

AUMENTO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

México, D. F. A ___(1)___ de ___(2)___ de ___(3)___

A quien corresponda

Quien suscribe la presente _____(4)_____
Solicito, de forma voluntaria, aumentar mi **Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores** por ___(5)___ salarios mínimos generales mensuales vigentes en el Distrito Federal que cubre el seguro básico. Además, autorizo al Área de Recursos Humanos del *Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*, a que descunte de mi percepción ordinaria, a partir de la quincena ___(6)___ de ___(7)___, la prima correspondiente al incremento de la suma asegurada.

ATENTAMENTE

_____(8)_____
(Nombre y Firma)