



ALTA SEGURO MÉDICO IMSS REGISTRO SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES

FORMATOS OBLIGATORIOS DE NUEVO INGRESO

OBTENER NSS (NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL)

WWW.IMSS.GOB.MX/IMSSDIGITAL

DATOS EN CEDULA DE IDENTIFICACIÓN Y OBTENER FORMATOS DE SEGURO DE VIDA Y DE ACCIDENTES

WWW.SISAI.IPN.MX (SISTEMA INFORMATICO DE SALUD INTEGRAL)

HISTORIA CLÍNICA

WWW.CECYT6.IPN.MX (ASPIRANTES-HISTORIA CLÍNICA DEBERÁ SER LLENADO POR TU MÉDICO Y DENTISTA)

LOS FORMATOS SE FIRMAN CON **TINTA AZUL**

TARJETA

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Asignación o Localización de Número de Seguridad Social

Tarjeta de Número de Seguridad Social

Folio de la solicitud: 1581953898272410312562

El Instituto Mexicano del Seguro Social hace constar que se recuperó el siguiente:

DISTRITO FEDERAL

El trabajador se registrará en la U.M.F. asignada, de acuerdo a su domicilio cuando un patrón lo inscriba en el Instituto.

[--Aviso de privacidad--](#)

—Aviso Importante—

SERVICIO MÉDICO Y DENTAL

Instituto Mexicano del Seguro Social



Indicará Nombre Completo

tu Número de Seguridad Social es:

Asociado a la CURP:



Imprime y recorta 

Ahora que cuentas con tu Número de Seguridad Social, no olvides acudir a la AFORE de tu preferencia a registrar tu cuenta individual donde se depositarán tus aportaciones de Ahorro para el Retiro. También puedes hacerlo vía electrónica en: www.consar.gob.mx en la sección "SAR en línea". Recuerda que es un dato que solicitará tu patrón o empresa al momento de contratarte.

SEGURO DE 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 POLITÉCNICO 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 Cobertura 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 262 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-80065-0405-2022.

Información importante:

Quedarán protegidos 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.

SEGURO DE ACCIDENTES



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
latinoaseguros.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) _____ 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				
Causa: _____ Período: desde _____ hasta _____				
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 ☐
				Irrevocable ☐
				Revocable ☐
				Irrevocable ☐
				Revocable ☐
				Irrevocable ☐
¿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 latinoaseguros.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.1833 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoaseguros.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, 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 lícitas, 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 latinoaseguros.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@latinoaseguros.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 latinoaseguros.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 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/CONDUSEF-001030-01.



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE SERVICIOS EDUCATIVOS
DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
DEPARTAMENTO ATENCIÓN A LA SALUD



Cédula de chequeo de PreveniMSS-IPN

ALUMNO: BUSTOS SALVÁN ERICK ROBERTO BUSTOS FECHA NACIMIENTO: 2003/1999 F. CHEQUEO: 21/08/2017
SALVÁN
PLANTEL: ESIME TIC CURP: BUS0305032H2FSL000 BOLETA: PP16032739 NSS: 031-99952005 CLINICA: 5

I. Módulo de Promoción a la Salud

Cartilla Nacional de salud	Tiene cartilla	Si ()	No ()	No lo trae ()	Se le otorga ()
Tema "Alimentación correcta"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Actividad física"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Salud bucal"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Salud sexual y"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()
Tema "Prevención y adicciones"	Sesión o plática	Si ()	No ()	Con audiovisual	Si () No ()

II. Módulo de Evaluación Nutricional

Peso: _____ Talla: _____ Cintura: _____ IMC: _____

Valoración nutricional: Bajo peso () Normal () Sobrepeso () Obesidad () Ac. Fólico: Si () No ()

III. Módulo de Esquema de Vacunación

Toxide TD 1^{ra}: _____ No se aplicó _____ Año: _____ Dosis: _____

IV. Módulo de Prevención y Control de Enfermedades

Cepillo Dental: Si () No () Tableta Reveladora: Si () No () Uso del Hilo Dental: Si () No ()

V. Módulo de Detección de Enfermedades

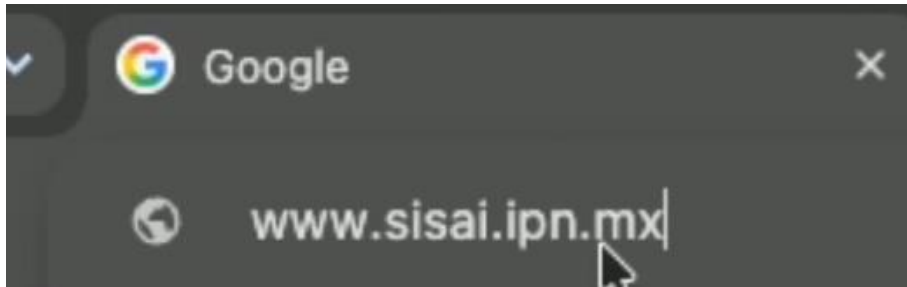
Diabetes _____ Sospecha DM: _____ Hipertensión: _____ Sospecha HAS: _____
Hipercolesterolemia: _____ Sospecha HTC: _____ Triglicéridos: _____ Sospecha TGC: _____
Detección de Agudeza Visual: OD () OI () Normal () Sospechoso () Usa lente ()

VI. Módulo de Salud Sexual y Reproductiva

Entrega de condones: Si () No () Número de condones entregados: _____ Orientación sobre el uso del condón: Si () No ()

Observaciones: NINGUNA

INGRESA A LA PÁGINA:



DA CLICK EN EL RECUADRO NARANJA

A screenshot of a login form titled "INGRESO SISai". It has two input fields labeled "Usuario" and "Contraseña". Below these fields is a dark grey button labeled "INGRESAR". Underneath the "INGRESAR" button is an orange button with the text "¿PRIMER INGRESO? DA CLIC AQUÍ". This orange button is circled in green. At the bottom of the form, there is a link that says "¿Olvidaste tu contraseña? Recuperar contraseña".

USUARIO: CURP
CONTRASEÑA: PRIMER APELLIDO EN
MAYUSCULAS

A screenshot of a login form titled "INGRESA BENEFICIARIOS Y UMF". It has two input fields: "CURP" with the value "GAMA971215HMCRRR06" and "Contraseña" with masked characters ".....". Below the password field is a note in blue text: "*Nota: Tu contraseña es tu primer apellido en MAYÚSCULAS." At the bottom is a dark grey button labeled "INGRESAR" with a mouse cursor hovering over it. Below the button is a link that says "Iniciar sesion Iniciar sesión".

REGISTRO DE BENEFICIARIOS Y UMF

Datos

Dirección

UMF -

Alta de Beneficiarios

Revisión

1) Datos del alumno

Revisa tu información y completa NSS si es necesario.

IMPORTANTE: Verifica que tus datos sean correctos.

Alumno:

ARTURO GARCIA MARTINEZ

CURP:

GAMA971215HMCRRR06

Edad:

28 años

NSS:

94129733732

Debe contener 11 dígitos. Si no lo recuerdas, usa "Consulta tu NSS".

EDITAR NSS

Consulta tu NSS

VERIFICA QUE TÚ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL SEA CORRECTO.

***EN CASO DE NO SABERLO, PUEDES VERIFICAR DANDO CLICK EN "CONSULTA NSS".**

2) Dirección y contacto

VERIFICA QUE TUS DATOS SEAN CORRECTOS

Captura tu domicilio y medios de contacto (si están habilitados).

Calle:

CDA. 103 3 0 I

Número exterior:

3

Colonia:

CARLOS HANK GONZÁLEZ

Código Postal:

55520

Ciudad / Población:

ECATEPEC DE MORELOS

Entidad Federativa:

Estado de México

Telefono celular:

5511905178

Telefono emergencia:

5515413737

3) Selecciona tu Unidad Médico Familiar

Elige la Unidad de Medicina Familiar donde se realizará tu atención.

UMF 67 Santa Clara (Santa Clara)

UMF 65 Rko Hondo (Rko Hondo)

UMF 66 Progreso (Progreso)

UMF 67 Santa Clara (Santa Clara)

UMF 68 Tulpetlac (Tulpetlac)

UMF 69 Texcoco (Texcoco)

HGZ 71 Chalco (Chalco)

**SELECCIONA TU UNIDAD DE MÉDICINA FAMILIAR
(LA MÁS CERCANA A TU CASA)**

4) Agregar beneficiario

Ingresa un CURP válido para precargar datos y completa el resto.

CURP:

MADA620424MDFRML08

Nombre(s):

ALEJANDRA

Primer Apellido:

MARTINEZ

Segundo Apellido:

DAMIAN

Fecha Nacimiento:

24/04/1962

Parentesco:

MADRE

% Porcentaje:

100

Direccion:

Dirección 1|

¿QUÉ SON LOS BENEFICIARIOS?

Son la(s) personas que, en caso de ocurrir un accidente donde pierda la vida el asegurado (estudiante), serán acreedoras al monto dado por la aseguradora (indemnización) en el porcentaje designado

Al final nombre completo y la fecha.

AGREGAR MÁXIMO 3 BENEFICIARIOS

(EL 100% SE DIVIDE ENTRE EL # DE
BENEFICIARIOS ANOTADOS).

5) Beneficiarios registrados

Revisa, edita o elimina antes de guardar. Verifica el porcentaje total.

Nombre	CURP	Parentesco	Fecha Nacimiento	%
ALEJANDRA MARTINEZ DAMIAN	MADA620424MDFRML08	MADRE	1962-04-24	100

Total Porcentaje

¡Listo! Ya completaste el 100%.



GUARDAR TODO

DA CLICK EN “GUARDAR TODO”
Y “CONFIRMAR GUARDADO”

Confirmar guardado

Verifica bien tus datos antes de guardar.

¿Estás seguro(a) de que deseas continuar?

CANCELAR

SÍ, GUARDAR

Total Porcentaje

100%

GUARDAR TODO

Descarga tus formatos

Formatos

IMPORTANTE: Imprime dos juegos de copias y llévalos a tu unidad académica. Los seguros solo serán validos presentando los formatos originales con el sello de tu unidad académica.

IMPORTANTE: Una vez que aparezcas como afiliado en el sistema no olvides darte de alta en tu Unidad de Medicina Familiar (UMF).

IMPORTANTE: Recuerda firmar los seguros con tinta azul, ya que de otra manera, no serán válidos.

SEGURO PATRIMONIAL

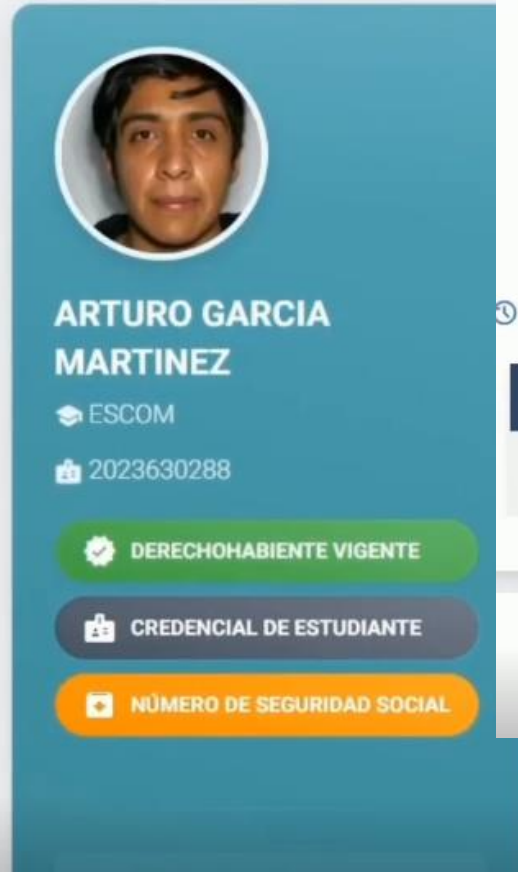
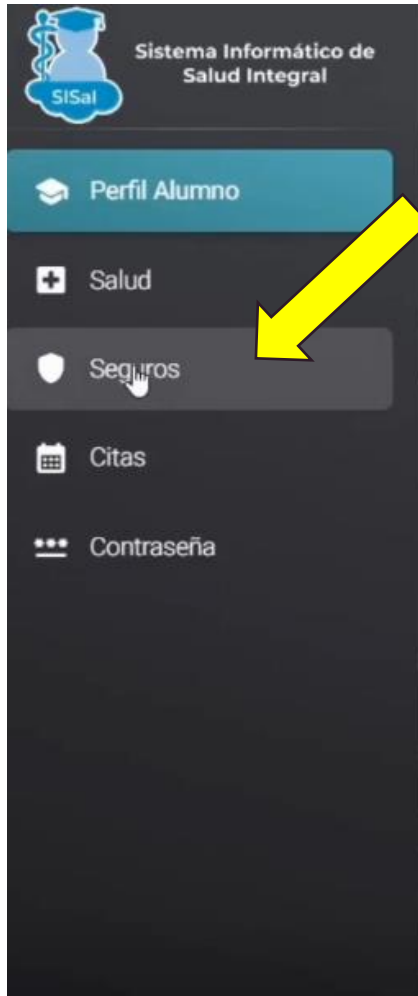
SEGURO CONTRA ACCIDENTES

DESCARGAR CÉDULA PREVENIMSS

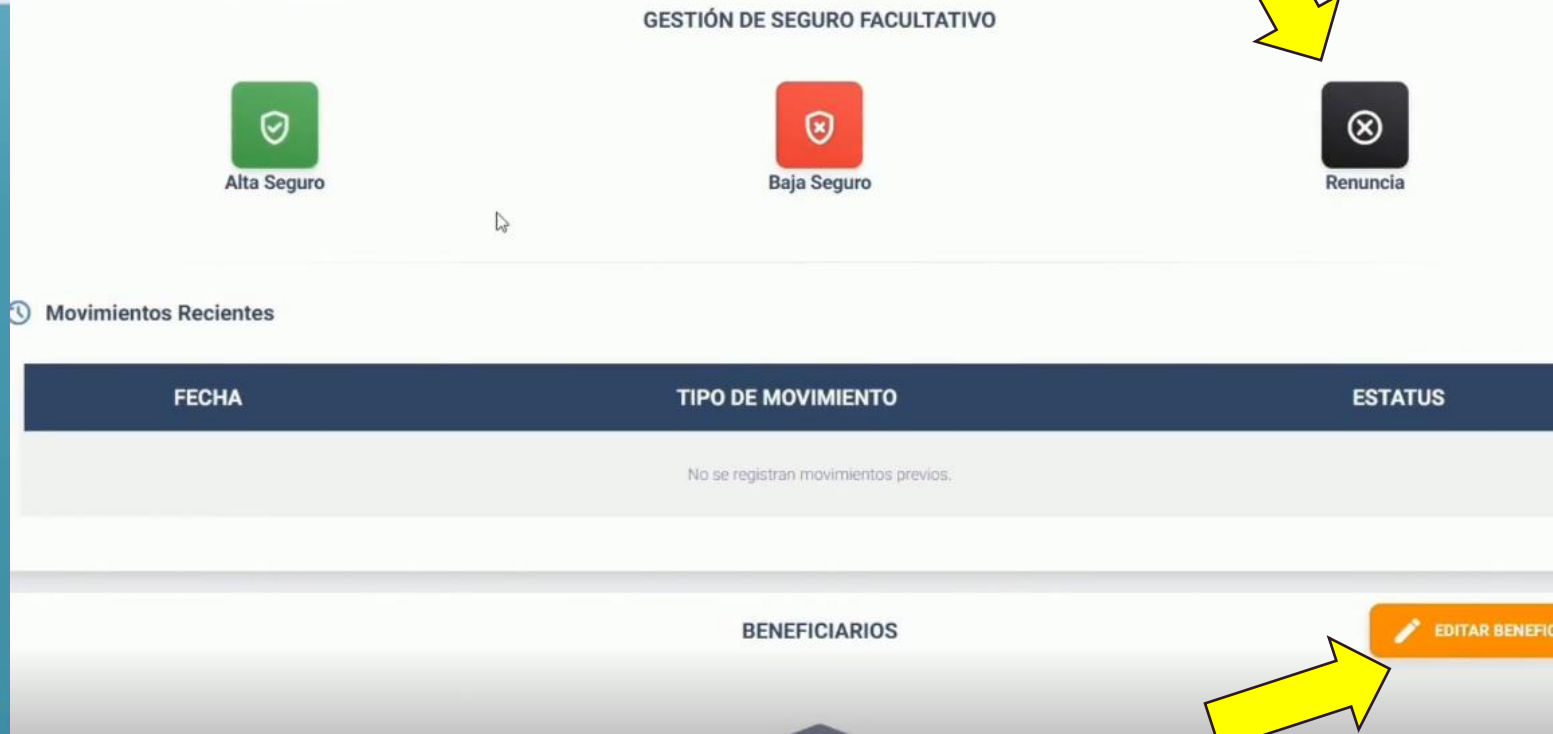
PODRAS DESCARGAR 3 FORMATOS

LLENAR APARTADOS DE “SEGUROS”

EN CASO DE RENUNCIAR AL SEGURO, DA CLICK EN EL RECUADRO NEGRO.



Unidad: ESCOM / Alumno: ARTURO GA
Boleta: 2023630288 / CURP: GAMA97



EDITA EL NÚMERO DE BENEFICIARIOS, DE ACUERDO A LOS DESIGNADOS EN EL APARTADO DE REGISTRO INICIAL.



Advertencia: Editar Beneficiarios

Al activar el modo de edición:

- No podrás **descargar tus formatos de seguros** hasta que confirmes nuevamente todos tus beneficiarios
- El porcentaje total debe sumar **exactamente 100%**
- Los cambios no se guardarán hasta que **confirmes al llegar al 100%**

Sí, entiendo.  Activar edición

Cancelar

FECHA	TIPO DE MOVIMIENTO	ESTATUS
No se registran movimientos previos.		

 AGREGAR BENEFICIARIO

BENEFICIARIOS

 CONFIRMAR Y GUARDAR BENEFICIARIOS

Asignación de Porcentaje

0% / 100%



DAR CLICK EN “AGREGAR BENEFICIARIOS”

Nuevo Beneficiario

CURP *

MADA620424MDFRML08

Ejemplo: MAPL850101HDFRZS09

Nombre Completo *

Se llenará automáticamente al consultar

 CONSULTANDO...

EL SISTEMA VALIDARÁ EL CURP REGISTRADO



CURP encontrada

datos correctamente para: ALEJANDRA MARTINEZ DAMIAN

Nuevo Beneficiario

CURP *

MADA620424MDFRML08

Ejemplo: MAPL850101HDFRZS09

Nombre Completo *

ALEJANDRA MARTINEZ DAMIAN

Dirección *

Dirección 1

CONSULTAR

CANCELAR

GUARDAR REGISTRO

NO OLVIDES GUARDAR TU REGISTRO

AL FINAL TE APARECERA LA LISTA DE TODOS TUS BENEFICIARIOS, VERIFICA QUE LOS DATOS SEAN CORRECTOS.
“CONFIRMAR Y GUARDAR BENEFICIARIOS”



BENEFICIARIOS							CONFIRMAR Y GUARDAR BENEFICIARIOS
Asignación de Porcentaje							100% / 100%
100%							
¡Perfecto! Has asignado el 100%							
NOMBRE	CURP	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	%	DIRECCIÓN	ESTADO	ACCIONES
ALEJANDRA MARTINEZ DAMIAN	MADA620424MDFRML08	MADRE	1962-04-24	100%	Dirección 1	TEMPORAL	 

FIRMAR CON TINTA AZUL



Beneficiarios confirmados

- Debes **descargar** nuevamente los formatos de seguros para que veas los cambios realizados.
- Debes **firmar** los nuevos formatos generados.
- Debes **entregar** tus formatos **firmados** al **Departamento de Servicios Educativos** de tu Unidad Académica para que tengan validéz

Nota: Los formatos no tendrán validéz si no están firmados y sellados por tu Unidad Académica

OK

DESCARGA LOS SEGUROS



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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 08 de septiembre de 2022, con el número CNSF-50069-0405-2022.		
Información importante: Quedarán protegidos por este seguro, todas aquellas personas que satisfagan los requisitos de la colectividad asegurada, de acuerdo con el contrato respectivo. En caso de que el asegurado no pueda firmar, podrá utilizar la huella digital del pulgar derecho, o en su defecto del pulgar izquierdo ante otro representante autorizado de la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. de C.V. con documentación indicada en condiciones generales de póliza. Conserve en lugar seguro este ejemplar, pues es el comprobante de la designación de beneficiarios y el trámite de pago de la Suma Asegurada, el Asegurado o sus beneficiarios, según corresponda.		
Nuestra oficina Matriz se encuentra ubicada en Aristóteles 77 int. 104, Col. Polanco 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.		

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 ☒

**FIRMAR CON TINTA AZUL
(COLOCAR NOMBRE COMPLETO)**

CDMX, a 10 de julio de 2020
Lugar y fecha

ARTURO GARCIA MARTINEZ
Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

DESCARGAR HISTORIA CLINICA

www.cecyl6.ipn.mx



Documentos

Escolarizada

- ☒ [Proceso de Inscripción](#)
- ☒ [Carta compromiso 27-1](#)
- ☒ [Aviso de privacidad](#)
- ☒ [Presentación de Inducción](#)
- ☒ [Historia Clínica](#)
- ☒ [Carta de Consentimiento](#)

U U M M A A A A

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

INSPECCION GENERAL

ACTITUD: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL FACES: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL MARCHA: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL PIEL Y UÑAS: ☐ NORMAL ☐ ANORMAL OTROS:

SOMATOMETRIA

PESO: (kg) TALLA: (cm) IMC: (kg/m²) PERIMETRO ABDOMINAL: (cm)

T/A: / FC: FR: T°: °C

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO:

SALUD VISUAL

AGUDEZA VISUAL A LOS 3 METROS: OJO DERECHO: / OJO IZQUIERDO: / ESPECIFICAR:

RECOMENDACIONES:

SALUD DENTAL (Para ser llenado por Servicio Odontológico)

MARQUE CON "X" EL ORGANISMO FALTANTE

COLOREE CON COLOR ROJO LA CARA DEL ORGANISMO QUE PRESENTE CARIES:

COLOREE CON COLOR AZUL LA CARA DEL ORGANISMO QUE PRESENTE OBTURACION:

NUMERO DE ORGANISMOS:

PERDIDOS:

CARIADOS:

OBTURADOS:

NOMBRE, FIRMA Y CEDULA DEL ODONTOLÓGICO:

RECOMENDACIONES:

**Será llenado por un
médico**

**Será llenado por un
odontólogo**

ENTREGAR DOCUMENTOS

**2, 3 Y 4 DE SEPTIEMBRE PODRAS PASAR A SERVICIO MÉDICO
(PLANTA BAJA DE EDIFICIO DE BIOLOGÍA)**

TURNO MATUTINO 9:00-13:00

TURNO VESPERTINO 16:00-20:00



Éxito en tu semestre 2027-1

Servicio Médico y Dental



Tu salud, nuestro compromiso