



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

POR MEDIO DEL PRESENTE SE LE NOTIFICAN LOS REQUISITOS QUE SE REQUIEREN PARA EL TRAMITE DEL RECLAMO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE RESPECTO DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA.

1.-	1 Original y 2 copias del Acta de Nacimiento del Asegurado.
2.-	3 Fotocopias de la Identificación con Fotografía del Asegurado. (IFE Vigente)
3.-	1 Original y 2 copias del recibo de nómina
4.-	1 Original y 2 copias del Certificado de invalidez total y permanente.
5.-	2 copias del Informe del médico tratante y Examen médico
6.-	1 Original y copia del Consentimiento del Seguro de Vida y designación de beneficiarios.
7.-	3 Fotocopias simples del Acta del Ministerio Público (en su caso).
8.-	3 copias del comprobante de domicilio.
9.-	3 Copias de RFC
10.-	3 copias del CURP

**OBSERVACIONES:** SE LE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE DE ACUERDO AL ARTICULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO, SOLO SE TIENEN DOS AÑOS PARA GESTIONAR EL RECLAMO, TIEMPO QUE CORRE A PARTIR DE LA FECHA DEL DICTAMEN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SIEMPRE QUE NO HUBIERE CONCLUIDO EL TIEMPO SEÑALADO EN EL PARRAFO QUE ANTECEDE Y ÚNICAMENTE CUANDO SE ENTREGUEN LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS SE PROCEDERÁ CON LA SOLICITUD DEL RECLAMO.

**NOTA:** EL TRAMITE PARA SOLICITAR EL RECLAMO DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL SEGURO DE VIDA COLECTIVO NO CAUSA DERECHO O COSTO ALGUNO.

Mérida, Yuc., a \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**  
"477 AÑOS DE NOBLEZA Y LEALTAD"

**Firma:**

**Nombre:**

**Puesto:**



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS  
DEPARTAMENTO DE JUBILADOS Y PENSIONADOS**

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

**REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL RECLAMO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE RESPECTO  
DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

El Municipio de Mérida, Yucatán, conocido como Ayuntamiento de Mérida, a través del Departamento de Jubilados y Pensionados, perteneciente a la Subdirección de Recursos Humanos, de la Dirección de Administración, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación:

- Nombre completo, acta de nacimiento, identificación oficial, Certificado de invalidez, copia del informe y examen médico, consentimiento de seguro de vida, acta de ministerio público en su caso, comprobante de domicilio, Registro Federal de Contribuyentes y Clave Única de Registro de Población.

Los datos personales que recabamos de usted en este momento, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Que el empleado reciba el pago del seguro de vida por incapacidad total y permanente.

En caso de que usted desee ejercer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición sobre sus datos personales), usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia del Municipio de Mérida, ubicado en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, Colonia Centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán, teniendo un horario de atención al ciudadano de lunes a viernes, de 08.00 a.m. a 14:00 p.m. así como en la página de la Plataforma Nacional de Transparencia [www.plataformadetransparencia.org.mx](http://www.plataformadetransparencia.org.mx).

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: [www.merida.gob.mx/avisodirecciones](http://www.merida.gob.mx/avisodirecciones).

