

Instructivo de llenado para Seguro de Vida y Accidentes de todos los alumnos inscritos en CICS UST

La siguiente guía tiene la finalidad de mostrarte el llenado correcto de los formatos de seguro de vida y accidentes.

- Se llenará a **MANO, CON PLUMA AZUL, LETRA LEGIBLE Y EN LA LINEA ADECUADA DONDE INDICA EL EJEMPLO** (si no son legibles los datos no tendrá validez el documento).
- **No se aceptan tachones, enmendaduras, uso de corrector ya sea líquido o de cinta.**
- Los datos marcados en **ROJO** en los ejemplos de llenado son espacios que **NO deberás llenar**, por lo cual se quedará en **BLANCO**, es decir no escribirás nada en ellos.
- Los beneficiarios de tu seguro podrán ser **directos** (**MAMÁ, PAPÁ o ESPOSA respectivamente**); o **indirectos** (**HERMANOS, TÍOS, ABUELOS, TUTORES o ALGUNA OTRA PERSONA**).
- En caso de que los beneficiarios sean **INDIRECTOS** la aseguradora realizará una deducción del 20% de ISR al pago de tu seguro.
- En ningún caso se puede colocar un beneficiario **menor de edad** ya que no tendrá validez.
- El porcentaje que elijas para cada beneficiario de tu seguro deberá ser en **números enteros sin puntos decimales**, ejemplo: 50%, 25%, 15% etc. La suma de los porcentajes de varios beneficiarios deberá dar un total de 100%; si es un solo beneficiario será un total de 100% a ese único beneficiario.
- Si tu lugar de residencia es fuera de la CDMX o área metropolitana deberás colocar la dirección en donde rentarás o vivirás durante tu estancia escolar.
- En caso de no contar actualmente con una residencia en la CDMX o área metropolitana, podrás colocar la dirección de una familiar que cuente con domicilio en la CDMX o EDOMEX.
- En el apartado **“Ocupación”** deberás colocar **Estudiante**.
- Tachar el apartado de **irrevocable** en los beneficiarios, esto con la finalidad de que no se pueda modificar el porcentaje establecido para cada uno de ellos.
- En el apartado de **“lugar y fecha”** deberás colocar **“Ciudad de México a DÍA/MES/AÑO”** (**correspondiente a la fecha de ingreso al nivel superior que te corresponde**).
- Si tienes dudas con el llenado de tus formatos estará habilitado el correo segurodevidacicsust@gmail.com para ayudarte a resolverlas.
- Una vez llenos tus formatos de manera adecuada tendrás que acudir con el personal de Servicio Médico para la revisión y la colocación del sello de la unidad.

¡¡IMPORTANTE!!

Con el fin de apoyar al medio ambiente solo se aceptarán los formatos impresos en ambos lados de la hoja

¡¡RECUERDA!!

El formato a continuación es una guía y ejemplo de llenado, presta mucha atención cuales son los campos requeridos, si tienes dudas hazlas llegar al correo antes mencionado

**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Nombre completo del Contratante					
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL					
Datos de la póliza					
Número de póliza anterior: _____ Número Póliza: _____ Número Certificado: _____ Número de Filial: _____					
Datos del Asegurado					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s), 25/ Mayo/2001		Torres Alcantara Sonia Maria sonia25@hotmail.com		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	0445568956325
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año Democracia 72		Correo electrónico Edificio J, Depto 265		Teléfono Las Margaritas 05699	
Calle Gustavo A Madero		Número (Exterior e Interior) Ciudad de México		Colonia Ciudad de México	
Delegación o Municipio No contestar		Ciudad o Población Estudiante		Entidad Federativa No contestar	
Sueldo Mensual Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?		Ocupación Categoría dentro de la misma		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa	
Causa: _____		Partido: _____		_____	
Suma Asegurada o regla para determinarla: _____					
Datos de los Beneficiarios					
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.					
Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
María Teresa Alcántara Rodríguez	Democracia 72, Edificio J, Depto 265 CP 05699, Del. Gustavo A Madero, Ciudad de México	50%	05/06/1960	madre	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Pedro Torres Jiménez	Democracia 72, Edificio J, Depto 265 CP 05699, Del. Gustavo A Madero, Ciudad de México	50%	05/06/1960	padre	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
Importante					
El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S.A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato. Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.					

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios) incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.

Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; en caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial Si No

Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento.

DÍA/MES/AÑO

(Fecha que inicio la licenciatura en el CICS
UST, SIN abreviaturas)

Ciudad de México

Lugar y fecha

Torres Alcantara Sonia Maria

Nombre del Asegurado

Coloca aquí tu firma

Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 2 documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.



SEGURO DE VIDA

Para facilitar los trámites de esta solicitud favor de llenarla con letra de molde y tinta azul o negra, no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

CONTRATANTE: INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

ASEGURADO: Torres Alcántara Sonia Maria

R.F.C. TOAS010525 Fecha Nacimiento 25/ Mayo /2001 CURP TOAS010525MDFRRS2

Correo electrónico: sonia25@hotmail.com Teléfono 0445568956325

Domicilio: Calle y No. Democracia 72, Edificio J, Depto 265 Col. o Pob Las Margaritas

Del. o Mpio. Gustavo A. Madero Estado Ciudad de México C. p. 05699

SUMA ASEGURADAY COBERTURAS

La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la carátula de la póliza y certificado correspondiente.		\$100,000.00 Básica
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO Apellidos Paterno/Materno/ Nombres	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Alcántara Rodríguez María Teresa	madre	50%
Torres Jiménez Pedro	padre	50%

ADVERTENCIA: En el caso en que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores a efecto de que, en su representación cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente pueden implicar que se nombre beneficiario al menor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada .

Expresamente otorgo a Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de aquel (los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquel(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada que se contrate(n) en mi favor. Y en el entendido de que Aseguradora Patrimonial Vida S.A. de C.V. pagará la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder , quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

Aseguradora Patrimonial Vida, S.A de C.V. me ha puesto a la vista el Aviso de Privacidad Integral que dicha aseguradora tiene establecido conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que he leído y comprendido por los que otorgo mi consentimiento libre de vicios, para que la Aseguradora recabe, utilice, conserve y/o transfiera mis datos personales, sean estos financieros, patrimoniales y /o datos personales sensibles, asimismo manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora pueda allegarse de información a través de otras fuentes o personas .

Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital.

DÍA/MES/AÑO

(Fecha que inicio la licenciatura en el CICS
UST, SIN abreviaturas)

Ciudad de México

Lugar y Fecha

Coloca aquí tu firma

Torres Alcántara Sonia Maria

Sello de Recepción

Nombre y Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-S0069-0405-2022.

Información importante:

Quedarán protegidas por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos para formar parte del grupo o colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo ante otra persona, la cual firmará el presente consentimiento para ser asegurado y designación de Beneficiarios en presencia de dos testigos quienes también firmarán este documento.

Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios que ha hecho. Para el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda, podrán acudir a: A los módulos de Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales para la cobertura amparada.

Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-41-61-95-50. www.apvida.mx. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.