

Para ser asegurado en la póliza colectiva de:

Seguro de Accidentes
Personales Anual ☐Seguro Total de Accidentes
Personales en Viajes ☐Seguro de Accidentes
Personales en Viajes Aéreos ☐Seguro de Accidentes
Personales Escolar ☒Póliza Número: EH05320E Consentimiento Número: _____Contratante: UNAM - Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán -

Datos del Asegurado

Nombre: _____

Ocupación: _____

Fecha de Elegibilidad Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Ingreso Día _____ Mes _____ Año _____

Cobertura

Suma Asegurada o Regla para determinarla

I Muerte Accidental \$100000.00II Pérdidas Orgánicas \$100000.00Escala A X B _____

III Indemnización Diaria por Accidente _____

IV Reembolso de Gastos Médicos \$20000.00V Gastos Funerarios (Sólo mayores de 12 años) \$50000.00

Beneficiarios: _____

Irrevocables Sí _____ No _____

Observaciones: _____

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro colectivo de accidentes personales citada y contribuyo al pago de la prima con _____, cantidad que autorizo sea descontada de mi sueldo.

Lugar y Fecha Cuautitlán Izcalli, Edo. de Méx. a

Firma o Sello del Contratante _____ Firma del Solicitante _____

Número de cuenta:

Tel. Particular: