



**Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C.**

Coordinación de Administración y Finanzas

**Dirección de Recursos Humanos**

Vigente a partir de:  
22 de Junio de 2006

MOP-DRH-P31-F02

**SOLICITUD DE BAJA DEL SEGURO DE AUTOMÓVILES**

Fecha de Solicitud de trámite: \_\_\_\_\_ (1)

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ (2)

Área de adscripción: \_\_\_\_\_ (3)

Fecha de cancelación: \_\_\_\_\_ (4)

Forma de pago de la  
liquidación de la póliza<sup>1</sup>(5):

Finiquito

En efectivo

**DATOS DE LA PÓLIZA**

No. de póliza \_\_\_\_\_ (6)

Inciso: \_\_\_\_\_ (7)

SOLICITO LA CANCELACIÓN DEL INCISO DE LA PÓLIZA CUYOS DATOS SE REGISTRAN ARRIBA.

(8)

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

<sup>1</sup> Llenar solamente en caso de Baja del empleado.  
DRH/UOM