4	Meses potenciados, se debe marcar con una "x" la opción elegida (únicamente se puede marcar una opción)
Firma	5	Firma autógrafa del asegurado
<b>Supuesto 2</b> Nombre del asegurado	6	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del asegurado (en caso de no desear potenciar la suma asegurada)
Firma	7	Firma autógrafa del asegurado
Lugar y fecha	8	Fecha y entidad federativa donde se elaboró la requisición del formato

**NOTA: ÚNICAMENTE SE PUEDE LLENAR EL APARTADO DE UN SOLO SUPUESTO.**

**DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN**  
Dirección General Adjunta de Compensaciones/ Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

ANEXO No. 3

**NOMBRE:** OFICIO DIRIGIDO A LA ASEGURADORA METLIFE MEDIANTE EL CUAL SE ENVIA COPIA CERTIFICADA DEL ANEXO 1.



SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE  
Y RECURSOS NATURALES

A quién corresponde  
MetLife México  
Presente

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE COMPENSACIONES  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS AL  
PERSONAL  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS

Oficio No. DGAC/DPSP/85/310/ (NUMERO CONSECUTIVO DE OFICIO)

Ciudad de México, D.F., a (FECHA DE ELABORACIÓN DEL OFICIO).

Con relación al Seguro de Vida Colectivo que el Gobierno Federal otorga como prestación a los trabajadores al servicio del Estado, y el cual se tiene contratado con esa Aseguradora a partir del 01 de julio del 2007.

Al respecto, y de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, me permito enviar copia certificada del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro Institucional de Vida" de fecha (FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO=No.12 DEL ANEXO 1), a nombre del C. (NOMBRE DEL ASEGURADO=TRABAJADOR FINADO), y que es el último que se encuentra en nuestro expediente de personal.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,  
El Subdirector

(FIRMA DEL SUBDIRECTOR DE SERVICIOS)

C. Octavio Álvarez Valdés

(SELLO DE LA DEPENDENCIA=SEMARNAT)

OAV

DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO HUMANO Y ORGANIZACIÓN  
Dirección General Adjunta de Compensaciones/ Dirección de Prestaciones y Servicios al Personal

SEGURO INSTITUCIONAL  
510-DGAC/DPSP.85-1  
9-ENE-09



SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES

**SEMARNAT**

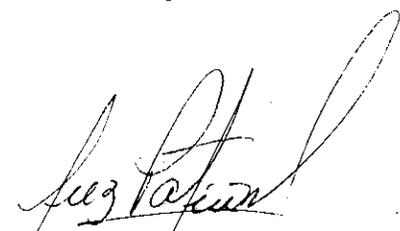
### REGISTRO DE REVISIONES

**NÚMERO DE REVISIÓN:** 1  
**FECHA:** México, D. F., a 21 de enero de 2009.  
**DESCRIPCIÓN:** Actualización de Procedimiento

**ELABORÓ**

**Firma:**   
**Nombre:** Tzunun Mexiac Castilla  
**Cargo:** Jefa de Departamento de Administración y Servicios de Apoyo

**REVISÓ**

**Firma:**   
**Nombre:** Luz del Carmen Patiño Vilchis  
**Cargo:** Directora de Prestaciones y Servicios al Personal

**APROBÓ**

**Firma:**   
**Nombre:** Luz del Carmen Patiño Vilchis  
**Cargo:** Directora de Prestaciones y Servicios al Personal