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

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

**Dirección de Recursos Humanos**

**Presente**

El (La) suscrito (a), bajo protesta de decir verdad, con número de expediente\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 actualmente inscritos, los cuales conforme artículo 50 fracción IV, acreditaron el carácter de beneficiario para recibir la prestación en cita, al depender económicamente del suscrito y no tener por si mismos derecho a similares prestaciones. en materia de seguridad social, ya sea que se deriven de derechos propios ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 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 y Firma)**

Número de expediente