



Manual de procedimientos para el cobro de los seguros de vida y accidentes de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura Unidad Ticomán Ciencias de la Tierra

Introducción:

El Manual de Procedimientos para el cobro de los seguros de vida y accidentes de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura Unidad Ticomán, es el instrumento de apoyo para que el o los beneficiarios que fueron seleccionados por el titular de ambos seguros (alumno), puedan conocer la información detalla y los pasos a seguir para el cobro de dichas pólizas en caso de ser necesario; así como solventar las dudas que surjan al momento de realizar dicho trámite.

Por ser alumno inscrito al IPN (Nivel Medio Superior, Superior, Posgrado y Virtual) se brinda un seguro de vida y accidentes personales a fin de resguardar tu tranquilidad económica y la de tu familia, en caso de que sufras algún accidente o fallezcas.

Propósito del manual

Contar con un documento de apego a la normatividad aplicable y en coordinación con las unidades responsables competentes para facilitar a él o los beneficiarios de dichos seguros el procedimiento a seguir para llevar a cabo el cobro de dichas pólizas, a través de una serie de pasos los cuales serán detallados dentro de dicho manual.

Alcance

El presente manual aplica a todos los alumnos inscritos en modalidad escolarizada de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura Unidad Ticomán Ciencias de la Tierra, con la finalidad de hacer más ágil y eficiente el proceso para los beneficiarios correspondientes de dichos seguros.

Objetivo

Amparar económicamente a los estudiantes inscritos en los niveles educativos Superior y Posgrado, en la modalidad educativa Escolarizada, incluyendo a pasantes e internos a nivel nacional y en el extranjero y movilidad de estudiantes de otros países que estén realizando alguna actividad en el IPN.

🚦 ¿Quiénes tienen derecho a ser asegurados?

Todos los alumnos que se encuentran inscritos en el Instituto Politécnico Nacional en los diferentes niveles del sistema educativo (**nivel medio, superior, posgrado y virtual**) y que cuenten con su “Constancia de Estudios Vigente”.

🚦 ¿Tienen algún costo dichos seguros?

No tiene ningún costo, ya que todo alumno por el hecho de estar inscrito en el Instituto Politécnico Nacional cuenta con dicha prestación que otorga el instituto de manera gratuita.

🚦 ¿Cuál es la vigencia de dichos seguros?

Tu seguro tiene vigencia mientras estés inscrito y cuentes con una constancia de estudios vigente.

🚦 Coberturas

1. Muerte Natural - (incluye apoyo de gastos funerarios)
2. Muerte Accidental - (incluye apoyo de gastos funerarios)

2.1.-En caso que sean dentro de la institución o en el traslado casa-escuela, escuela-casa, practicas escolares, actividades deportivas y culturales avaladas por dicha institución.

Cobertura	Suma Asegurada
Muerte natural por cualquier situación incluyendo suicidio	\$ 100,000.00 m.n.
Muerte accidental	\$ 200,000.00 m.n.
Gastos Funerarios. No hay exclusiones	\$30,000.00 m.n. adicionales a la suma asegurada por concepto de muerte natural o accidental según sea el caso.

Gastos funerarios por muerte natural o muerte accidental.

- Se pagará de acuerdo al porcentaje designado a cada beneficiario.
- Presentar factura original que cumpla con los requisitos fiscales.

✚ Exclusiones aplicables solo a la cobertura de accidentes escolares.

1. Riñas o pleitos, si el asegurado los motivó o causó.
2. La práctica de deportes extremos, el uso de patinetas, esquí acuático o para nieve, siempre que no formen parte de prácticas escolares o extraescolares.
3. Uso de motoneta o motocicleta (aun cuando se utilice como medio de transporte del alumno).

✚ Designación de beneficiarios.

Cobertura del 100 % para muerte natural y muerte accidental de acuerdo al siguiente orden de prioridad.

- Beneficiarios Directos – 100%
 - a) Espos(a) e Hijos (legalmente).
 - b) Madre o padre
- Beneficiarios Indirectos (en ellos se hará una retención del 20% del ISR sobre el porcentaje asignado a cada beneficiario)
 - a) Hermanas o hermanos
 - b) Tíos, abuelos, tutores o algún otro familiar o persona cercana del beneficiario.

Recuerda que es muy importante que informes a tu familia y/o beneficiarios que estás asegurado, a fin de que sepan cómo proceder en caso de sufras algún siniestro.

✚ Procedimiento de la unidad académica para la solicitud de un siniestro.

1. El beneficiario deberá informar por escrito a la Unidad Académica (Director y Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social) del siniestro.
2. La Unidad Académica (deberá notificar a la Dirección de Apoyos a Estudiantes mediante oficio el aviso de fallecimiento y/o siniestro del alumno, señalando datos generales (nombre completo, número de boleta, semestre inscrito, fecha de accidente y/o defunción y causa del mismo).
3. La Unidad Académica (Jefe del Departamento de Servicios Estudiantiles) deberá entregar a los BENEFICIARIOS la siguiente documentación en originales:
 - a) Oficio del aviso de fallecimiento
 - b) Constancia de estudios vigente que cubra la fecha de fallecimiento

Nota: En caso de que el alumno no haya suscrito el apartado de designación de beneficiarios en el oficio de aviso de fallecimiento deberá especificarse lo siguiente: La unidad académica informó que él alumno No suscribió el Formato de designación de beneficiarios, por lo cual se hace constar que al no existir el consentimiento debe aplicarse lo estipulado en la cláusula 13 en favor de los padres 50% para cada uno.

4. Se contactará al o los beneficiarios (a través del encargado del seguro de vida del Departamento de Promoción y Prestaciones de la Dirección de Apoyos a Estudiantes).

➤ Para el caso de Muerte Natural se necesitan los siguientes documentos del ALUMNO:

- a. Oficio de aviso de fallecimiento por parte del plantel (original y copia).
- b. Constancia de estudios (original y copia).
- c. Identificación (dos copias por ambos lados).
- d. CURP (dos copias).
- e. Acta de nacimiento (original y copia).
- f. Certificado de defunción (dos copias).
- g. Acta de defunción (original y copia).
- h. Comprobante de domicilio vigente menor de tres meses (original y copia).
- i. Formato de designación de beneficiarios (original y copia).
- j. Factura de los gastos funerarios (original y copia).

➤ Para el caso de Muerte Natural se necesitan los siguientes documentos del BENEFICIARIO

- a. Formato de expediente de identificación y conocimiento de persona física de nacionalidad mexicana.
-Este formato podrá descargarse en la siguiente liga:
<http://www.ligatdp.mx/archivos/pdf/seguros/expedientedeidentificacion.pdf>; y deberá ser llenado por cada uno de los beneficiarios.
- b. Copia por ambos lados de la Identificación oficial (credencial del INE o Pasaporte)
- c. Copia de CURP
- d. Original de Acta de nacimiento
- e. Original de comprobante de domicilio vigente
- f. Factura de los gastos funerarios en original
- g. Copia del estado de cuenta que incluya la clave interbancaria a 18 dígitos
- h. Formato de Pruebas de muerte Declaración no 1 Formato de Declaración de Muerte no 2 (llenado por el médico que certificó la defunción y/o SEMEFO).

➤ Además de los documentos anteriores se deberá anexar la siguiente documentación.

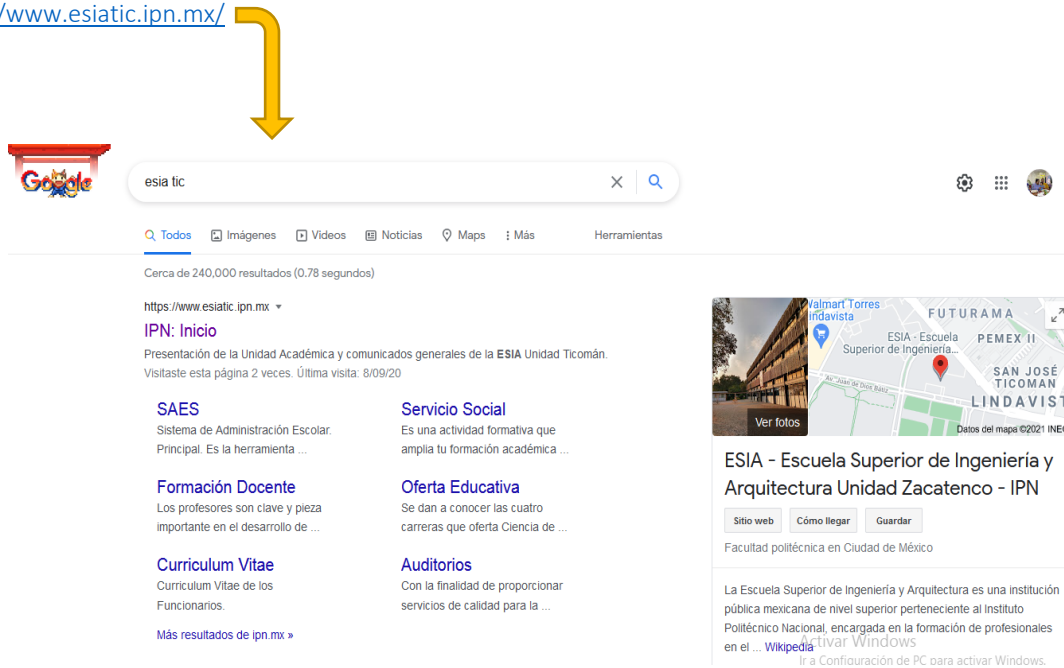
1. Copia certificada de la averiguación previa que contenga los siguientes datos:

Copia certificada por el ministerio público que conoció el caso, en donde conste la relación de hechos, informe de la policía judicial, declaración de testigos presenciales, parte del accidente, resultado de estudios practicados al cadáver (Alcoholemia y toxicológico) y certificado de autopsia o necropsia.

Pasos para el alta de los seguros de vida y accidentes de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura Unidad Ticomán Ciencias de la Tierra

Paso N° 1: Ingresar a través del navegador de tu preferencia a la página oficial de la escuela

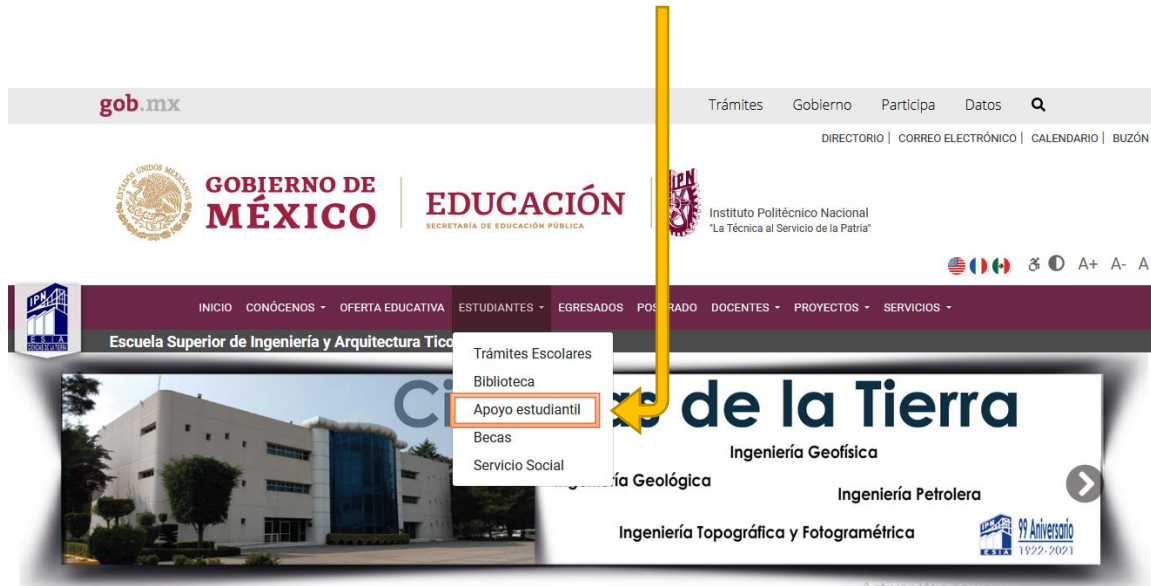
<https://www.esiatic.ipn.mx/>



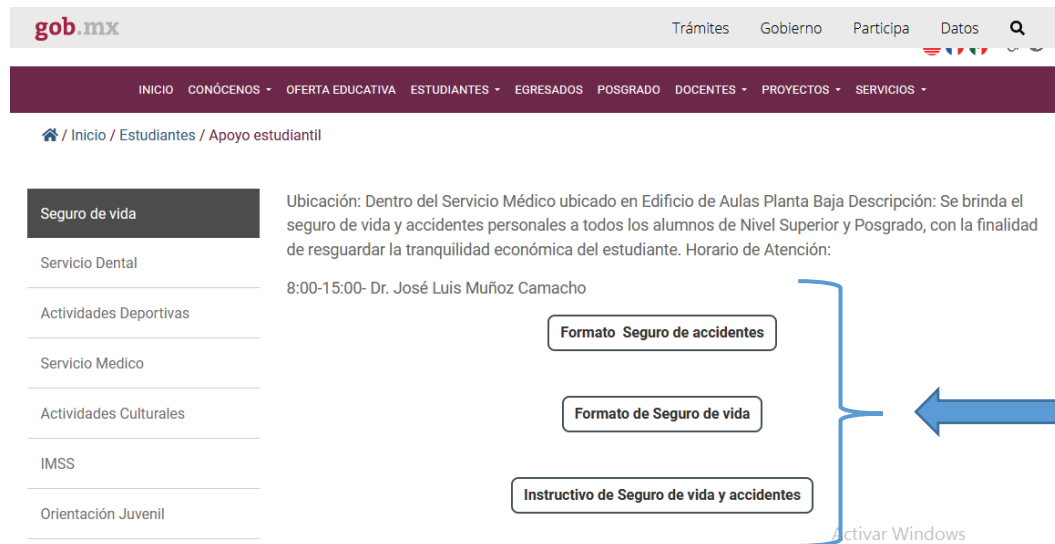
Una vez que hayas ingresado se desplegará la página principal de la escuela



Paso N° 2: Dar clic en el apartado de **ESTUDIANTES** en cual se desplegarán las siguientes opciones y posteriormente vas a seleccionar la opción de **“Apoyo Estudiantil”**



Una vez que hayas ingresado se desplegará el siguiente menú en donde se encontrarán los enlaces para que puedas descargar los formatos de seguro de vida, accidentes y el instructivo de llenado en el cual se detallará de manera clara y precisa como deben llenarse dichos seguros.





Paso N° 3: Dar clic en el enlace de **Seguro de vida**, descargarlo y posteriormente imprimirlo para llenarlo como indica el instructivo.

IMPORTANTE: La impresión debe ser en una sola hoja por ambos lados.

A continuación, se muestra el formato de **SEGURO DE VIDA** por ambas caras.

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.

Folio
Consentimiento Individual
Póliza: 12 1350 01

CONTRATANTE: INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

ASEGURADO: _____

R.F.C. _____ Fecha Nacimiento _____ CURP _____

Correo electrónico: _____ Teléfono _____

Domicilio: Calle y No. _____ Col. o Pob _____

Del. o Mpio. _____ Estado _____ C. p. _____

SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la carátula de la póliza y certificado correspondiente.	\$100,000.00 Básica	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Apellidos Paterno/Materno/ Nombres		

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.

Anverso Seguro de Vida

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.

Lugar y Fecha

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.

Reverso Seguro de Vida



Paso N° 4: Dar clic en el enlace de **Seguro de Accidentes**, descargarlo y posteriormente imprimirlo para llenarlo como indica el instructivo.

IMPORTANTE: La impresión debe ser en una sola hoja por ambos lados.

A continuación, se muestra el formato de **SEGURO DE ACCIDENTES** personales por ambas caras.

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.

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, 8° Piso, 06007, Ciudad de México, Tel.: 5130-2800 latinoseguros.com.mx

Nombre completo del Contratante

Datos de la póliza

Número de póliza anterior: _____ Número Póliza: _____ Número Certificado: _____ Número de Filial: _____

Datos del Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s): _____ Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Calle: _____ Número (Exterior e Interior): _____ Colonia: _____ Código Postal: _____

Delegación o Municipio: _____ Ciudad o Población: _____ Entidad Federativa: _____

Sueldo Mensual: _____ Ocupación: _____ Categoría dentro de la misma: _____

Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? SI No En caso de respuesta negativa indicar causa: _____

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	Revocable <input type="checkbox"/>	Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/>	Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/>	Irrevocable <input 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

Anverso Seguro de Accidentes

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 número 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, 8° 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 esta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes puedan 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 este documento.

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

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 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/C/CONDUSEF-001030-01.

Reverso Seguro de Accidentes

Paso N° 6: Dar clic en el enlace de **Instructivo de seguro de vida y accidentes** para poder descargarlo; no es necesario imprimirlo ya que solo es una guía visual para el llenado de ambos formatos.

A continuación, se detalla dicha guía.

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 liquido o de cinta.**
- ✚ Los datos marcados en **ROJO** en los ejemplos de llenado son espacios que **NO deberás llenar**, por lo cual se quedarán en **BLANCO**, es decir no escribirás nada en ellos.
- ✚ Los beneficiarios de tu seguro podrán ser **directos** como: **MAMÁ, PAPÁ, HIJOS, ESPOSO o ESPOSA, (de manera legal)** respectivamente; o **indirectos** como: **HERMANOS, TIOS, ABUELOS, TUTORES, ALGUN OTRO FAMILIAR O AMIGO.**
- ✚ En el caso de los beneficiarios **INDIRECTOS** la aseguradora realizara una deducción del 20 % de ISR sobre el porcentaje designado **a cada beneficiario indirecto.**
- ✚ 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 (EDOMEX), deberás colocar la dirección que se encuentra actualmente en tu INE.
- ✚ 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 reverso de ambas hojas en el apartado de **“lugar y fecha”** deberás colocar **Ciudad de México y la fecha en la que iniciaste tú carrera de acuerdo al calendario oficial IPN.**
- ✚ Las fechas que se colocan en los siguientes formatos **son un ejemplo** de cómo debe de llenarse, dependiendo del año y mes de ingreso a tu carrera deberás colocar la que te corresponde.
- ✚ Una vez llenados de manera adecuada tendrás que **guardar el documento original** ya que deberás presentarlo **para revisión y entrega** en la escuela cuando se te solicite (las fechas se publicaran en la página oficial de la ESIA Ticomán).
- ✚ Si tienes dudas con el llenado de tus formatos puedes acudir al servicio médico en el turno matutino en un horario de 7:30-14:20 hrs o comunicarte al siguiente número 55 57 29 60 00 / 55 57 29 63 00 extensión **56024.**

¡RECUERDA!

Los formatos a continuación son una **guía y ejemplo** de llenado de ambos formatos, las fechas que se colocan son para los alumnos que ingresan en el ciclo escolar 2024/1 **exclusivamente**.

Deberás colocar la fecha de acuerdo al mes y año en el que ingresaste a tu carrera.



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.



Folio
Consentimiento Individual
Póliza: 12 1350 01

CONTRATANTE: INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL		
ASEGURADO: Torres Alcántara Sonia María		
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 ASEGURADA Y COBERTURAS		
La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la carátula de la póliza y certificado correspondiente.		\$100,000.00 Básica
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Apellidos Paterno/Materno/Nombres		
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 la ESIA
Ticomán)

28/ agosto/ 2023
Ciudad de México

Coloca aquí tu firma

Torres Alcántara Sonia María

Lugar y Fecha

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.



CONSENTIMIENTO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO
 Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
 8º Piso, 06007, Ciudad de México, Tel.: 5130-2800
 latinoseguros.com.mx

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 POLITÉCNICO NACIONAL					
No contestar esta sección					
Datos del Asegurado					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		Sonia Maria Torres Alcantara		Masculino () Femenino (x)	
25/ Mayo/2001		sonia25@hotmail.com		0445568956325	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono	
Democracia 72		Edificio J, Depto. 265		Las Margaritas 05699	
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia	
Gustavo A Madero		Ciudad de México		Ciudad de México	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
No contestar		Estudiante		No contestar	
Sueldo Mensual		Ocupación		Categoría dentro de la misma	
Durante los últimos 12 meses ¿ha trabajado en forma activa? SI. NO. En caso de respuesta negativa indicar causa: _____ desde: _____					
Suma Asegurada o monto a pagar en caso de siniestro: _____					
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. de Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes 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	Revocable() Irrevocable(x)
María Teresa Alcántara Rodríguez	Democracia 72, Edificio J, Depto. 265 CP 05699, Del. Gustavo A Madero Ciudad de México	50%	05/06/1963	madre	Revocable() Irrevocable(x)
Pedro Torres Jiménez	Democracia 72, Edificio J, Depto. 265 CP 05699, Del. Gustavo A Madero Ciudad de México	50%	15/09/1960	padre	Revocable() Irrevocable(x)
					Revocable Irrevocable
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
<p>Importante</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					

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 está 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 consultarla 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, SA, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si () No (x)

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.

28/ agosto/ 2023

Ciudad de México

Sonia Maria Torres Alcantara

Coloca aquí tu firma

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado