­ **Formato de actualización de beneficiarios del Servicio Médico de Banobras, S.N.C.**

Ciudad de México, a X de mayo de 2021.

**Dirección de Recursos Humanos**

**Presente**

El (La) suscrito (a), bajo protesta de decir verdad, con número de expediente **XXXXX**, manifiesto que en mi carácter de titular para acceder a la prestación del servicio médico proporcionado por Banobras, S.N.C., en términos del artículo 50 de la Condiciones Generales de Trabajo vigentes desde el año 2009, a continuación proporciono la relación actualizada de mis beneficiarios susceptibles de recibir la prestación en cita, con carácter de beneficiarios, al depender económicamente de mí y no tener por sí mismos derecho a similares del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado u otros organismos de seguridad social públicos o privados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre)** | **Parentesco** | **CURP** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Lo anterior, en cumplimiento a los artículos 51 de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes desde el año 2009 y 12, 14, 15, 17 y 18 del Reglamento de Servicios Médicos de Banobras.

Atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre completo**

Expediente