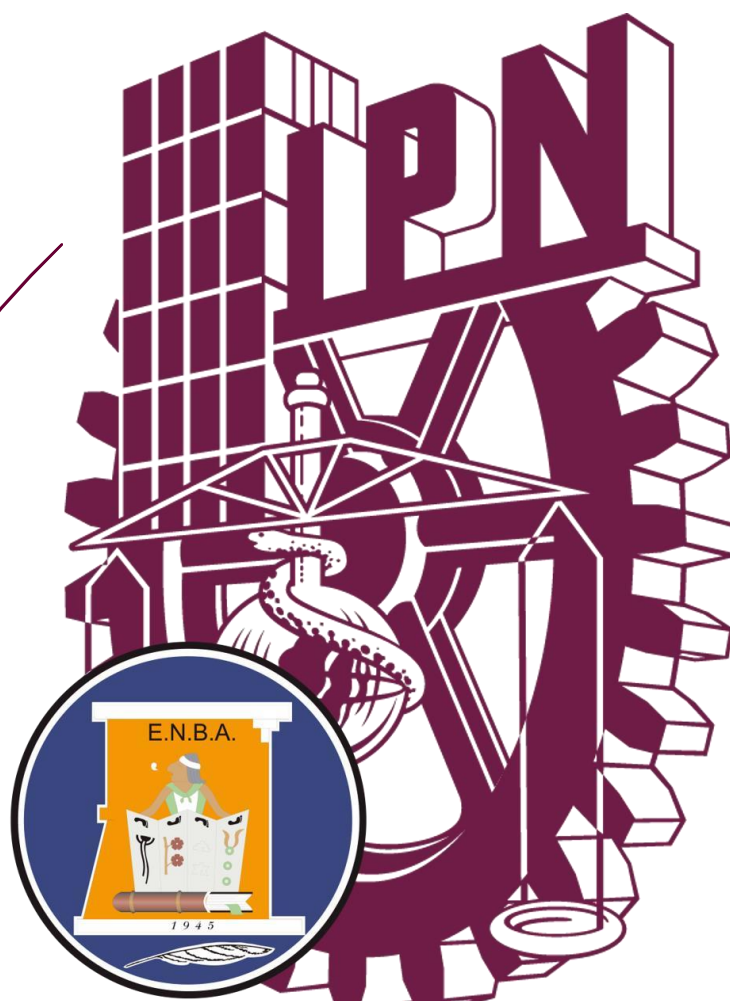


# Guía para la realización de trámites relacionados con tu salud

**EXCLUSIVAMENTE REINSCRIPCIONES  
DE 2° SEMESTRE EN ADELANTE**



## Guía para la realización de trámites relacionados con tu salud.



Servicio Médico, ENBA.

### Importante:

Esta información está dirigida a orientar a **alumnos avanzados de segundo semestre en adelante**, sin distinción de licenciatura o modalidad a la que se vaya a **reinscribir**.

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

### I. Seguro Médico Facultativo (PreveniMSS)



Una vez que concluyes tus trámites de inscripción al IPN y te conviertes en alumno de la ENBA, tienes derecho a contar con el Seguro Médico Facultativo Escolar del IMSS; con este, obtienes el derecho a solicitar atención médica de cualquier tipo, sin que implique costo para ti o tus familiares.

**Sin embargo, en el avance de sus estudios, a veces no llevaste tu correcta afiliación al IMSS desde el principio o son dados de baja por razones ajenas al instituto; motivo por el cual, es tu responsabilidad permanecer al pendiente durante tus estudios, de tu correcta afiliación por medio de consultar tu "CONSTANCIA DE VIGENCIA DE DERECHOS".**

A continuación te presentamos, una guía sencilla de como generarla, a fin de cumplirla como requisito de tu reinscripción:

1. Ingresa a la liga: <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/vigencia>

2. Llena el formulario con tu:

- **CURP**
- **NSS (Número de Seguridad Social)**
- **Correo electrónico actualmente en uso.**
- **Letras de la imagen aleatoria que se presente.**

Si desconoces algún dato como tu CURP o NSS, el sistema te brinda las ligas **en color azul**, para generarlos en el momento.

3. Una vez llenado lo anterior, pulsa el botón **CONTINUAR**

4. Inmediatamente después, el sistema te notificará que te ha enviado a tu correo electrónico, **una liga para continuar:**

Solicitud de constancia de vigencia de derechos

Paso 1 Iniciar trámite Paso 2 Finalizar trámite

Para realizar este trámite, debes tener a la mano:

- CURP
- NSS (Número de Seguridad Social)
- Correo electrónico válido, el cual será asociado a tu CURP

Ingresa los siguientes datos

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 muestre\*:

\* Campos obligatorios

Para continuar con su trámite le hemos enviado una liga de confirmación a su correo electrónico.

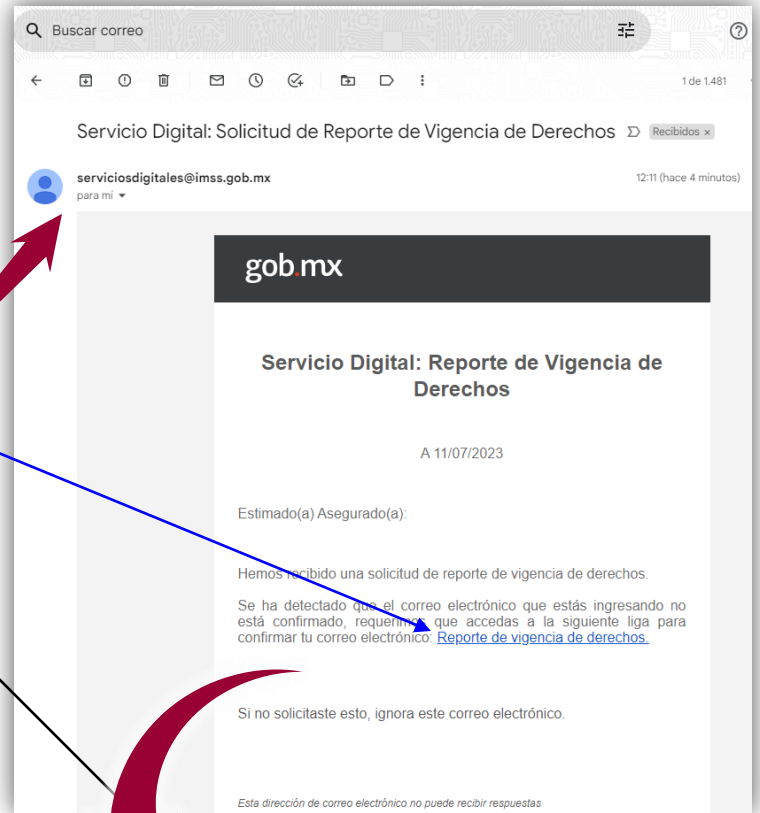
# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

5. Ya en tu correo electrónico, ubicarás dicho mensaje proveniente de *serviciosdigitales@imss.gob.mx* del cual únicamente harás clic en la liga **color azul**: “Reporte de vigencia de derechos” y este te redireccionará al portal del IMSS.

6. Nuevamente en dicho portal, encontrarás el **botón de descarga**, el cual te permitirá obtener en PDF tu **Constancia de Vigencia de Derechos**.

Haz clic en el mismo y la encontrarás en la carpeta de descargas de tu equipo.



Accesibilidad



Trámites Gobierno

Trámites > Solicitud de constancia de vigencia de derechos

### Solicitud de constancia de vigencia de derechos

Paso 1 Iniciar trámite

Paso 2 Finalizar trámite

✓

#### Documentos

Tu comprobante de vigencia de derechos ha sido enviado a tu correo electrónico.

Folio	Fecha	Documento			
1689099397212920435362	11/07/2023	Constancia de vigencia de derechos			

Finalizar trámite



#### Enlaces

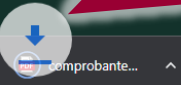
Participa  
Publicaciones Oficiales  
Marco Jurídico  
Plataforma Nacional de

#### ¿Qué es el IMSS?

Es el portal único de trámites, información y participación ciudadana. Leer más  
Portal de datos abiertos

Denuncia contra servidores públicos

Síguenos en



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archiconomía

7. Abre e **imprime** el PDF obtenido, el cual lucirá como cualquiera de los ejemplos obtenidos a continuación:

### Constancia de Vigencia de Derechos (IMSS)

AL CORRIENTE CON EL IPN

IRREGULARES

8. Independientemente del estatus que presente tu Constancia de Vigencia de Derechos (*Regular o Irregular con el IPN*), **acude previo a la entrega de tu documentación en ventanilla de control escolar, al Servicio Médico de la ENBA para evaluar y sellar tu documento;** y proseguir con tu reinscripción.



¡Felicidades! Has concluido satisfactoriamente el primer trámite.

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

### II. Seguro de Vida y Seguro de Accidentes Personales.



Asimismo, el Instituto Politécnico Nacional como parte de la cobertura que brinda a la comunidad estudiantil, te otorga un Seguro de vida y un Seguro contra accidentes, en caso de muerte natural, muerte accidental o pérdidas orgánicas; este beneficio no implica costo para ti o tus familiares ya que es gratis. |

**NOTA IMPORTANTE:** En el pasado, haz enviado estás pólizas, llenadas a mano y escaneadas a través del correo electrónico; **sin embargo actualmente con las actividades presenciales y cambio de una de las aseguradoras, DEBERÁS REGISTRARLAS EN SISTEMA Y ENTREGARLAS EN FÍSICO.**

**Por favor, sigue las instrucciones a continuación:**

1. Entra a la página <http://www.sismi.dse.ipn.mx/> con los siguientes datos personales a la mano:



2. Da clic en la pestaña amarilla "Cédula de Afiliación Alumnos".



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

Inmediatamente después, aparecerá una pantalla como esta:

**Estimado Alumno Politécnico**

Como complemento a tu proceso de inscripción la Dirección de Apoyos a Estudiantes gestionará tu afiliación al seguro de salud facultativo IMSS, para lo que es necesario que realices el llenado de este formulario con información verídica, ya que será utilizada para realizar el trámite correspondiente.

Recuerda que es obligatorio que proporciones tu Número de Seguridad Social (NSS) personal y clínica que te corresponde de acuerdo a tu domicilio actual, 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.

**Es indispensable estar afiliado para poder asistir a prácticas escolares y/o actividades deportivas.**

Esta es una actividad conjunta del Departamento de Promoción y Prestaciones y el Departamento de Atención a la Salud derivada del programa interinstitucional PrevenIMSS.

Una vez capturados los datos debes guardar primeramente la información, enseguida imprimir la cédula y presentar este documento en el servicio médico de tu unidad académica de ingreso el día que te sea indicado para realizar la actividad PrevenIMSS.

---

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Guardar
Buscar

CURP	Boleta	Semestre	Nivel Académico	Unidad académica de nuevo ingreso	Modalidad	Carreras
AOCM890331HSPCTR09	2023440023	1 <sup>o</sup>	Superior	ENBA	ESCOLARIZADO	LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA
1er. Apellido		2do. Apellido		Nombre (s) Sin abreviaturas		
AGUILAR		CHACON		MAURICIO ALEJANDRO		
Fecha nacimiento	E-mail	C.P. actual	Estado	Municipio / Alcaldía		
31/03/1989	imau_ale89@gmail.com	02271	CIUDAD DE MÉXICO	Miguel Hidalgo		
Colonia	Calle	Núm. Exterior	Núm. Interior	Teléfono		
OBRERA POPULAR	CAMPO MEXICANO	198	1	5655234658		
Número de seguridad social	Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLÍNICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS		Clinica			
26160111873			HGZMF 76 Xalostoc			

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 estas afiliado por parte de tus padres?

Sí  No

Soy Foráneo  
--Selecciona la clínica--

Aquí deberás ingresar tus datos personales completos y sin abreviaturas, en caso de tener más de un nombre NO OMITAS NINGUNO y revisa que no haya errores de escritura. Recuerda que, si tus datos están mal capturados, tu trámite **no podrá ser validado**.

En caso de no contar con un número de seguridad social (NSS), se te asignará uno dentro de la misma plataforma haciendo clic en el link azul, que te redireccionará al portal del IMSS.

3. Si eres ESTUDIANTE FORANEO, registra la dirección del domicilio donde estarás viviendo durante el tiempo en que realices tus estudios. (Modalidad escolarizada proveniente del interior de la República Mexicana, radicando en CDMX o EDOMEX).
  - Si tu modalidad es no escolarizada (A distancia) radicando al interior de la República Mexicana, selecciona en tu Clínica la opción: "Soy Foráneo"

• **IMPORTANTE:** Ya concluida esta sección, **aún no utilices el botón de GUARDAR**, continua en la parte inferior, llenando ahora el formulario de "Seguro de vida y accidentes"

4. Registra un máximo de tres beneficiarios, que sean tus familiares directos y mayores de edad, asignándoles un porcentaje % cerrado sin números decimales a cada uno, que en suma de todos resulte 100% y no olvides seleccionar a cada uno con la opción "Irrevocable"

**Seguro de vida y Accidentes**

**Beneficiario 1**

Nombre completo de beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	<input type="radio"/> Revocable <input checked="" type="radio"/> Irrevocable
PEDRO AGUILAR GIL	CAMPO MEXICANO 103. REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX	50	PADRE	04/01/1968	

**Beneficiario 2**

Nombre completo del beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	<input type="radio"/> Revocable <input checked="" type="radio"/> Irrevocable
YOLANDA MARTINEZ SOSA	CAMPO MEXICANO 103. REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX	50	MADRE	05/01/1968	

**Beneficiario 3**

Nombre completo de beneficiario	Domicilio del beneficiario	Porcentaje %	Parentesco	Fecha nacimiento	<input type="radio"/> Revocable <input type="radio"/> Irrevocable

Total %  
100

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A. para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial.

Sí  No

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

4. Una vez ingresados todos tus datos correctamente, haz clic en **GUARDAR**

En caso de aparecer errores el sistema te indicara a través de **notificaciones en letras rojas** en que te haz equivocado. Presta especial atención a los dígitos de tu **CURP** y el **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL "NSS"**

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Buscar Guardar

CURP: AOCM890331HSPCTR09  
Boleta: 2023  
Semestre: 1°  
Nivel Académico: Superior  
Unidad académica de nuevo ingreso: ENBA  
Modalidad: ESCOLARIZADO  
Carreras: LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA

Consultar en RENAPO

1er. Apellido: AGUILAR  
2do. Apellido: CHACON  
Nombre (s) Sin abreviaturas: MAURICIO ALEJANDRO

Fecha nacimiento: 31/03/1989  
E-mail: mau\_ale89@gmail.com  
C.P. actual: 02271  
Estado: CIUDAD DE MÉXICO  
Municipio / Alcaldía: Miguel Hidalgo

Colonia: OBRERA POPULAR  
Calle: CAMPO MEXICANO  
Núm. Exterior: 198  
Núm. Interior: 1  
Teléfono: 5655234658

Número de seguridad social: 26160111873  
Clínica: HGZMF 76 Xalostoc

Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLINICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS

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/>

¿Recibes servicios médicos por parte de otra Institución de salud pública y/o privada y deseas rechazar el seguro facultativo del IMSS que te otorga el IPN?  
 Sí  No

**Seguro de vida y Accidentes**

**Beneficiario 1**

Nombre completo de beneficiario: PEDRO AGUILAR GIL  
Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX  
Porcentaje %: 50  
Parentesco: PADRE  
Fecha nacimiento: 04/01/1968  
 Revocable  
 Irrevocable

Nombre completo de beneficiario debe tener algún valor.  
Domicilio del beneficiario debe tener algún valor.  
Porcentaje % debe tener algún valor.  
Parentesco debe tener algún valor.  
Fecha nacimiento debe tener algún valor.  
debe tener algún valor.

**Beneficiario 2**

Nombre completo de beneficiario: YOLANDA MARTINEZ SOSA  
Domicilio del beneficiario: CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX  
Porcentaje %: 50  
Parentesco: MADRE  
Fecha nacimiento: 05/01/1968  
 Revocable  
 Irrevocable

**Beneficiario 3**

Nombre completo de beneficiario:   
Domicilio del beneficiario:   
Porcentaje %:   
Parentesco:   
Fecha nacimiento:   
 Revocable  
 Irrevocable

Total %: 100  
El total debe de ser = 100%

Una vez hayas guardado correctamente y sin errores tu información, notarás que aparecerá un recuadro color verde con la notificación **"Alumno registrado exitosamente"**, así como los botones para **imprimir los comprobantes para tu reinscripción (Pólizas)**.

Esta es una actividad conjunta del Departamento de Promoción y Prestaciones y el Departamento de Atención a la Salud derivada del programa interinstitucional PrevenIMSS. Una vez capturados los datos debes guardar primeramente la información, enseguida imprimir la cédula y presentarla en la Unidad de Admisión para que te sea indicado para realizar la actividad PrevenIMSS.

**Cédula Afiliación-PrevenIMSS**

Imprimir Cédula PrevenIMSS Imprimir Pólizas

CURP: AOCM890331HSPCTR09  
Boleta: 2023  
Semestre: 1°  
Nivel Académico: Superior  
Unidad académica de nuevo ingreso: ENBA  
Modalidad: ESCOLARIZADO  
Carreras: LICENCIATURA EN ARCHIVONOMÍA

Consultar en RENAPO

1er. Apellido: AGUILAR  
2do. Apellido: CHACON  
Nombre (s) Sin abreviaturas: MAURICIO ALEJANDRO

Fecha nacimiento: 31/03/1989  
E-mail: mau\_ale89@gmail.com  
C.P. actual: 02271  
Estado: CIUDAD DE MÉXICO  
Municipio / Alcaldía: Miguel Hidalgo

Colonia: OBRERA POPULAR  
Calle: CAMPO MEXICANO  
Núm. Exterior: 198  
Núm. Interior: 1  
Teléfono: 5655234658

Número de seguridad social: 01148900259  
Clínica: HGZMF 76 Xalostoc

Obtener NSS y recuerda que tu unidad médico familiar (CLINICA) aparece cuando digitas tu dirección dentro de la página del IMSS

5. Procede a hacer clic **SOLO EN EL BOTÓN VERDE** para tus **Pólizas de seguro de vida y de accidentes**.

Te generará un archivo PDF que deberás imprimir para firmar a mano y entregarlas presencialmente:

**A continuación visualizarás una muestra de la mismas:**

# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistia

### "Pólizas de Seguros" (Muestras)

Imprimir Cédula

Imprimir MMS

Imprimir Pólizas

De accidentes

**CONSENTIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

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 esta 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: **41845** Número Certificado: \_\_\_\_\_ Número de Filial: \_\_\_\_\_

Datos del Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s): **AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO** Masculino  Femenino   
 Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año: **31/MARZO /1989** Correo electrónico: **mau\_ale89@gmail.com** Teléfono: **565234658**

Campo Mexicano **198 1** OBRERA POPULAR **02271**

Calle: \_\_\_\_\_ Número (Exterior e Interior): \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Miguel Hidalgo **CIUDAD DE MÉXICO** MEXICO

Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad o Población: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_

Ocupación: **ESTUDIANTE** Categoría dentro de la misma: \_\_\_\_\_

¿Sueldo Mensual: \_\_\_\_\_

Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si  No  En caso de respuesta negativa indicar causa: **N/A** Periodo: desde **N/A** hasta **N/A**

Suma Asegurada o regla para determinarla: **N/A**

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 checked="" type="checkbox"/>
PEDRO AGUILAR GIL	CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX	50%	04/01/1968	PADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
YOLANDA MARTINEZ SOSA	CAMPO MEXICANO, 103, REYNOSA, AZCAPOTZALCO, 02241, CDMX	50%	05/01/1968	MADRE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo? **N/A**

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 que conozca o deba conocer en el momento de suscribir el 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 el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a declarar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

Manifiesto que conozco las condiciones especiales, particularidades y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página [www.latinoseguros.com.mx](http://www.latinoseguros.com.mx), y estoy conforme con las mismas.

0330203-A-2 1

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 las Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 018000011-900, 5130-28-00 ext. 1633 y 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Cuauhtémoc, 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, identificación de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones lícitas, 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 en 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](http://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](mailto: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](http://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 este documento.

CIUDAD DE MEXICO 13-JUL-23 MAURICIO ALEJANDRO AGUILAR CHACÓN  
 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 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/CONUSEF-001030-01.

[REVERSO]

De vida

**Aseguradora 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: **AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO**

R.F.C. **AOCM890331** Fecha Nacimiento **31/03/1989** CURP **AOCM890331HSPCTR09**

Correo electrónico: **mau\_ale89@gmail.com** Teléfono **565234658**

Domicilio: Calle y No. **CAMPO MEXICANO N° EXT 198 N° INT 1** Col. o Pob. **OBRERA POPULAR**

Del. o Mpio. **MIGUEL HIDALGO** Estado **CIUDAD DE MÉXICO** C. p. **02271**

SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

La Suma Asegurada y Coberturas serán estipuladas en la caratula de la póliza y certificado correspondiente. \$100,000.00 Básica

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Apellido Paterno/Materno/ Nombres	Parentesco	Porcentaje de Suma Asegurada
<b>PEDRO AGUILAR GIL</b>	<b>PADRE</b>	<b>50%</b>
<b>YOLANDA MARTINEZ SOSA</b>	<b>MADRE</b>	<b>50%</b>

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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo 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 autorizar a la Aseguradora a que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquil(los) beneficiario(s) adicional(les) que el(los) representante(s) de Suma Asegurada que se contracte(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 comprendo 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 otros fuentes o personas.

Utilizar sólo el recuadro, en caso de no saber o poder firmar, poner su huella digital.

CDMX 13/07/2023 AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO  
 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 pagar derecho, o en su defecto podrá pagar requiriendo 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. 06700, Ciudad de México, en horario hábil no será aceptado por la Aseguradora Patrimonial Vida, S.A. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son absolutamente gratuitos.

[REVERSO]

### ATENCIÓN

Deberás imprimir:



-Cada póliza, preferentemente a color, por ambos lados, en un total de 2 hojas tamaño carta, para proceder a firmarlas a mano



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivistomía

### “Pólizas de Seguros” (Firmas)



6. Por último, **firma** cada póliza en los espacios correspondientes, bajo las siguientes condiciones:

- **Coloca tu firma autógrafa (a mano), utilizando tinta azul, en el campo “Firma del Asegurado”, del reverso de la póliza de seguro accidentes.**



- **Coloca tu firma autógrafa (a mano), utilizando tinta azul, en el campo “Nombre y Firma del Asegurado”, del reverso de la póliza de seguro de vida.**
- **(NO UTILICES EL ESPACIO CENTRAL DEL SELLO)**



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 de teléfono: 5130-2888 y 5130-2828, o en el correo electrónico: unidad\_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 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. 06607, 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 comunicará en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2888.

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.  Sí  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 este documento.

GRUPO DE MÉXICO 13-JUL-23 Lugar y fecha	MAURICIO ALEJANDRO AGUILAR CHACÓN 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 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-50013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.

De accidentes

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.

CDMX 13/07/2023 Lugar y Fecha	 Sello de Recepción	AGUILAR CHACÓN MAURICIO ALEJANDRO 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-80069-0405-2022.

**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 antítesis 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 su beneficiario, 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 Anáhuac 77 int. 104, Col. Polanco Reforma, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11550, Ciudad de México, en horario hábil de atención en el teléfono 55-41-61-99-50, www.avpvida.mx. Todos los trámites relacionados con este documento o con el pago de la correspondiente Suma Asegurada, son totalmente gratuitos.

De vida

[REVERSO]

**Instituto Politécnico Nacional**  
Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

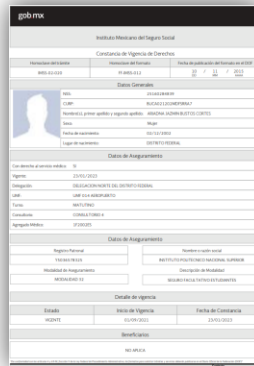
**¡Felicidades, en éste punto, haz concluido el registro e impresión de tu documentación en tema de salud como estudiante avanzado, por lo que sólo tendrás pendiente la entrega.**

**EN RESUMEN:**

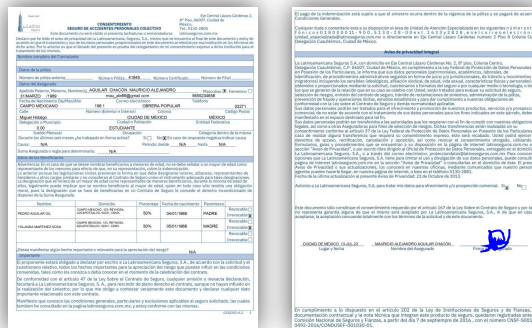
El día que acudas a reinscripción a la ***Ventanilla de Gestión Escolar***, **deberás acudir primeramente al Servicio Médico con 3 documentos impresos:**



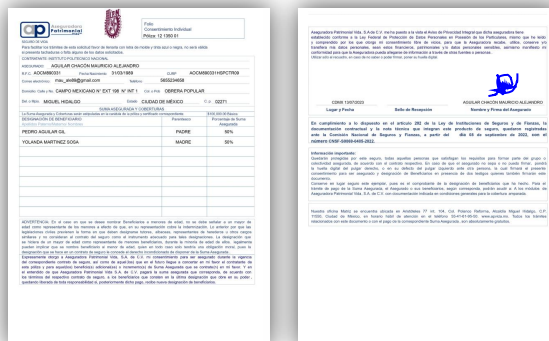
1. Constancia de Vigencia de Derechos del **IMSS actual.**



2. Anverso y reverso de la póliza de seguro de accidentes (***La Latino – Seguros***)



3. Anverso y reverso de la póliza de seguro de vida (***Aseguradora Patrimonial Vida***)



# Instituto Politécnico Nacional

## Escuela Nacional de Biblioteconomía y Archivonomía

### Preguntas frecuentes

1. ¿Qué pasa si recibo el seguro médico (IMSS/ISSSTE/u otro) por parte de mis padres o empleo y no es mi deseo afiliarme al seguro médico facultativo que me ofrece el IPN?

R: Deberás notificarlo al servicio médico de la ENBA mediante el formato correspondiente de **“Carta de no aceptación al seguro facultativo”** la cual obtendrás, solicitándola presencialmente en el Servicio Médico.

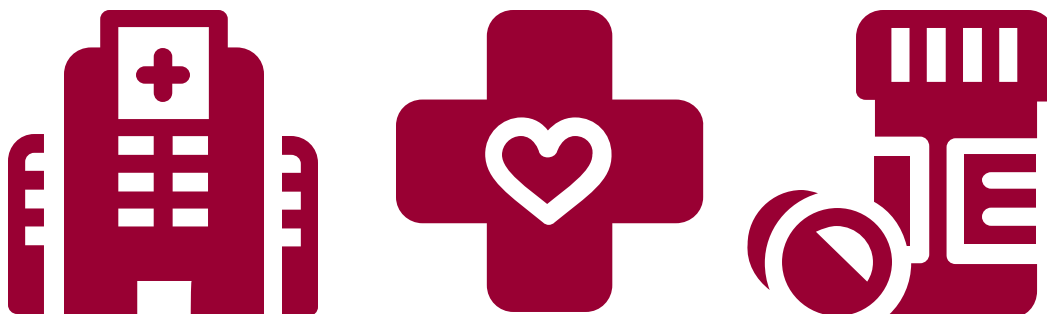
2. ¿Qué debo hacer si no deseo obtener el seguro de vida o contra accidentes que me ofrece el IPN?

R: Deberás notificarlo al servicio médico de la ENBA con el formato correspondiente de **“Carta de no aceptación al seguro de vida y accidentes para estudiantes seguro facultativo”**.

La obtendrás, solicitándola presencialmente en el Servicio Médico.

3. Si al momento de Consultar mi NSS me dice que mi correo ya está asociado a otro NSS o viceversa ¿Qué debo hacer?

R: Puedes realizar nuevamente la consulta de tu NSS usando una cuenta de correo distinto o acudir directamente a la Subdelegación del IMSS que corresponda según tu domicilio.





**Instituto Politécnico Nacional**  
**“La Técnica al Servicio de la Patria”**



**ENBA**

Educar para preservar la  
memoria de la humanidad

**2023**