



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES
SERVICIO MÉDICO

INSTRUCCIONES DEL LLENADO DE FORMATOS:

Realiza la descarga de los siguientes documentos e imprímelos para **llenar los espacios subrayados que te indicamos con amarillo con letra molde con tinta negra o a computadora**, no olvides firmar y escribir la fecha en la que se formularon dichos documentos.

- a) Consentimiento: Seguro de accidentes Personales (3 hojas) Ver anexo 1.
- b) Consentimiento: Seguro de Vida Grupo (3 hojas) Ver anexo 2.

Anexo 1: Consentimiento: Seguro de accidentes Personales (3 hojas)

Paso 1. Descarga el archivo **"Consentimiento protege"** e imprímelo, después requisitar los espacios **marcados en amarillo**, con letra molde y que sea legible, bajo los siguientes términos:

- 1) Asignar uno o dos beneficiarios mayores de edad, de preferencia padre o tutor.
- 2) Con el nombre igual como aparece en el acta de nacimiento, ya que en caso de error no será válida dicha póliza.
- 3) Ambas pólizas tendrán que asignar los mismos beneficiarios.
- 4) Firmar del alumno de los documentos, tomando en cuenta que sea la misma como la de la credencial del Politécnico, cuando le sea entregada.
- 5) Entregar a Gestión escolar el día de inscripción, en original y copia.
- 6) Regresar en 15 días a Servicio Médico por copia con sellos oficiales, en turno correspondiente.

Hoja 1



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CECYT NO. 15
"DIÓDORO ANTÚNEZ ECHEGARAY"



Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____			
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____			
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____			
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
<input type="checkbox"/> presenta consentimiento, tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones			
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?			
Datos de identificación del posible Asegurado, Persona Física			
¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?			
Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/>			
En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01			
¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y H No <input type="checkbox"/>			
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?			
Si <input type="checkbox"/> Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No <input type="checkbox"/>			
Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿Los padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, de usted o su cónyuge, concubina o concubinario, desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y G No <input type="checkbox"/>			
¿Cuál es su profesión, ocupación o actividad? _____			
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza?			
Fideicomiso <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Venta de bienes, muebles e inmuebles <input type="checkbox"/>			

Hoja 2.

En la hoja no. 2 no escribas nada.

NOTAS:

(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.

Importante:
Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que, por cuenta propia o en representación de un tercero habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verdaderos y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios financieros donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, así mismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas.

Actúo por cuenta propia _____ Nombre y firma
Actúo por cuenta de un tercero _____ Nombre y firma del Proponente

Nombre del Contratante _____
(Solo en caso de actuar en nombre del Contratante)

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 de los hechos, facultará a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar todas las preguntas de forma veraz en este documento y a declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato. En caso de que contribuya en el pago de este seguro, declaro que los recursos que utilizare para el pago de este seguro son de procedencia lícita. Manifiesto que tengo conocimiento de las Condiciones Generales del seguro solicitado, y que las mismas las he consultado en la página www.latinoseguros.com.mx y estoy conforme con las mismas.

***Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 156 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*.**

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, otorgo mi consentimiento expreso a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para el tratamiento de mis datos personales aún los sensibles, patrimoniales y/o financieros, y finalidad de la contratación de un seguro, así como la evaluación y cuantificación del siniestro en su caso, en los términos específicos de publicado en www.latinoseguros.com.mx, página en la que se encuentra también el aviso de privacidad, ambos documentos que declaro como caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarme de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentran disponibles dichos documentos.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____ Nombre y firma del posible Asegurado y/o su Representante

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar el seguro, el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o dañarla por terminada y proporcionar a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la información completa del riesgo a amparar para su correcta contratación.

El Agente de Seguros; declaro y hago constar que verifiqué la información asentada en este formato y corresponde a los documentos entregados por el posible Asegurado, así mismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Proponente y/o posible Asegurado estampada corresponde a la asentada en este consentimiento. Además informaré a La Latinoamericana, Seguros, S. A., inmediatamente cuando conozca sobre cualquier cambio que tenga conocimiento en cuanto a esta información del posible Asegurado para la actualización del expediente del mismo.

Nombre completo del Agente de Seguros que promueve o intermedia al producto _____ Firma _____ Clave _____

Hoja 3.

En la hoja no. 3 escribe la fecha en que la realizaste y tu nombre con la firma.



Anexo 2: Consentimiento: Seguro de Vida Grupo (3 hojas)

Paso 2. Descarga el archivo "[Consentimiento vida colectivo](#)" e imprímelo, después requisitar los espacios marcados en amarillo, con letra molde y que sea legible, bajo los siguientes términos:

- 1) Asignar uno o dos beneficiarios mayores de edad, de preferencia padre o tutor.
- 2) Con el nombre igual como aparece en el acta de nacimiento, ya que en caso de error no será válida dicha póliza.
- 3) Ambas pólizas tendrán que asignar los mismos beneficiarios.
- 4) Firmar del alumno de los documentos, tomando en cuenta que sea la misma como la de la credencial del Politécnico, cuando le sea entregada.
- 5) Entregar a **Gestión Escolar** el día de inscripción, en original y copia.



**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE VIDA GRUPO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° Piso
C.P. 06007, México, D. F.
R.F.C. LSE7406056F6
Tel.: 5130-2800 Fax: 5130-2821
www.latinoseguros.com.mx

Por medio del presente otorgo mi consentimiento para quedar asegurado en los términos que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza, en caso de ser aceptada la propuesta de aseguramiento.

Número Póliza	Número Certificado	Número SubGrupo
---------------	--------------------	-----------------

Nombre completo del grupo y/o Proponente

Datos del posible Asegurado

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

Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año _____ Edad _____ Estado Civil _____ R. F. C. con homoclave(1) _____ C.U.R.P. (1) _____

Nombre de la empresa u organización donde trabaja, en caso de filiales

Fecha de Ingreso Día / Mes / Año _____ Sueldo Mensual _____ Ocupación _____ Categoría dentro de la misma _____ Peso _____ Estatura _____

Nacionalidad: Mexicana Extranjera (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____

Número de serie de la firma electrónica(1) _____ Correo electrónico(1) _____ Teléfono donde se pueda localizar _____

Domicilio del posible Asegurado

Calle _____ Número (Exterior e Interior) _____ Código Postal _____ Colonia _____
Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Hoja 1

Datos generales



Hoja 2

Datos de los Beneficiarios del posible Asegurado

ADVERTENCIA: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad 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 y 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, se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hiciera no le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____

Fecha de Nacimiento o Constitución _____ Parentesco (para efectos de identificación) _____ Porcentaje de Suma Asegurada _____ Si No

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

Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____

El Beneficiario debe ser padre o tutor, o persona mayor de 18 años y se debe especificar el porcentaje que sume el 100%

Hoja 3

“ Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 156 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” .

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, otorgo mi consentimiento expreso a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para el tratamiento de mis datos personales aún los sensibles, patrimoniales y/o financieros, con la finalidad de la contratación de un seguro, así como la evaluación y cuantificación del siniestro en su caso, en los términos específicos del Aviso de Privacidad en www.latinoseguros.com.mx, página en la que se encuentra también el aviso de privacidad, ambos documentos que declaro conocer y autorizo el uso de los datos proporcionados. Asimismo, al proporcionar datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en donde se encuentran dichos documentos.

Nombre del posible Asegurado _____

En la hoja no. 3 escribe la fecha en que realizaste el formato y tu nombre con la firma.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Contratante y/o Proponente _____

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar el seguro, el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada y proporcionar a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la información completa del riesgo a amparar para su correcta contratación.

El Agente de Seguros: declaro y hago constar que verifiqué la información asentada en este formato y corresponde a los documentos entregados por el posible Asegurado, así mismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del posible Asegurado y/o Proponente y/o Contratante estampada corresponde a la asentada en este consentimiento. Además informaré a La Latinoamericana, Seguros, S. A., inmediatamente cuando conozca sobre cualquier cambio que tenga conocimiento en cuanto a esta información del posible Asegurado para la actualización del expediente del mismo.

Gracias por tu atención.

“La Técnica al Servicio de la Patria”