



# SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

## Muerte Natural y Accidental

Mtro. Alberto Vázquez Flores

Jefe de la División de Prestaciones y Atención a la Salud

Dra. Diana Ortega Peralta

Encargada del Departamento de Promoción y Prestaciones

C. P. José Antonio Chávez Hernández

Analista Seguro de Vida y Accidentes



**1**

**Coberturas**

**2**

**Muerte Natural**

**3**

**Muerte Accidental**

**4**

**Llenado de Formatos**





# Coberturas

Todos los estudiantes que se encuentran inscritos en los diferentes niveles del sistema educativo del “IPN” (nivel medio, superior, posgrado y virtual) y cuenten con su “Constancia de Estudios Vigente”.





# Sumas aseguradas

COBERTURA	SUMA ASEGURADA (S.A.)
MUERTE NATURAL: PATRIMONIAL VIDA	\$ 100,000.00 M.N. + \$30,000.00 M.N. ADICIONALES A LA SUMA ASEGURADA POR CONCEPTO DE MUERTE NATURAL
MUERTE ACCIDENTAL: LATINOAMERICANA	\$100,000.00 M.N.



# Coberturas Especiales



1

- **Asalto (lesiones y/o muerte).**

2

- **Cobertura de accidentes escolares.** Cuando el asegurado se encuentre bajo el influjo de alcohol no importando los grados de alcohol por litro en la sangre, y/o vaya como acompañante y/o pasajero en cualquier tipo de vehículo y esta situación no tenga injerencia en la ocurrencia de un siniestro.



# Exclusiones aplicables solo a la cobertura de accidentes escolares



**1**

**Riñas o pleitos, si el asegurado los motivó o causó.**

**2**

**La práctica de deportes extremos, el uso de patinetas, ski acuático o para nieve, siempre que no formen parte de prácticas escolares o extraescolares.**

**3**

**Uso de motoneta o motocicleta (aun cuando se utilice como medio de transporte del estudiante).**





## Designación de Beneficiarios

**Cobertura del 100% para muerte natural y muerte accidental de acuerdo al siguiente orden de prioridad:**

### **Beneficiarios Directos:**

- a) Esposa(o) e Hijos.**
- b) Padres (madre o padre)**

**Beneficiarios Indirectos (retención del 20% de ISR, tendrán que incluir su RFC con homoclave y/o constancia de situación fiscal):**

- a) Hermanas (os),**
- b) Tíos, abuelos y/ o tutor**





# Llenado de formatos: Muerte Natural



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.



Folio  
Consentimiento Individual  
Póliza: 12 1350 01

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 <i>Apellidos Paterno/Materno/ Nombres</i>	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada





## Llenado de formatos: Muerte Natural

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.

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Sello de Recepción

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Asegurado

**La información coincida con la INE en tinta azul.**

**Nota. El original lo conservará y sellará la Unidad Académica. Se dará una copia al alumno y si no completa el registro de los formatos, los beneficiarios no podrán solicitar la prestación.**





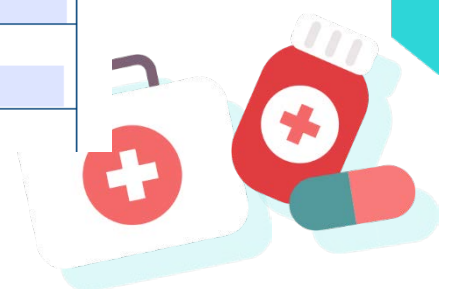
# Llenado de formatos: Muerte Accidental

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

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)	_____ Sin abreviaturas	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
25/05/1984	_____	Actual	De un familiar directo
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	_____
_____	_____	Estudiante	_____
Sueldo Mensual	Ocupación	Categoría dentro de la misma	_____





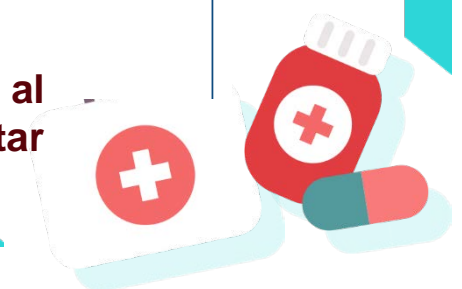
# Llenado de formatos: Muerte Accidental

Datos de los Beneficiarios					
<p>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.</p>					
Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
					Revocable <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>

CDMX, 28 de junio 2021 Completo y sin abreviaturas Coincida con el INE, credencial de la escuela en tinta azul

Lugar y fecha Nombre del Asegurado Firma del Asegurado

**Nota. El original lo conservará y sellará la Unidad Académica. Se dará una copia al alumno y si no completa el registro de los formatos, los beneficiarios no podrán solicitar la prestación.**

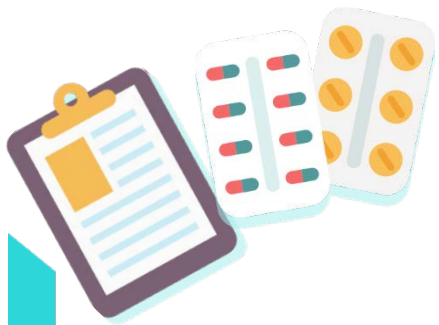




## **Procedimiento de la Unidad Académica para la solicitud de un siniestro**

- a) El beneficiario deberá informar por escrito a la Unidad Académica (Subdirección de Servicios Educativos e Integración Social) del siniestro.**
  
- b) La Unidad Académica deberá notificar vía correo electrónico a la Dirección de Apoyos a Estudiantes (DAES) el oficio de aviso de fallecimiento y/o siniestro del alumno, señalando datos generales (nombre completo, número de boleta, semestre inscrito, fecha de accidente y/o defunción y causa del mismo).**





## **Procedimiento de la Unidad Académica para la solicitud de un siniestro**

**c) La Unidad Académica deberá entregar a los BENEFICIARIOS la siguiente documentación en originales:**

- 1. Oficio del aviso de fallecimiento.**
- 2. Constancia de estudios vigente que cubra la fecha de fallecimiento.**

**d) La Dirección de Apoyos a Estudiantes (DAES) contesta el oficio de aviso de fallecimiento vía correo electrónico.**

**e) La Unidad Académica deberá solicitar vía correo electrónico al analista del trámite del seguro de la DAES, la información de los documentos necesarios para armar el expediente y gestionar el cobro del seguro, según sea el caso.**





## CONTACTOS

Para mayores informes:

Analista del Departamento de Promoción y Prestaciones  
C.P. José Antonio Chávez Hernández [jchavezh@ipn.mx](mailto:jchavezh@ipn.mx)

\*Nota: Todo oficio va dirigido a la Dirección de Apoyos a Estudiantes  
Director Mtro. Jesús Antonio Hernández Pérez [dap@ipn.mx](mailto:dap@ipn.mx)

Copia al Jefe de División de Prestaciones y Atención a la Salud  
Mtro. Alberto Vázquez Flores [divpas@ipn.mx](mailto:divpas@ipn.mx)

Copia al Departamento de Promoción y Prestaciones  
Dra. Diana Ortega Peralta [dpp@ipn.mx](mailto:dpp@ipn.mx)



A vibrant teal background featuring various medical icons. On the left, a large stethoscope is positioned vertically. Scattered around are several pills (white, red, and blue), syringes with red liquid, and blister packs of pills. In the bottom right corner, there is a red clipboard with a white sheet of paper containing a person icon and some text, along with other papers. The overall theme is healthcare and gratitude.

**¡¡GRACIAS!!**