

Llenado de Pólizas de Seguro de vida y Seguro de accidentes

UPIITA IPN

REQUISITO INDISPENSABLE PARA TU INSCRIPCIÓN

Seguro de Accidentes Colectivo y Seguro de Vida Patrimonial

Al ser estudiante del IPN, eres beneficiario de un Seguro de accidentes y un Seguro de vida que cubre toda tu estancia alrededor de tu Carrera en la UPIITA

Para nosotros, es importante que cuentes con tus pólizas.

CADA SEMESTRE DEBERÁS PRESENTARLAS DE MANERA DIGITAL Ó UNA COPIA EN EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES (Recuerda que es un requisito para tu inscripción)



Llenado de pólizas

Para el correcto llenado de las pólizas, se debe realizar **a computadora** desde el navegador **o** desde un **editor de PDF**.

También es posible realizarse por medio de tu celular desde el navegador



Descarga de pólizas

Para descargar los formatos de pólizas, ingresa desde tu navegador a la página <https://www.upiita.ipn.mx/>

Da click en la sección de estudiantes, y después en la sección de servicios estudiantiles.

The screenshot shows the website interface for UPIITA (Unidad Profesional Interdisciplinaria en Ingeniería y Tecnologías Avanzadas). At the top, there is a dark green header with the Mexican Government logo and the text 'GOBIERNO DE MÉXICO'. To the right of the header are links for 'Registro para vacunación', 'Información sobre COVID-19', 'Trámites', and 'Gobierno'. Below this, there are links for 'DIRECTORIO', 'CORREO ELECTRÓNICO', 'MAPA DEL SITIO', and 'CALENDARIO'. The main navigation bar includes 'Inicio', 'Conócenos', 'Oferta Educativa', 'Estudiantes', 'Posgrado', 'Egresados', 'Docentes', 'Personal', and 'Transparencia'. The 'Estudiantes' menu is open, showing options like 'Extensión y Apoyos Educativos', 'Servicios Estudiantiles', 'Gestión Escolar', 'UPIS', 'CELEX', 'Programa Institucional de Tutorías', 'Horarios', 'Red de género', 'Lineamientos y reglamentos', and 'Biblioteca'. The 'Servicios Estudiantiles' option is highlighted with a red box. The background features a banner with the text 'Pro... per... cid...' and 'Comisión Escolar, ... - Diciembre 2023' and 'Digitalización de Document...'. The URL 'https://www.upiita.ipn.mx/estudiantes/servicios-estudiantiles' is visible at the bottom left.



GOBIERNO DE
MÉXICO

Registro para vacunación

Información sobre COVID-19

Trámites

Gobierno



Inicio Conócenos ▾ Oferta Educativa ▾ Estudiantes ▾ Posgrado ▾ Egresados ▾ Docentes ▾ Personal ▾ Transparencia ▾

Innovación Educativa ▾

Unidad Profesional Interdisciplinaria en Ingeniería y Tecnologías Avanzadas

FORMATO DE PÓLIZAS

Importante entregarlas para tu inscripción, viaje de práctica y servicio social. **(Se requiere en original y copia)**

Seguro de Vida

Seguro de Accidentes

Descarga de pólizas

Una vez en la sección de Servicios estudiantiles, **desplazate** hacia **abajo**, en donde encontrarás ambos formatos de pólizas

Seguro de vida



Folio
 Consentimiento Individual
 Póliza: **Verifica que en la casilla, el numero de póliza se encuentre vacío**

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: **Indica tu nombre empezando por apellidos**

R.F.C. **Indica tu CURP** Fecha Nacimiento **En formato numero DD/MM/AAA** CURP **Indica tu CURP**

Correo electrónico: **Correo de un familiar** Teléfono **Tel. de un familiar**

Domicilio: Calle y No. **Indicar Completo** Col. o Pob **Indicar completo**

Del. o Mpio. **Indicar completo** Estado **Indicar completo** C. p. **Indicar completo**

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		

Colocar únicamente beneficiaros mayores de edad.	Únicamente con relacion directa	Colocar únicamente porcentajes enteros sin decimales
Nombres empezando por apellidos		
Llenar desde primer renglón		

En caso de no tener, **coloca** los **primeros 10** dígitos de tu **CURP**

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.

Colocar a computadora lugar, **CDMX** y fecha en **DD/MM/AAAA**

Lugar y Fecha

El sello se coloca en la unidad académica

Sello de Recepción

Colocar **nombre completo a computadora** empezando **por apellidos**, y firmar con **tinta azul**

Nombre y Firma del Asegurado

Ejemplo de Seguro de vida



Folio
Consentimiento Individual
Póliza:

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: Parker Cruz Peter

R.F.C. PACP040919 Fecha Nacimiento 03/07/1987 CURP PACP040919HDFRRE02

Correo electrónico: spiderman23@gmail.com Teléfono 556563250

Domicilio: Calle y No. Latacunga, N°1720 Col. o Pob Lindavista Sur

Del. o Mpio. Alcaldía Xochimilco Estado CDMX C. p. 07340

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 Apellidos Paterno/Materno/ Nombres	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Parker Vilchis Pedro	Padre	50%
Cruz Rivero Juana	Madre	50%

Ejemplo de 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 lo 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.

CDMX, 04/10/2023

Lugar y Fecha

Sello de Recepción

Parker Cruz Peter

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.

Seguro de accidentes colectivo



CONSENTIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° 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.

Verificar que esta sección se encuentre vacía

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)	Colocar nombre completo iniciando por Apellidos		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
DD/MM/AAA	Correo electrónico de un familiar	Tel. de un familiar	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Correo electrónico	Teléfono	
Indicar Completo	Indicar Completo	Indicar Completo	Indicar Completo
Calle	Número (Exterior e Interior)	Colonia	Código Postal
Indicar Completo	Indicar Completo	Indicar Completo	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
No llenar esta sección	Estudiante	No llenar esta sección	
Sueldo Mensual			
Ocupación			
Categoría dentro de la misma			
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa			
Causa: No llenar esta sección hasta			
Suma Asegurada o regla para determinarla			
Datos de los Beneficiarios			

Seguro de accidentes colectivo

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.

Marcar
IRREVOCABLE
solo en la
casilla del
beneficiario

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
Indicar nombre completo empezando por Apellidos	Indicar domicilio completo Calle, No., Col, Estado y CP	Colocar únicamente porcentajes enteros sin decimales	Colocar únicamente beneficiarios mayores de edad	Únicamente con relación directa	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? **No llenar esta sección?**

importante

Seguro de accidentes colectivo

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

No llenar esta sección

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.

Colocar a computadora
lugar, CDMX y fecha en
DD/MM/AAAA

Lugar y fecha

Indicar nombre completo a
computadora empezando
por Apellidos

Nombre del Asegurado

**Firmar con tinta
azul**

Firma del Asegurado

Ejemplo seguro de accidentes colectivo



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

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° 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			
Datos de la póliza			
Número de póliza anterior	Número Póliza	Número Certificado	Número de Filial
Datos del Asegurado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)	Parker Cruz Peter	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
19/09/2004	spiderman23@gmail.com	5565963250	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Correo electrónico	Teléfono	
Latacunga	N°1720	Lindavista Sur	07340
Calle	Número (Exterior e Interior)	Colonia	Código Postal
Alcaldía Xochimilco	CDMX	CDMX	CDMX
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
	Estudiante		
Sueldo Mensual	Ocupación	Categoría dentro de la misma	
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de respuesta negativa indicar causa	
Causa:	Periodo: desde	hasta	
Suma Asegurada o regla para determinarla:			
Datos de los Beneficiarios			

Ejemplo seguro de accidentes colectivo

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	
Parker Vilchis Pedro	Calle Rivera, S/N, Col. Bonfil, Alcaldía Azcapotzalco, CDMX, C.P. 42905	50%	14/03/1958	Padre	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Cruz Rivero Juana	Calle Rivera, S/N, Col. Bonfil, Alcaldía Azcapotzalco, CDMX, C.P. 42905	50%	28/03/1960	Madre	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?

Ejemplo seguro de accidentes colectivo

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.

CDMX 04/10/2023

Lugar y fecha

Parker Cruz Peter

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado



Firma de pólizas

Una vez que hayas llenado **correctamente** tus pólizas, imprime **dos** juegos de **cada una**, en **una sola cara**.

NO IMPRIMIR A DOBLE CARA

Una vez que hayas impreso 2 juegos de cada póliza, **firma** correctamente con **tinta azul** **cada** juego de pólizas en donde se indica

Recuerda llenar correctamente tus pólizas, así como entregarlas en el departamento de Servicios Estudiantiles en tiempo y forma.

Consérvalas en buen estado y **guárdalas** en un lugar adecuado.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN!