

SEGURO FACULTATIVO.

- La escuela te proporciona un Seguro médico al cual debes afiliarte **para poder asistir a visitas escolares, actividades deportivas y realizar tu servicio social.**
- Si cuentas con servicio médico por parte de alguno de tus padres, durante tu registro en el **SISMI** deberás colocar en el NSS 11 ceros (000000000000).



REGISTRA TU NSS

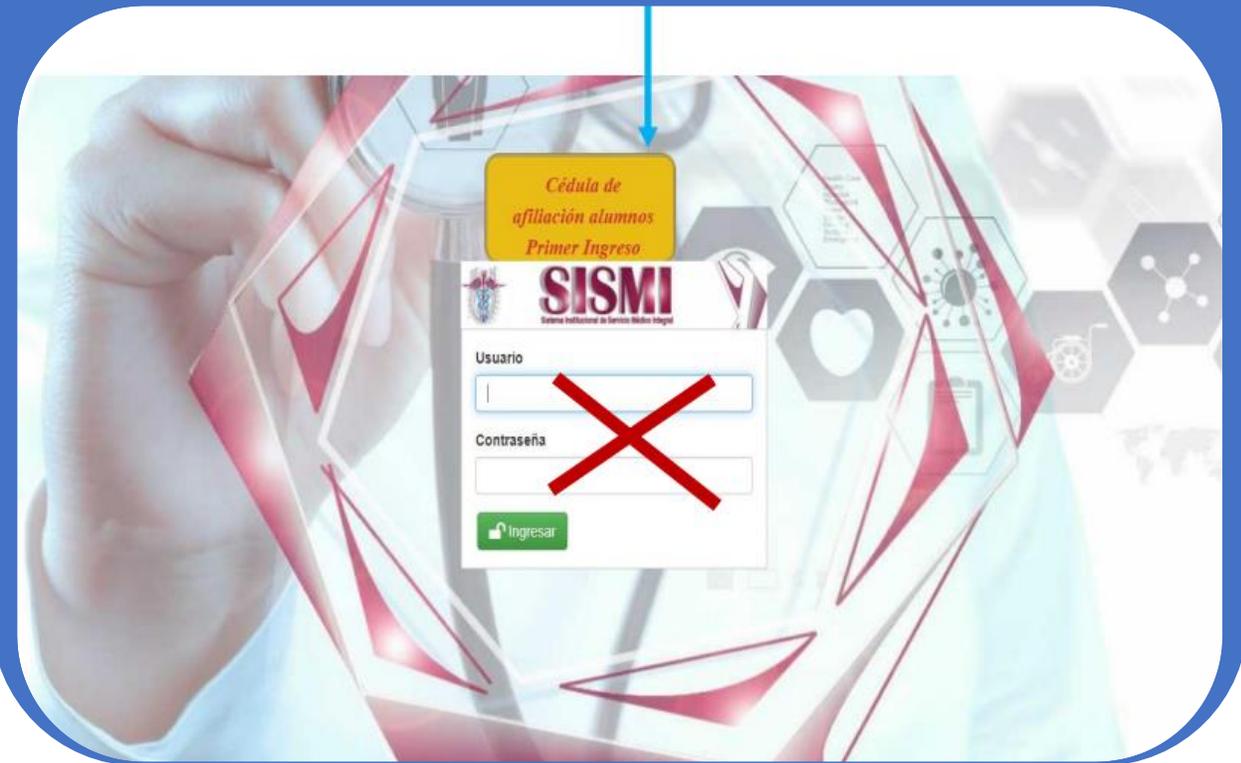
- Debes ingresar a la página <https://www.imss.gob.mx/tramites/imss02008> para tramitar tu NSS e iniciar tu registro al IMSS.
- Recuerda que es obligatorio que proporciones tu Número de Seguridad Social (NSS), de lo contrario NO será posible afiliarte al IMSS y gozar de los servicios de salud que te brindan, en caso de requerir atención de urgencia deberías cubrir los gastos correspondientes.



AFILIACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO

- Es necesario REGISTRARTE EN LA PÁGINA DEL SISMI <http://www.Sismi.Dse.Ipn.Mx/> .
- La información que proporciones debe ser verídica, ya que será utilizada para realizar el trámite correspondiente.

Selecciona Cédula de afiliación alumnos Primer Ingreso.



CEDULA DE AFILIACIÓN PREVEN-IMSS

En el campo de boleta anota: 202223XXXX o PMXXXXXXX que aparece en la hoja de SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN CON DOCUMENTOS en la parte inferior derecha.

Ya con todos tus datos: Dale clic en el botón Guardar.

Cédula Afiliación-PrevenIMSS

Consultar en RENAPO

Boleta: Boleta

Nivel Académico: —Selecciona el Nivel—

Unidad académica de nuevo ingreso: —Selecciona unidad aca—

Modalidad: —Selecciona Modalidad—

Carrera: —Selecciona la carrera—

1er. Apellido: 1er. Apellido

2do. Apellido: 2do. Apellido

Nombre (s) Sin abreviaturas: Nombre

Fecha nacimiento: Fecha nacimiento

E-mail: E-mail

C.P. actual: C.P. actual

Estado: —Selecciona el estado—

Municipio / Alcaldía: —Selecciona un municipio/ alcaldía—

Colonia: Colonia

Calle: Calle

Núm. Exterior: Núm. Exterior

Núm. Interior: Núm. Interior

Teléfono: Teléfono

Número de seguridad social: Número de seguridad social

[Obtener NSS y recuerda que tu unidad médica familiar \(CLÍNICA\) aparece cuando dallas tu dirección dentro de la página del IMSS](#)

Clinica: —Selecciona la Clínica—

Si por alguna razón no pudieras realizar el trámite vía electrónica, deberás acudir a la Delegación o Subdelegación IMSS para la asignación del NSS, consulta el directorio de instalaciones administrativas del IMSS: <http://www.imss.gob.mx/directorio/>

¿Actualmente trabajas o estás afiliado por parte de tus padres? **Anotar el Numero de Seguridad Social.**

Si No

Es necesario que coloques un correo electrónico, ya que ahí te llegara el aviso de tu Seguro de Salud, cuando este activo y puedas usarlo.

Guardar Buscar

LLENADO DE POLIZAS

Beneficiario 1

Nombre completo de beneficiario

Domicilio del beneficiario

Porcentaje %

Parentesco

Fecha nacimiento



Revocable



Irrevocable

Beneficiario 2

Nombre completo del beneficiario

Domicilio del beneficiario

Porcentaje %

Parentesco

Fecha nacimiento



Revocable



Irrevocable

Beneficiario 3

Nombre completo de beneficiario

Domicilio del beneficiario

Porcentaje %

Parentesco

Fecha nacimiento



Revocable



Irrevocable

Total %

POLIZA DE VIDA PATRIMONIAL



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 Coberturas serán estipuladas en la carátula de la póliza y certificado correspondiente. \$100,000.00 Básica

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
Apellidos Paterno/Materno/ Nombres		

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

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-S0069-0405-2022.

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.

ACCIDENTES PERSONALES



**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
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)			Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa			
Causa:		Periodo: 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 <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/>
					Irrevocable <input type="checkbox"/>

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, 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 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 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 éste documento.



Historia Clínica

Grupo: _____

Ficha de Identificación

FOTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
CURP: _____ e-mail: _____ Sexo _____ Edad _____
Domicilio _____
Responsable (Padre o Tutor) _____ Número Telefónico Local (casa) _____
Celular: _____ otro: _____ Peso: _____ kg Talla: _____ m

2. Antecedentes Heredo Familiares

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos) padece alguna enfermedad de importancia? (que requiere tratamiento constante o es incapacitante) Especifique cual: _____

3. Antecedentes Personales Patológicos

(Detallará los antecedentes de importancia clínica, así como el tratamiento que recibe para cada situación y su duración).

Cardiovasculares _____ Respiratorios _____ Digestivos _____ Metabólicos _____
Renales _____ Otros: _____ Especifique cual y que tratamiento utiliza _____
Transfusiones () Alergias _____ Inmunizaciones (vacunas): Completas () Incompletas () Cual: _____

(Especifique tipo de lesión y tratamiento y fecha de incidente; p.ej: "Fractura tibia", Tto: "Aparato de Yeso". "Marzo de 2018".)

Traumatismos: _____

Cirugías: _____

Antecedentes Personales

(Marque con una cruz (X), según sea el caso para cada rubro. Consumo o uso de:

Alcohol SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual ()

Tabaco SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual () No. de Cigarrillos ()

Sustancias Adictivas SI () NO () Fecha de Inicio: _____ Consumo: Diario () Semanal () Mensual ()

Especificar modo de uso: _____

Inicio de vida sexual (edad) _____ Número de Parejas _____ ¿Has padecido alguna enfermedad de transmisión sexual? SI () NO ()

¿Cuál? _____ Tratamiento y Fecha de éste: _____

Método(s) anticonceptivo(s) usado(s): _____ Menarca (1ª menstruación, edad) _____

Embarazos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____ Partos: _____

Pasatiempo: _____ ¿Practicas algún deporte?: _____

¿Cuántas veces te cepillas los dientes al día? _____ ¿Estás en tratamiento odontológico? _____

EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA DISCAPACIDAD:

Física () Especifique: _____

Intelectual () Especifique: _____

Discapacidad auditiva (disacusia, sordera, uso de aparato auditivo, etc.): _____

Descarga
la
Histori
a
Clínica

Constancia de derechos del IMSS

Desde tu navegador tienes que ingresar a este enlace:

<https://www.imss.gob.mx/>. Ahora tienes que hacer clic en el apartado "IMSS Digital", luego en la sección Consultas debes buscar la opción Consulta si estás vigentes tus derechos del IMSS y después pulsar en "Iniciar trámite".

Posteriormente tendrás que agregar todos tus datos para obtener tu constancia de derechos vigente.

Constancia de Vigencia de Derechos		
Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación
		00

Datos Generales	
	NSS:
	CURP:
	Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:
	Sexo:
	Fecha de nacimiento:
	Lugar de nacimiento:

Datos de Aseguramiento	
------------------------	--

constanciadevigenciadederechos.com

Asunto

Carta de Renuncia para la afiliación al seguro facultativo del IMSS.

Ciudad de México, a de de 2024

Director/a; Encargado/a o Responsable de la Unidad Académica
Presente

En atención al "Decreto por el que se incorporan al régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad a las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en instituciones educativas de Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de septiembre de 1998; así como el ACDO.SA1.HCT.281015/246.P.DIR y su anexo único relativo a las Reglas a que se sujetará la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015.

En referencia a la incorporación del seguro de mérito, la cual asume como requisito que las personas que cursen estudios de los tipos medio superior, superior o posgrado en instituciones educativas y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social contarán con la prestación del seguro facultativo que otorga el IMSS.

Atendiendo la normatividad antes mencionada, Yo C. _____ me permito renunciar a la prestación del seguro facultativo que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por conducto del Instituto Politécnico Nacional (IPN), toda vez que actualmente mi seguro médico se encuentra cubierto

En caso de presentar alguna duda en relación al servicio médico, puedes enviar un e-mail:

En el asunto colocar: Turno asignado

En el cuerpo del correo indica lo siguiente:

- Nombre:
- Grupo:
- Número de Boleta o Preboleta:
- Teléfono de contacto:
- Duda o aclaración (Descripción):

afili.imss.cecyt19@ipn.mx

¡Gracias!