



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE DESARROLLO HUMANO



No. Folio _____

SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO DE
GASTOS MÉDICOS MAYORES

INSTRUCCIONES:

1. ENVIAR SOLICITUD ADJUNTANDO LA DOCUMENTACIÓN EN UN SOLO ARCHIVO PDF (NO FOTOGRAFÍAS NI ESCANEOS EN CELULAR) AL CORREO: rh.gastosmedicosm@chapingo.mx
2. TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS.
3. NO SERÁ VALIDO CON TACHADURAS O ALTERACIONES.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

- ACTAS DE NACIMIENTO DEL TITULAR Y PERSONAS QUE SE INCLUIRÁN EN LA PÓLIZA.
- CREDENCIAL DEL INE POR AMBOS LADOS.
- ÚLTIMO TALON DE PAGO.
- ACTA DE MATRIMONIO O CONSTANCIA DE CONCUBINATO DE EN CASO DE REGISTRAR A LA PAREJA.

IMPORTANTE: HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS Y PADRES DEL TITULAR PAGAN EL 100% DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO LAS PERSONAS QUE NO REALIZARON SU TRÁMITE EN EL PERÍODO ESTABLECIDO PARA ALTAS CON SUBSIDIO.

TIPO DE SOLICITUD:

ALTA

INCLUSIÓN

DATOS DEL TRABAJADOR TITULAR

FECHA DE SOLICITUD (____ / ____ / ____)

HORARIO:

No. EMPLEADO:

APELLIDO PATERNO:

APELLIDO MATERNO:

NOMBRE (S):

EDAD:

FECHA DE Nac. (____ / ____ / ____)

CORREO:

No. DE TEL:

EXTENSIÓN UACH:

DOMICILIO:

Depto:

CATEGORÍA:

BASE

CONTRATO

ACADÉMICO

ADMINISTRATIVO

JUBILADO

AUTORIZO FORMA DE PAGO:

CONTADO

VÍA NÓMINA

DATOS DE LOS ASEGURADOS (NO INCLUYE TITULAR)

NOMBRES

(Ap. PATERNO, Ap. MATERNO, NOMBRE/S)

PARENTESCO

FECHA de Nac.

(día/mes/año)

EDAD

IMPORTANTE: La alta será aplicada 72 horas posteriores a la confirmación de los documentos legibles y completos. Es responsabilidad del solicitante proporcionar información completa, correcta y vigente, en caso que no reúna los requisitos establecidos, no se dará trámite, sin ninguna responsabilidad para la UACH.

AVISO DE PRIVACIDAD: La Subdirección de Recursos Humanos, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

Acepto aviso de privacidad

Firma del solicitante