



FORMATO PARA SOLICITAR EL PAGO DEL SEGURO DE VIDA DEL FONAC POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO				ANEXO 4
PARA USO INTERNO DE LA SEMARNAT				
FECHA DE SOLICITUD	NUMERO DE EXPEDIENTE	NUMERO DE FOLIO		
DATOS DEL EX SERVIDOR PÚBLICO				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN	R.F.C.	C.U.R.P.		
CALLE Y NUMERO EXTERIOR E INTERIOR DEL DOMICILIO PARTICULAR ACTUALIZADO				
COLONIA	C.P.	ALCALDÍA ó MUNICIPIO		
ESTADO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL	
FECHA DE INGRESO A LA SEMARNAT	FECHA DE BAJA DE LA SEMARNAT			
MOTIVO	REQUISITOS (ESTE TRÁMITE ES PARA PERSONAS QUE HAYAN CAUSADO BAJA DEFINITIVA DE LA SEMARNAT EN UNA PLAZA EVENTUAL Y/O PRESUPUESTAL FEDERAL HASTA NIVEL 11)			
SEGURO DE VIDA FONAC POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO	PAGO DE LA SUMA ASEGURADA Y REQUISITOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> OFICIO DE LA UNIDAD RESPONSABLE DIRIGIDO A LA DGDHO INFORMANDO DEL REQUERIMIENTO DE LA PERSONA EXSERVIDORA PÚBLICA. <input type="radio"/> ORIGINAL DEL AVISO DE SINIESTRO, MEDIANTE FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA ASEGURADORA. <input type="radio"/> COPIA CERTIFICADA DEL DICTAMEN MEDICO EMITIDO POR EL ISSSTE FORMATO (RT-09). <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DEL COMPROBANTE DE PAGO DE SALARIO DEL ASEGURADO, A LA FECHA DE INVALIDEZ O INCAPACIDAD, EN EL CUAL DEBERÁ APARECER EL CONCEPTO DE DESCUENTO POR SU APORTACIÓN AL FONAC. <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DE LA CONSTANCIA DE BAJA, EXPEDIDA POR LA DEPENDENCIA EN QUE EL ASEGURADO PRESTABA SUS SERVICIOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO. <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFIA Y FIRMA, DEL TRABAJADOR. <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DEL COMPROBANTE DE DOMICILIO, CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A TRES MESES. <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DEL ESTADO DE CUENTA CON CLABE NTERBANCARIA CON UNA ANTIGÜEDAD NO MAYOR A TRES MESES <input type="radio"/> COPIA SIMPLE DEL CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) Y CONSTANCIA DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (RFC) DEL ASEGURADO (S). 			
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE <small>Bajo protesta de decir verdad hago constar que todos los datos proporcionados son ciertos y correctos y que la firma que asiento en la presente solicitud es del suscrito.</small>				

Avenida ejercito nacional No. 223, Col. Anáhuac I sección CP. 11320, Miguel Hidalgo, Ciudad de México Tel: (55) 54900900 www.gob.mx/semarnat

RVACIONES:

Debe llenar sin enmendaduras ni tachaduras; la presente solicitud con **la totalidad de la documentación solicitada sin excepción**, para estar en posibilidad de solicitar el pago del seguro de Vida FONAC.