AFILIACIÓN DE DERECHOHABIENCIA IMSS

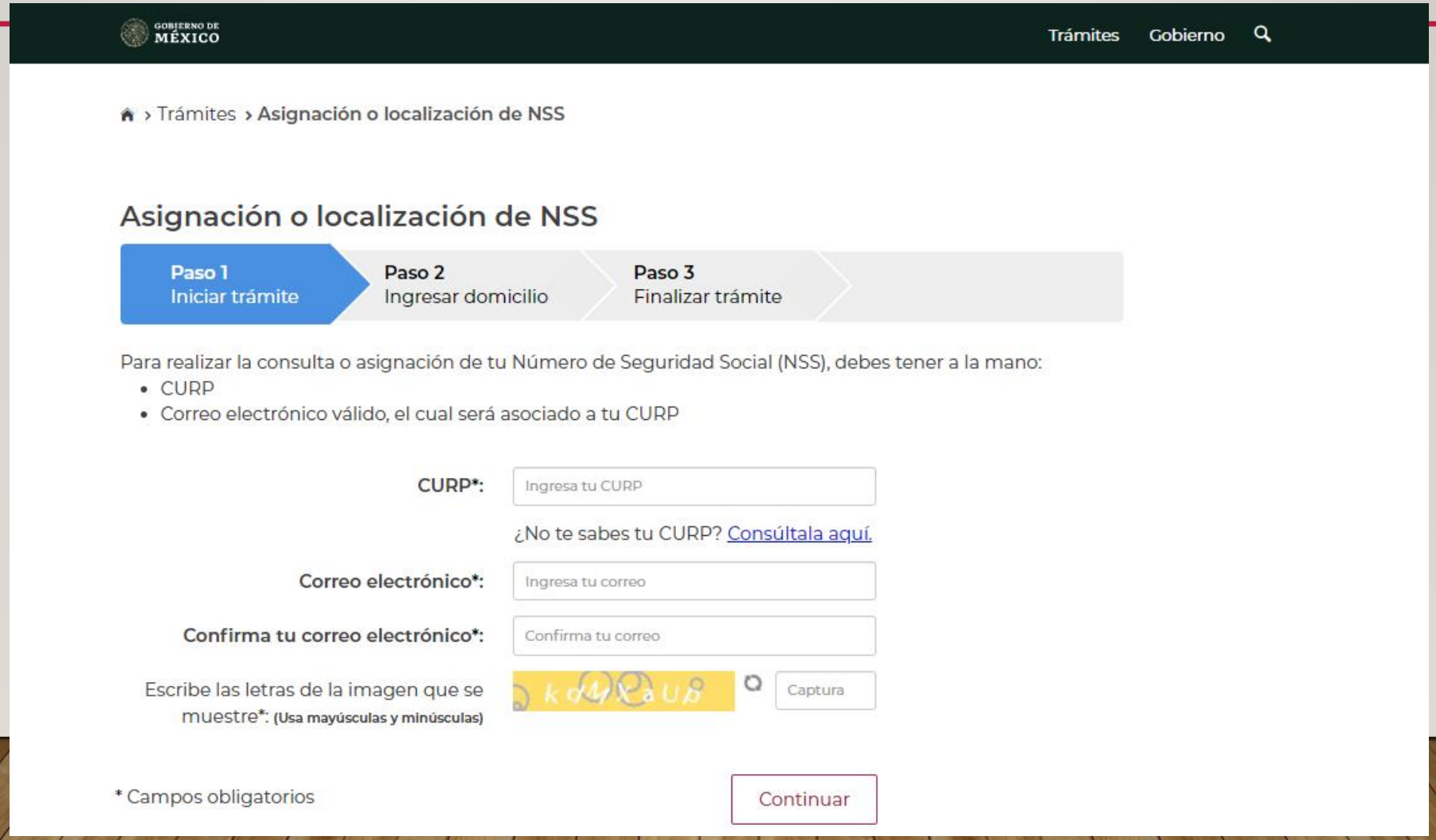
SERVICIO MÉDICO

PROCESO DE ADSCRIPCIÓN AL IMSS

1. OBTENER NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS) Gestión de asegurados (imss.gob.mx)
2. ALUMNOS DE NUEVO INGRESO OBLIGATORIO DAR DE ALTA EN SISMI IPN https://sismi.dse.ipn.mx
3. TRAMITAR CARNET DEL IMSS EN CLÍNICA CORRESPONDIENTE

- ¿CUÁL ES MI NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (NSS)?
  - Éste número es dado directamente por el IMSS – IPN, proporcionado cuando se dan de alta en el sismi.ipn de igual manera su clínica y puede ser tramitado desde internet en su página, dando como ejemplo las siguientes diapositivas

SI NO SABES TU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, INGRESA A:
HTTPS://SERVICIOSDIGITALES.IMSS.GOB.MX/GESTIONASEGURADOS-WEB-EXTERNO/ASIGNACIONNSS
Y COMPLETA EL FORMULARIO



Asignación o localización de NSS

Paso 1 Iniciar trámite | **Paso 2** Ingresar domicilio | **Paso 3** Finalizar trámite

Para realizar la consulta o asignación de tu Número de Seguridad Social (NSS), debes tener a la mano:

- CURP
- Correo electrónico válido, el cual será asociado a tu CURP

Para continuar con su trámite le hemos enviado una liga de confirmación a su correo electrónico.

CURP*: PAR[redacted]

¿No te sabes tu CURP? Consúltala aquí.

Correo electrónico*: dr.dprab@gmail.com

Confirma tu correo electrónico*: dr.dprab@gmail.com

Escribe las letras de la imagen que se muestre*: **(Usa mayúsculas y minúsculas)**

Captura

* Campos obligatorios

Continuar

Gestión de asegurados | Gestión de asegurados | Recibidos (647) - dr.dprab@gmai

mail.google.com/mail/u/0/#inbox

Gmail

Buscar en el correo electrónico

Redactar

Recibidos 647
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 21
[Imap]/Sent
Más

1–50 de 1,065

Principal | Social | Promociones 17 nuevas
Domino's Pizza, Beyond Grünen...

Google	**Alerta de seguridad** - Un nuevo acceso en el dispositivo Windows dr.dprab@gmail.com Detectamos ...	16:58
serviciosdigitales	**Servicio Digital: Solicitud de Asignación o Localización de NSS** - gob.mx Servicio Digital: Solicitud d...	16:56
Uber Eats	**Una oferta deliciosa para tu próxima comida.** - Prepárate para disfrutar de estos ahorros. Uber Eats ...	08:14
Uber Eats	**Date un gusto y pide algo delicioso hoy.** - Disfruta de tus platos favoritos en casa. Uber Eats https://...	01:34
The Google team	Jorge David, para dar el siguiente paso en tu Windows, confirma la configuración de tu Cuenta de Go...	16 mar
Google	**Alerta de seguridad** - Un nuevo acceso en el dispositivo Windows d... Revisar actividad	
Uber	**Conoce nuestras políticas de cancelación** - Conoce nuestras políticas de cancelación Hola Jorge D	
Salud Mental Colima	Tamizaje de salud mental - Buenos días, por este medio hago llegar los resultados de su tamizaje en... dr.dprab@gmail...	16 mar
Uber	**Funciones de seguridad a tu lado en cada viaje** - La app de Uber cuenta con funciones de seguridad ...	15 mar
Uber Eats	**Disfruta de platos de todo el mundo en tu casa** - Pide lo que quieras. Echa un vistazo a estos restaur...	14 mar
PDF By Rosita DH	"TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA Editorial Alfil" by Rosita DH - You read the paper Archundia Garc...	13 mar

Marcar como leído

Servicio Digital: Solicitud de Asignación o Localización de NSS - dr.dprab@gmail.com - Gmail - Google Chrome

mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&view=btop&ver=ops2cvpehp6&search=inbox&th=%23thread-f%3A1727680160573856063&cvid=2

Servicio Digital: Solicitud de Asignación o Localización de NSS

A 18/03/2022

Estimado(a) Asegurado(a):

Hemos recibido una solicitud de Asignación o L
de Seguridad Social.

Se ha detectado que el correo electrónico que estás ingres do no está confirmado, requerimos que accedas a la siguie liga para confirmar tu correo electrónico: Solicitud de Asignación o Localización de NSS

Dar "click" en el enlace

Si no solicitaste esto, ignora este correo electrónico.

Esta dirección de correo electrónico no puede recibir respuestas

AVISO DE PRIVACIDAD: *Los datos personales recabados serán protegidos, tratados e incorporados en el sistema de datos personales denominado Catálogo Nacional de*

Escribe aquí para buscar

05:03 p. m.
18/03/2022

› Trámites › Asignación o localización de NSS

Asignación o localización de NSS

Bienvenido:
PARJ[redacted]
JORGE DAVID [redacted]

Salir

Paso 1 Iniciar trámite

Paso 2 Finalizar trámite

Tu NSS es: 92[redacted]

Documentos

Tu Número de Seguridad Social (NSS) ha

ÉSTE ES TU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

Folio	Fecha				
164764465503367692835 4	18/03/2				
164764465503367692835 4	18/03/2022	Tarjeta de Número de Seguridad Social			

Finalizar trámite

SEGURO FACULTATIVO PARA ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO

¿Tienes servicio médico?

SÍ

EN CASO DE CONTAR CON IMSS, PEMEX, SEDENA, MARINA, BANCARIOS U OTROS

Ya sea por parte de tus padres o por el trabajo, el servicio médico que otorga el IPN queda sin efecto.

SI DEJAS DE TRABAJAR O DE TENER OTRO SERVICIO MÉDICO

Deberás dar aviso al Departamento de Servicios Estudiantiles o servicio médico de tu escuela para que realicen la activación de tu Número de Seguridad Social (NSS).

SI CUENTAS CON NSS

Descargar de la aplicación **IMSS DIGITAL**, la constancia de vigencia de derechos y corroborar que en la parte de "**Con derecho a servicio médico**" diga **SI** y si se encuentra vigente, de lo contrario acudir al servicio médico de tu escuela.

NO

IMSS DIGITAL

OBTÉN TU NSS EN LA PÁGINA IMSS DIGITAL

En caso de algún error acudir a la subdelegación más cercana.

SISMI

REGÍSTRATE EN EL SISMI (SISTEMA INSTITUCIONAL DE SERVICIO MÉDICO INTEGRAL)
www.sismi.dse.ipn.mx

TRAMITA TU CARNET ACUDIENDO A TU UMF O CLÍNICA MÁS CERCANA

Para así, concluir el trámite de alta al IMSS con los siguientes requisitos:

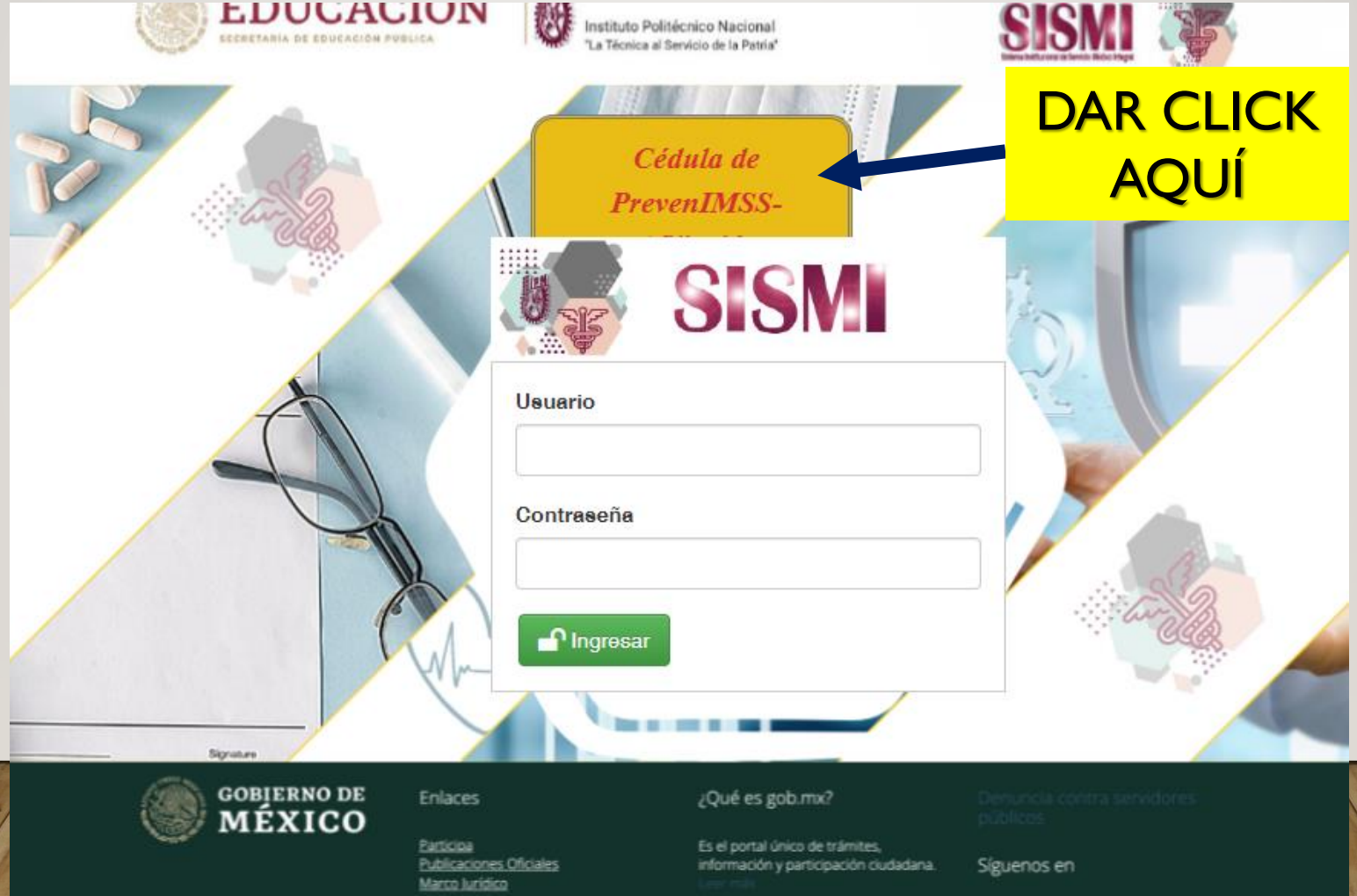
- Número de Seguridad Social
- Comprobante de domicilio *(recibo de agua, predial, teléfono fijo)*
- Credencial del IPN con fotografía
- 2 fotografías tamaño infantil

FIN

IMPORTANTE:

- Ten siempre a la mano tu Número de Seguridad Social.
- Es indispensable estar afiliado para poder asistir a prácticas escolares y/o actividades deportivas.
- En caso de emergencia acude al Servicio de Urgencias de la Clínica o UMF que te corresponda y proporciona tu Número de Seguridad Social.

PROCESO **“SISMI IPN”** HTTPS://SISMI.DSE.IPN.MX -AQUÍ TE ENLAZA PARA LOCALIZAR TU NSS Y NÚMERO DE CLÍNICA DEL IMSS CORRESPONDIENTE



SEGUIR LAS INSTRUCCIONES Y LLENAR LOS CAMPOS SOLICITADOS SIN ERRORES, CORROBORANDO LA INFORMACIÓN ANTES DE GUARDAR

SISMI

Salir

Estimado Alumno Politécnico

Como complemento a tu proceso de inscripción la **Dirección de Apoyos a Estudiantes gestionará tu afiliación al seguro de salud facultativo IMSS**, para lo que es necesario que realices el llenado de este formulario con información verídica, ya que será utilizada para realizar el trámite correspondiente.

Recuerda que es obligatorio que proporciones tu Número de Seguridad Social (NSS) personal y clínica que te corresponde de acuerdo a tu domicilio actual, de lo contrario **NO será posible afiliarte al IMSS** y gozar de los servicios de salud que te brindan, **en caso de requerir atención de urgencia deberías cubrir los gastos correspondientes.**

Es indispensable estar afiliado para poder asistir a prácticas escolares y/o actividades deportivas.

Esta es una actividad conjunta del Departamento de Promoción y Prestaciones y el Departamento de Atención a la Salud derivada del **programa interinstitucional PrevenIMSS.**

Una vez capturados los datos debes **guardar** primeramente la información, enseguida **imprimir la cédula** y presentar este documento en el servicio médico de tu unidad académica de ingreso el día que te sea indicado para realizar la **actividad PrevenIMSS.**

Cédula Afiliación-PrevenIMSS

Guardar | Buscar

CURP | Boleta | Nivel Académico: -----Selecciona el Nivel----- | Unidad académica de nuevo ingreso: -Selecciona unidad académica- | Modalidad: -Selecciona Modalidad-- | Carrera: -Selecciona la carrera-

Consultar en

1er. Apellido | . Apellido | Nombre (s) Sin abreviaturas

Fecha nacimie | C.P. actual | Estado: -----Selecc

Colonia | Núm.. Exterior | Núm. Interior

Número de se | Clínica: --Selecciona la Clínica--

Si por alguna ... delegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones adr

¿Actualmente

Osi ONo

ELEGIR LA CLÍNICA MÁS CERCANA AL DOMICILIO PROPORCIONADO EN ÉSTE FORMULARIO

IMPORTANTE: COLOCAR DIRECCIÓN ACTUAL.
EN CASO DE TENER DOMICILIO FORÁNEO, COLOCAR LA DIRECCIÓN DONDE SE VA A HABITAR MIENTRAS ESTUDIAS

Videos IPN

IPN Uso correcto del cubrebocas

IPN Lavado de Carete

Videos PrevenIMSS

PrevenIMSS Alimentación Correcta

PrevenIMSS Actividad Física

DOCUMENTOS PARA ENTREGAR EN SERVICIO MÉDICO

1. IMPRESIÓN DE PRECÉDULA (**SISMI**) AL REGISTRAR TUS DATOS COMPLETOS EN EL SISMI.
2. COPIA DE CARNET DEL **IMSS** (HOJA DE DATOS CON FOTO SELLADA) SI TIENES
3. SEGURO DE **VIDA GRUPO** (ANVERSO Y REVERSO) EN UNA SOLO HOJA, AL IMPRIMIR TU PRECEDULA IMSS SE IMPRIMEN ESTOS SEGUROS YA CON TUS DATOS.
4. SEGURO DE **ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO** (ANVERSO Y REVERSO EN UNA SOLO HOJA), TAMBIEN SE IMPRIMEN AL FINAL DE LLENAR DATOS EN EL SISMI.
5. **TU HISTORIA CLÍNICA** (ANVERSO Y REVERSO EN UNA SOLO HOJA) LA OBTIENES DE LA PAGINA DEL CECYT 6 EN EL RUBRO SERVICIO MEDICO.

- ESTOS FORMATOS 3, 4 Y 5, TAMBIEN SE ENCUENTRAN EN LA PAGINA DEL CECyT 6, Y EN LA PAPELERIA DEL PLANTEL PARA QUE SAQUEN COPIAS.

- TAMBIEN PUEDES ACCEDER PARA OBTENER LOS FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA Y SEGUROS DE VIDA, INGRESANDO EN LA PÁGINA DE CECyT 6 › ESTUDIANTES › APOYO ESTUDIANTIL › SERVICIO MÉDICO.
- LOS FORMATOS SE LLENAN A MANO, CON LETRA MOLDE, LEGIBLE Y TINTA AZUL

- Apoyo estudiantil
- Biblioteca
- Bolsa de Trabajo
- Servicio Social
- Trámites Escolares
- Plan Virtual de Continuidad Académica
- Egresados

Apoyo estudiantil

UDIBI USEIC Transferon

Avisos Importantes

mar 07

Comunicado

Respecto al 08 y 09 de marzo

mar 1

Horarios y atención a padres

De las unidades de aprendizaje del área básica

ene 31

niso de corresponsabilidad

Descarga la CARTA COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD

ene 29

Correos de contacto de profesores

Correos de contacto de profesores

Consulta tu grupo y

Comunicado

Terna para Dirección

Becas
Tutorías
Actividades Deportivas
Cultural
Servicio Médico
Cenlex
Atención Especializada

Seguros e Historia Clínica

- Seguro de Accidentes Personales Colectivo
- Seguro de Vida Grupo
- Historia Clínica del Adolescente - ANVERSO
- Historia Clínica del Adolescente - REVERSO

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CECyT "6" MIGUEL OTHON DE MENDIZABAL
SERVICIO MEDICO
HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE (Para ser llenado por el padre o tutor)

FECHA DE ELABORACION: D D M M A A A A

I. FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL ALUMNO: APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

FOTO

CURP: NSS:
EDAD: AÑOS MESES SEXO: HOMBRE MUJER EDO. CIVIL: SOLT CAS UL SEP OTRO FECHA DE NACIMIENTO: D D M M A A A A
BOLETA: GRUPO: Email:
DOMICILIO:
LOCALIDAD: COD. POSTAL: TEL. CASA:
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:
TEL. EN CASO DE URGENCIA DEL PADRE O TUTOR:
FIRMA DEL PADRE O

Se llena con ayuda de la madre, padre o tutor

DIABETES: SI NO NO SE ALERGIAS: SI NO NO SE
PROBLEMAS PSICOLOGICOS:
EPILEPSIA: SI NO NO SE

ORIGINARIO DE: AÑOS: SI NO AÑOS
VIVIENDA: PROPIA RENTADA
VIVE CON: SOLO PADRES ABUELOS OTRO SI NO HRS POR SEM HRS POR DIA HRS POR DIA
ALIMENTACION: COMIDAS/DIA SUEÑO NORMAL: SI NO HORAS HIGIENE DENTAL: VECES AL DIA BAÑO PERSONAL DIARIO: SI NO

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS (Del alumno)

PROBLEMAS PERINATALES: SI NO NO SE CRECIMIENTO NORMAL: SI NO NO SE VACUNAS COMPLETAS: SI NO NO SE DISCAPACIDAD: SI NO NO SE DE QUE TIPO:
HAS PADECIDO ESTAS ENFERMEDADES: SARAMPION: SI NO NO SE RUBEOLA: SI NO NO SE VARICELA: SI NO NO SE INFLUENZA: SI NO NO SE OTRA: ESPECIFIQUE:
ALERGIAS: SI NO NO SE ESPECIFIQUE: ACCIDENTES: SI NO NO SE ESPECIFIQUE:
CIRUGIAS: SI NO NO SE ESPECIFIQUE: PROBLEMAS PSICOLOGICOS: SI NO NO SE QUE TIPO:
USAS LENTES: SI NO PORQUE MOTIVO: ESPECIFIQUE HA RECIBIDO TRANSFUSIONES: SI NO NO SE PORQUE MOTIVO: ESPECIFIQUE
TRANSFUSIONES: SI NO NO SE ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS: SI NO NO SE ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS: SI NO NO SE FRACTURAS: SI NO NO SE QUE PARTE DEL CUERPO:
ENFERMEDADES CRONICAS: SI NO NO SE ESPECIFIQUE: TOMA MEDICAMENTOS: SI NO NO SE CUALES
SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD - ANEXE COPIA DE REPORTE MEDICO

V. ANTECEDENTES UROGENITALES (Del alumno)

PRIMERA MENSTRUACION: AÑOS FECHA ULTIMA MENSTRUACION: D D M M A A CICLOS REGULARES: SI NO DISMENORREA (COLICO): SI NO
INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA: SI NO A QUE EDAD USO DE MET. ANTICONCEPTIVO: CONDON PILDORA INYECTABLE IMPLANTE RITMO DIU OTRO USO DE PILDORA DE EMERGENCIA: SI NO

ELABORÓ: DRA. LOURDES CHIÑAS LOPEZ ANVERSO

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
CECyT "6" MIGUEL OTHON DE MENDIZABAL
SERVICIO MEDICO
HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE (Para ser llenado por Servicio Médico)

FECHA DE ELABORACION: D D M M A A A A

VI. EXPLORACION FISICA (Para ser llenado por Servicio Médico)

INSPECCION GENERAL
ACTITUD: NORMAL ANORMAL FACIES: NORMAL ANORMAL MARCHA: NORMAL ANORMAL PIEL Y FANERAS: NORMAL ANORMAL OTROS:

SOMATOMETRIA
PESO: (Kg) RESULTADO DEL IMC:
T/A: / normal
NOMBRE, FIRMA Y CEDULA DE ... grado 1 ... grado 2 ... obesidad o grado 3

Será llenado por un médico

SALUD VISUAL
AGUDEZA VISUAL A LOS 3 METROS: OJO DERECHO: / OJO IZQUIERDO: / NORMAL ANORMAL ESPECIFIQUE:
RECOMENDACIONES:

SALUD DENTAL (Para ser llenado por Servicio Odontológico)

VESTIBULAR
DERECHA
VESTIBULAR

MARQUE CON "X" EL ORGANO FALTANTE
COLOREE CON COLOR AZUL LA CARA DEL ORGANO QUE PRESENTE CARIES:
COLOREE CON COLOR ROJO LA CARA DEL ORGANO QUE PRESENTE OBTURACION:
ODONTOLOGO

Será llenado por un odontólogo

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales SEAM (Sistema Escolar de Administración Médica): con fundamento en los artículos 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y las Normas NOM-009-SSA2-1993, NOM-015-SSA2-1994 y NOM-017-SSA2-1994, pertenecientes al Reglamento de Salud; así como también Art. 20 y 21 de las LFTAIPG (Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental), Art. Décimo sexto, Décimo séptimo, Vigésimo séptimo, Vigésimo octavo, Trigésimo, Trigésimo primero, Trigésimo segundo, Trigésimo tercero de los lineamientos de Protección de datos personales, el Reglamento Interno del Instituto Politécnico Nacional, el Reglamento de Estudios Escolarizados, para los niveles Media Superior y Superior del Instituto Politécnico Nacional y cuyo objetivo es contar con los datos personales del alumno para control y seguimiento del Servicio de Salud, mismos que fueron registrados en el listado de Sistemas de Datos Personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifai.org.mx) y que podrán ser transmitidos a autoridades del CECyT 6 "Miguel Othon de Mendizabal", a la Dirección de Administración Escolar, a la Dirección de Educación Media Superior, a la Dirección de Egresados y Servicio Social, a la Dirección de Servicios Estudiantiles con la finalidad del manejo de Estadísticas como El Reporte Epidemiológico, Obesidad y otras transmisiones establecidas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de Datos Personales es el Departamento de Servicio Médico del CECyT 6 "Miguel Othon de Mendizabal" y el domicilio donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección (Área del Servicio. Lo anterior se informa en cumplimiento del Art. Décimo séptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Septiembre de 2005.

ELABORÓ: DRA. LOURDES CHIÑAS LOPEZ REVERSO

LLENAR CON TINTA AZUL

Aseguradora Patrimonial Vida

Folio
Consentimiento Individual
Póliza: 12 1350 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: _____

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 Apellidos Paterno/Materno/ Nombres	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada

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.

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-S0088-0406-2022.

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.

LLENAR CON TINTA AZUL

La Latino Seguros

zaro Cárdenas 2,
7, Ciudad de
México,
Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

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 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) XXXX XXXX XXXX XXXX Masculino ☐ Femenino ☐

Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Correo electrónico	Teléfono
XX / XX / XXXX	XXXXXXXXXXX@XXXXXXX	XX-XXXX-XXXX

Calle	Número (Exterior e Interior)	Colonia	Código Postal
XXXXXXXXXXXX	XX-X	XXXXXXXXXXXX	XXXXXX

Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

Sueldo Mensual	Ocupación	Categoría dentro de la misma
	ESTUDIANTE	

Durante los últimos [illegible] negativa indicar causa

Causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____

Suma Asegurada [illegible]

LLENAR SOLO LOS CAMPOS QUE ESTÁN MARCADOS CON "X", EN EL RENGLÓN CORRESPONDIENTE, SIN TACHADURAS O ENMENDADURAS

Datos de los Beneficiarios

Advertencia: En el caso de [illegible] mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.
Lo anterior porque las legislaciones [illegible] tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no [illegible] 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 no[illegible] caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de benefi[illegible] derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
					Revocable ☐ Irrevocable ☐
					Revocable ☐ Irrevocable ☐
					Revocable ☐ Irrevocable ☐

MAYORES DE 18 AÑOS

¿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 tambien he consultado en la pagina latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.

0330203-A.2 1

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 articulo 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.

MENORES DE EDAD, REPETIR NOMBRE COMPLETO, NO FIRMAR

CDMX A XX / XX / 2022	XXXX XXXX XXXX XXXX	
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 septiempre de 2016 , con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.

2

PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿QUÉ SON LOS BEFENFICIARIOS?
  - Son la(s) personas que, en caso de ocurrir un accidente donde pierda la vida del asegurado (estudiante), serán acreedoras al monto dado por la aseguradora (indemnización) en el porcentaje designado al final tu nombre completo y la fecha .

ELABORADO POR:

- DRA.LOURDES CHIÑAS LOPEZ TURNO VESPERTINO
- DRA.PATRICIA RUIZ BARRIENTOS TURNO MATUTINO