



# INSCRIPCIÓN ALUMNOS NUEVO INGRESO AL SERVICIO MÉDICO (PERIODO ESCOLAR 26-1 (AGO 2025-ENE 2026))

## Documentación

- Responde el formulario de datos médicos, verificamos el llenado al momento de tu inscripción.
- **Número de Seguridad Social (NSS)** del IMSS ó 2 originales de **Vigencia de derechos del IMSS** con fecha actual ( no mayor a 5 días de la fecha de inscripción), en base a tu situación personal. En la parte superior de tu hoja de Vigencia de derechos o NSS deberás poner tus datos: **Carrera** en la que estas asignado y **pre-boleta o boleta**.
- Llenar los **2 formatos de seguro de vida** en original
  - Consentimiento de seguro de vida (Patrimonial)
  - Consentimiento seguro de accidentes (La Latino)



[Formulario 26-1](#)

NSS



<https://n9.cl/yjrp>

Vigencia de derechos



[https://n9.cl/constancia-vigencia\\_der](https://n9.cl/constancia-vigencia_der)

Seguro de vida  
(Patrimonial)



<https://acortar.link/UgSxIP>

Seguro de accidentes  
(La Latino)



<https://acortar.link/vtIP9J>

- Una fotografía de tamaño infantil a color, puede ser instantánea



**RESPONDE EL FORMULARIO DATOS MÉDICOS DE  
INSCRIPCIÓN  
AL SERVICIO MÉDICO  
(OBLIGATORIO PARA TODOS LOS ALUMNOS)**

## Formulario de Datos Médicos



[Ehttps://acortar.link/dZFq90](https://acortar.link/dZFq90)

Formulario 25-1



# Número de Seguridad Social

**Paso 1:** Descargar el Número de seguridad Social de la pagina del Instituto Mexicano del Seguro Social.

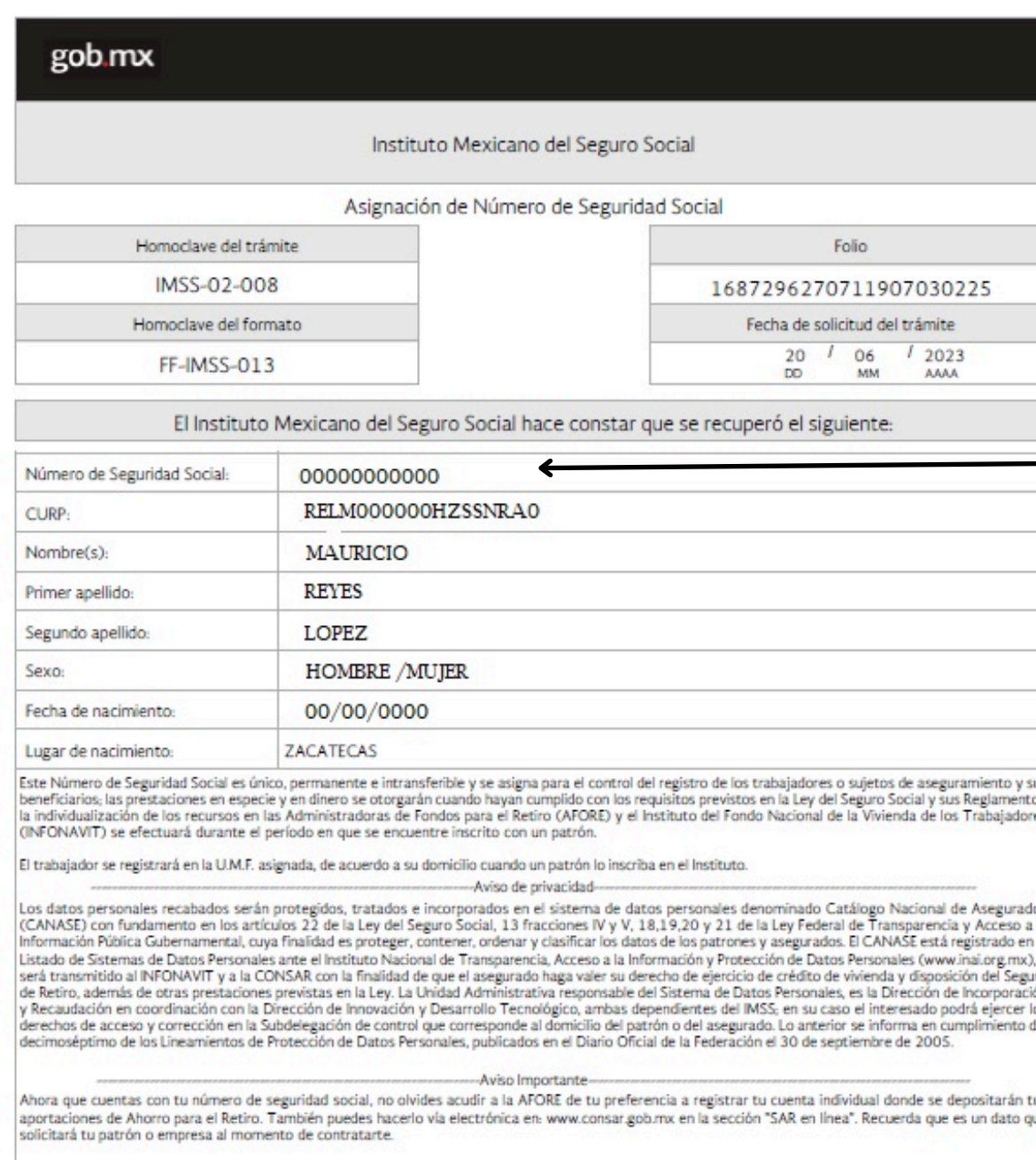
Enlace: <https://n9.cl/yjrp> (o escanea el código QR) el NSS te llegará a tu correo.

**Paso 2:** Una vez descargado, deberás **imprimir el documento y entregarlo al personal de servicio médico** para que se tramite tu afiliación al IMSS.

NSS



<https://n9.cl/yjrp>



NSS

**Nota:** Los alumnos que **egresaron de escuelas particulares o aquellos que no fueron afiliados al IMSS como estudiantes deben entregar solo el Número de Seguridad Social en lugar de la vigencia de derechos del IMSS**



**Nota:** Los alumnos que **egresaron de preparatorias públicas** (Eje: COBAEZ, UAZ, Tecnológico, CBTis, CBTA, CECYTEZ, etc.) deben de entregar la **Vigencia de Derechos de IMSS en lugar del NSS**, pues ya estuvieron anteriormente dados de alta en el seguro.

**Paso 3:** Espera 7 días a partir de la fecha en la que entregaste tu NSS.

Alta en Clínica (UMF)

**Paso 4:** Transcurrido ese tiempo deberás tramitar la **asignación de la clínica (UMF Unidad Médico Familiar)** <https://n9.cl/jlc2j>, debes tener a la mano: NSS, correo electrónico, CURP, además de conocer el código postal donde vives actualmente para que te genere la clínica mas cercana a **tu domicilio de estudiante..**



<https://n9.cl/jlc2j>

Las clínicas que se consideran cercanas son: Zacatecas 001, Colinas del padre 057, Guadalupe 003, Villa Fontana 058, Morelos 033, Calera 021, Fresnillo 055 o Jerez 005. Para Jerez y Fresnillo (u otro municipio cercano), solo se puede mantener así en caso de seguir viviendo en el municipio durante el periodo escolar (entre semana).

**Paso 5:** Entrega a Servicio Médico 2 impresiones de la Vigencia de Derechos (los datos de los círculos son indispensables) así concluye el trámite completo de alta de afiliación ante el IMSS.

The screenshot shows the 'Constancia de Vigencia de Derechos' form from the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Key data points are highlighted with red boxes:

- Datos Generales:** NSS (XXXXXXXXXXXX), CURP (XXXXXXXXXXXX), Nombre(s) (NOMBRE COMPLETO), Sexo (HOMBRE/MUJER), Fecha de nacimiento (XX/XX/XXXX), Lugar de nacimiento (ESTADO DONDE NACIÓ).
- Datos de Aseguramiento:** Con derecho al servicio médico (SI), Vigente (24/06/2022), Delegación (ZACATECAS), UMF (UMF 057 ZACATECAS), Turno (VESPERTINO), Consultorio (CONSULTORIO 1), Agregado Médico (1F2000ES).
- Datos de Aseguramiento (Patronal):** Registro Patronal (H0929861327), Nombre o razón social (UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA CAMPUS ZACATE), Modalidad de Aseguramiento (MODALIDAD 32), Descripción de Modalidad (SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES).
- Detalle de vigencia:** Estado (VIGENTE), Inicio de Vigencia (10/01/2019), Fecha de Constancia (24/06/2022).

Datos personales:

**Nombre completo**

Con derecho a servicio:

**SI**

Datos de alta en clínica

**(UMF)**

Razón social:

**Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería Campus Zacatecas**

Fecha de consulta:

**00/00/0000**

Estado:

**Vigente**



# Formato de vigencia de derechos

## Paso 1: Descargar la vigencia de derechos IMSS

Enlace: [https://n9.cl/constancia-vigencia\\_der](https://n9.cl/constancia-vigencia_der) o escanea el código QR de la primer hoja. La vigencia te llegará a tu correo electrónico. (si no te permite descargarla, deberás sustituirlo por el NSS, esto pasa cuando nunca has estado asegurado al IMSS).

**Paso 2:** Existen diferentes situaciones que se pueden presentar, sigue las indicaciones según sea **tu caso particular:**

### a) VIGENCIA CON BAJA - SIN DERECHO A LA ATENCIÓN

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
		10 / 11 / 2015 DD / MM / AAAA

Datos Generales

NSS: [REDACTED]  
 CURP: [REDACTED]  
 Nombre(s), primer apellido y segundo apellido: [REDACTED]  
 Sexo: Mujer  
 Fecha de nacimiento: 27/09/1996  
 Lugar de nacimiento: [REDACTED]

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico: **NO**  
 Vigente: [REDACTED]  
 Delegación: [REDACTED]  
 UMF: [REDACTED]  
 Turno: MATUTINO  
 Consultorio: CONSULTORIO 3  
 Agregado Médico: [REDACTED]

Datos de Aseguramiento

Registro Patronal: [REDACTED] Nombre o razón social: **NOMBRE DE LA PREPARATORIA**  
 Modalidad de Aseguramiento: MODALIDAD 32 Descripción de Modalidad: [REDACTED]

Detalle de vigencia

Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
<b>BAJA</b>	08/02/2021	14/09/2022

Beneficiarios

NO APLICA

De conformidad con los artículos 4 y 29 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar servicios y servicios deberán publicarse en el Sitio Oficial de la Federación (DOF)

Contacto  
 Puesto de Atención al Cliente (PAC) - IPN

Vigencia de derechos



<https://n9.cl/ab7jh>

Una vez descargado, deberá decir **NO** tiene derecho, y en el estado :**BAJA**.

**\*\*\* Específicamente en este caso se realiza el alta por IPN - UPIIZ de forma rápida, NOTIFICA por correo electrónico [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx) (anexa vigencia donde indique el estado de baja en el IMSS) \*\*\***



## b) VIGENCIA CON SEGURO POR TU ESCUELA ANTERIOR.

Si eres alumno egresado de alguna preparatoria pública (Eje: COBAEZ, UAZ, Tecnológico, CBTis, CBTA, CECYTEZ, etc.) revisa si aún aparece en el Nombre o razón social el **nombre de la preparatoria de la que egresaste**.

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:	
	CURP:	
	Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:	JOSE DAVID
	Sexo:	Hombre
	Fecha de nacimiento:	15/ /2003
	Lugar de nacimiento:	ZACATECAS
Datos de Aseguramiento		
Cón derecho al servicio médico:	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
Vigente:		19/ /2023
Delegación:		ZACATECAS
UMF:		UMF 003 GUADALUPE
Turno:		MATUTINO
Consultorio:		CONSULTORIO 3
Agregado Médico:		1M2003ES
Datos de Aseguramiento		
Registro Patronal	Nombre o razón social	
H0910349324	CENTRO DE ESTUDIOS CIENTIFICOS Y TECNOLOGICOS 18 DE ZACATECAS	
Modalidad de Aseguramiento	Descripción de Modalidad	
MODALIDAD 32	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES	
Detalle de vigencia		
Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
<input checked="" type="checkbox"/> VIGENTE	03/03/2022	19/01/2023

Si en tu vigencia presenta esta situación :

1. Solicita la baja del IMSS mediante correo o llamada telefónica a la escuela que aparece.

2. **Notifica a Servicio Médico cuando tu baja se haya realizado.** Envía un correo electrónico a [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx) (nosotros no tenemos manera de saber que ya estan sin seguro), **favor de notificarnos para afiliarte al IMSS a la brevedad.**

3. Realiza el procedimiento del inciso anterior **"a) Vigencia con Baja"**.



*Nota: La manera de comprobar tu Baja, sería cuando tu vigencia de derechos del IMSS indique Estado: **BAJA**.*

*El trámite de alta por IPN-UPIIZ tardará 7 días hábiles después de haber entregado el comprobante de Vigencia al servicio médico, transcurrido ese tiempo tramita el alta en la clínica (UMF)*

### Alta en Clínica (UMF)



<https://n9.cl/jlc2j>

*Las clínicas que se consideran cercanas son:*

Zacatecas	001
Colinas del padre	057
Guadalupe	003
Villa Fontana	058
Morelos	033
Calera	021
Fresnillo	055
Jerez	005

*Para Jerez y Fresnillo (u otro municipio cercano), solo se puede mantener así en caso de seguir viviendo durante el periodo escolar (entre semana) en dicho municipio.*

*En el caso de que tengas registrada una clínica (UMF) que no corresponde al estado de Zacatecas, o de un municipio lejano a la capital, debes actualizarla, investiga el código postal para que se te asigne la más cercana a tu domicilio.*

<https://n9.cl/jlc2j>, en caso de tener en blanco esos datos, es necesario tener a la mano NSS, correo electrónico, CURP y conocer el código postal donde vives actualmente para que te genere la clínica mas cercana a tu domicilio.



Datos personales: **Nombre completo**

Con derecho a servicio: **SI**

Datos de alta en clínica (UMF)

Razón social: **Unidad Profesional Interdisciplinaria de Ingeniería Campus Zacatecas**

Fecha de consulta: **00/00/0000**

Estado: **Vigente**

**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:	XXXXXXXXXXXXXX
	CURP:	XXXXXXXXXXXXXX
	Nombre(s), primer apellido y segundo apellido:	NOMBRE COMPLETO
	Sexo:	HOMBRE/MUJER
	Fecha de nacimiento:	XX/XX/XXXX
	Lugar de nacimiento:	ESTADO DONDE NACIÓ

Datos de Aseguramiento

Con derecho al servicio médico:	SI
Vigente:	24/06/2022
Delegación:	ZACATECAS
UMF:	UMF 057 ZACATECAS
Turno:	VESPERTINO
Consultorio:	CONSULTORIO 1
Agregado Médico:	1F2000ES

Datos de Aseguramiento

Registro Patronal	H0929861327	Nombre o razón social	UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE INGENIERIA CAMPUS ZACATE
Modalidad de Aseguramiento	MODALIDAD 32	Descripción de Modalidad	SEGURO FACULTATIVO ESTUDIANTES

Detalle de vigencia

Estado	Inicio de Vigencia	Fecha de Constancia
VIGENTE	10/01/2019	24/06/2022

Beneficiarios

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, Delegación  
Cuauhtémoc C.P. 06600 México, D.F.  
Tel. 01 800 623 23 23  
<http://atencion.contactoimss.com.mx>



## c) CONSTANCIA CON SEGURO POR PADRES, TRABAJO, ESPOSO (A), CONYUGE, SEGURO PRIVADO.

Para aquellos alumnos que quieren continuar con **seguro médico diferente al que la escuela otorga**, en virtud de tener cobertura para atención médica, y no desear que la escuela los afilie deberán descargar de la página oficial la **Carta de renuncia** para la afiliación al seguro facultativo IMSS y comprobar con un **documento** que indique su cobertura (*Por ejemplo: Aviso de prolongación de servicios médicos IMSS , vigencia de prorroga de estudios del ISSSTE, póliza o credencial*) donde indica la fecha que cubre su seguro.

Para obtener la *carta de renuncia* <https://acortar.link/ssnPml> requisita los datos y envía un correo a [smedico-upiiz@ipn.mx](mailto:smedico-upiiz@ipn.mx) con el archivo debidamente firmado.

El trámite lo deben actualizar cada semestre y es exclusivo de los alumnos **no asegurados por UPIIZ**. Es necesario que soliciten una **constancia de estudios en Gestión Escolar** y la presenten en la institución que los asegura, y entreguen el documento que indica la nueva cobertura para anexar a su expediente.

A continuación se ofrece un ejemplo de la carta de renuncia:

## CARTA DE RENUNCIA PARA LA AFILIACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS.

El "Decreto de incorporan al régimen obligatorio del seguro social, correspondiente 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 del 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.5ALHCT.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. Ya vez que, actualmente mi seguro médico se encuentra cubierto por (Institución a la que encuentra afiliado/a) \_\_\_\_\_, correspondiéndome el Número de Seguridad Social (NSS) \_\_\_\_\_, por parte de mi (padre/madre/tutor/empresa/ u otro servicio médico) \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Firma del (a) estudiante, padre o tutor): \_\_\_\_\_

Número de boleta: \_\_\_\_\_

Programa académico: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Unidad Académica: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<https://acortar.link/ssnPml>

### Documentos

Seguros	Material de interés	Video Tutoriales
<ul style="list-style-type: none"><li>● Trámites IMSS</li><li>● Seguro de accidente</li><li>● Seguro de vida</li><li>● Formato de Carta Renuncia IMSS-IPN</li><li>● Ejemplos de seguros</li><li>● Ejemplo de vigencias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Alumnos de nuevo ingreso</li><li>● Requisitos de reinscripción a SM</li><li>● Guía para darse de alta en el servicio médico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Descargar la vigencia de derechos</li><li>● Darse de alta en su Unidad Médica Familiar</li><li>● ¿Cómo llenar el formato de SEGURO del IPN en caso de ACCIDENTE?</li><li>● ¿Cómo llenar el formato de Seguro del IPN en caso de MUERTE?</li><li>● Formulario de datos médicos</li></ul>

**Paso 3:** Una vez identificada tu situación en el **paso 2**, imprime el documento en una sola hoja (por las dos caras), el cuál debe tener fecha del mes en curso.



# Formatos de seguros de vida



Deberás de entregar dos formatos: El Seguro de accidentes; y el Seguro de Muerte.

Seguro de vida  
(Patrimonial)



<https://acortar.link/UgSxIP>

Seguro de accidentes  
(La Latino)



<https://acortar.link/vtIP9J>

Deberás entregar ambos formatos de manera impresa.





El siguiente formato indica un ejemplo de como deberás llenar con tus datos la información requerida. Recuerda también que deberás entregar los **formatos originales** de "Seguro de accidentes" y "Seguro de vida".

# SEGURO DE ACCIDENTES



## 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	
Datos del Asegurado					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		ApellidoP ApellidoM Nombre(s)		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
dd/mm/aaaa		usuarioAlumno@alumno.ipn.mx		xxx xxx xxxxx	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono	
Nombre de la calle		x		Nombre de la colonia	
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia	
Nombre completo del municipio		Nombre del estado		Nombre del estado	
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	
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa	Padre/Madre/ Abuelx/Hermanx/ Tix/Sobrinx(+18)/ Hijx(+18)/Esposx/ Cónyugue	Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa		Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre COMPLETO	Domicilio COMPLETO	xx%	dd/mm/aaaa		Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input checked="" type="checkbox"/>
¿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.					

← Tachar padre o del tutor





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](mailto: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](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 éste documento.

Fecha de inicio de semestre periodo

<b>Zacatecas</b> <u>dd/mm/aaaa</u> Lugar y fecha	<b>Nombre(s) ApellidoP ApellidoM</b> Nombre del Asegurado	<i>Firma</i> Firma del Asegurado
--	--	-------------------------------------

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la <sup>2</sup> 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.

Para el apartado "Lugar y fecha" deberán estrictamente colocarse para "lugar" **Zacatecas** y para "fecha" el periodo **escolar 26-1 (agosto 2025 - enero 2026)** la fecha de inicio de semestre **25/08/2025 o los días subsecuentes a esa fecha.**

¡Recuerda que debes **IMPRIMIR Y FIRMAR** de manera **AUTÓGRAFA** (con tu puño y letra), con **tinta AZUL** los 2 formatos de seguro de vida!







**Vigencia de derechos**



[https://n9.cl/constancia-vigencia\\_der](https://n9.cl/constancia-vigencia_der)

**NSS**



<https://n9.cl/yjrp>

**Alta en Clínica (UMF)**



<https://n9.cl/jlc2j>

**Cambio de clínica (UMF)**



<https://acortar.link/tnCxNj>

**Seguro de vida  
(Patrimonial)**



<https://acortar.link/UgSxIP>

**Seguro de accidentes  
(La Latino)**



<https://acortar.link/vtlP9J>