



Delegación:
09 Nivel Central

**Solicitud de Cancelación de Póliza
de Seguro de Automóvil Financiado
por el IMSS**

Departamento de Personal	Trabajador	Jubilado o Pensionado	X
--------------------------	------------	-----------------------	---

Módulo de Seguros

Manuel Villalongin Núm. 11 2do Piso
Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500

Acorde con la Cláusula 146 del Contrato Colectivo de Trabajo, que faculta al Instituto a contratar un seguro de automóvil con cobertura amplia para proteger el financiamiento otorgado; por este medio solicito la cancelación de la Póliza que se anexa, por los motivos que se enuncian.

DATOS DEL TRABAJADOR, JUBILADO O PENSIONADO

Nombre: (Apellido paterno, materno, nombre)	Matrícula:	RFC:
Adscripción:	Teléfono:	

Datos de la Póliza	Motivo de la Cancelación	Documentación Requerida
Fecha de Cancelación	Venta del automóvil <input type="checkbox"/>	Comprobante del pago y Original de la Póliza
Marca y modelo del automóvil	Pago anticipado o finiquito del financiamiento <input type="checkbox"/>	Copia comprobante de pago, o de la orden de ingreso
Número de Póliza	Decomiso de vehículo <input type="checkbox"/>	Acta del Ministerio Público
Número de Inciso	Cambio de Garantía <input type="checkbox"/>	Petición por escrito del trabajador y autorización

DATOS DEL REPORTE PARA ELIMINAR DE NÓMINA EL CONCEPTO

Matrícula		Quincena o Mes de Proceso	Responsable de la Actualización Nombre y Firma
Concepto (118,119,318 ó 319)			
Perfil (Ícono)	Eliminar		
Confirmar	Aceptar		

Observaciones:

Trabajador, Jubilado o Pensionado	Autorización Jefe del Departamento de Personal Delegación 31 Veracruz Norte
_____	Lic. Francisca López Estrada
Firma de Conformidad	Nombre y Firma