

Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Seguros de Vida

Seguro de Vida (Aseguradora
Patrimonial Vida)



El instituto Politécnico Nacional brinda un seguro de vida para lo estudiantes inscritos, en caso de que sufras un accidente o fallezcas, para tu tranquilidad económica y la de tu familia.

Seguir las siguientes indicaciones:

- Descargar el PDF editable de cada seguro a través de la página de ENCB.
- Llenar a computadora los campos requeridos.
- Una vez llenados, deberás imprimir 2 juegos a color por ambas caras.
- Firmar en autógrafo en color azul



Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Seguros de Vida

El instituto Politécnico Nacional brinda un seguro de vida para lo estudiantes inscritos, en caso de que sufras un accidente o fallezcas, para tu tranquilidad económica y la de tu familia.

Seguro contra Accidentes
(La Latino Seguros)



Seguir las siguientes indicaciones:

- Descargar el PDF editable de cada seguro a través de la página de ENCB.
- Llenar a computadora los campos requeridos.
- Una vez llenados, deberás imprimir 2 juegos a color por ambas caras.
- Firmar en autógrafo en color azul



Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Constancia de Vigencia de Derechos IMSS

1. Puedes descargarla a través de la página del IMSS

<https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>

O escanea el código



← → ↺ serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia

 Gobierno de México

CURP*:

¿No te sabes tu CURP? [Consúltala aquí.](#)

NSS (Número de Seguridad Social)*:

¿No te sabes tu NSS? [Consúltalo aquí.](#)

Correo electrónico*:

Confirma tu correo electrónico*:

Escribe las letras de la imagen que se muestra*: (Usa mayúsculas y minúsculas)



* Campos obligatorios

2. A través de la app IMSSDigital



Ingresa a Vigencia de derechos

Solo requieres ingresar CURP y correo electrónico



Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Constancia de Vigencia de Derechos IMSS (Ejemplo)

gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Constancia de Vigencia de Derechos

Homoclave del trámite	Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
IMSS-02-020	FF-IMSS-012	10 / 11 / 2015 DD MM AAAA

Datos Generales

NSS:	29160357132
CURP:	
Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:	
Sexo:	Hombre
Fecha de nacimiento:	15/03/2003
Lugar de nacimiento:	HIDALGO

Datos de Aseguramiento	
Con derecho al servicio médico:	SI
Vigente:	19/08/2025
Delegación:	HIDALGO
UMF:	UMF 032 PACHUCA SUR
Turno:	MATUTINO
Consultorio:	CONSULTORIO 8
Agregado Médico:	1M2003ES

Anotar:
Número de boleta
Carrera
Semestre
Tel. casa y celular
Correo
Código postal
UMF (Unidad de Medicina Familiar)



Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Constancia de Vigencia de Derechos IMSS (Ejemplo)

Datos de Aseguramiento	
Registro Patronal	Nombre o razón social
Y5036578325	INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL SUPERIOR
Modalidad de Aseguramiento	Descripción de Modalidad
MODALIDAD 32	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

Detalle de vigencia		
Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
VIGENTE	01/09/2021	19/08/2025

Beneficiarios
NO APLICA

"De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)"

Contacto

Paseo de la Reforma 476, P.B.
Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600, Ciudad de México.
Tel. 800 623 23 23
<http://www.imss.gob.mx/contacto>

Escuela Nacional de Ciencias Biológicas

Entregar

Deberás entregar en un **protector de hojas transparente**, dos **juegos** de los siguientes documentos:

- **Constancia de Vigencia de Derechos IMSS**
- **Póliza del Seguro de Vida** (Aseguradora Patrimonial Vida) impresa a color en una hoja por ambos lados y firma autógrafa en color azul
- **Póliza del Expediente de Identificación** (La Latino Seguros) impresa a color y firma autógrafa en color azul



**Viernes 30 de
enero**

Carreras y Horarios: Campus Santo Tomás

● QFI	09:00-10:00	● Biol	11:00-12:00
● QBP	10:00-11:00	● IBQ	12:00-13:00

Campus Zacatenco

● ISA	10:00-13:00
-------	-------------





**Aseguradora
Patrimonial**
Vida^{SA}



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 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 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 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.



**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					
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	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
Suelo 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: _____		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 ☐ 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 latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.					

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, 8º 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.

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 ² 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.