



# Seguro de Prácticas Profesionales y/o Servicio Social



Se ampara la estancia del estudiante dentro de la empresa contratante para prácticas profesionales, así como los traslados directos e ininterrumpidos desde el domicilio del asegurado hacia el lugar de empleo y viceversa.

Cobertura por muerte accidental, perdidas orgánicas, reembolso de gastos médicos por accidente. **SIN DEDUCIBLE.**

6 meses **\$230.00**  
(IVA incluido)

### SUMA ASEGURADA

Coberturas	Opción A	Opción B
Muerte Accidental	\$ 250,000.00	\$ 400,000.00
Pérdidas Orgánicas	\$ 250,000.00	\$ 400,000.00
Reem. Gastos Médicos	\$ 60,000.00	\$ 120,000.00
Deducible	\$ 0.00	\$ 0.00
Periodo de Cobertura	Costo (incluye IVA)	Costo (incluye IVA)
1 Mes	\$ 40.00	\$ 80.00
2 Meses	\$ 85.00	\$ 170.00
3 Meses	\$ 135.00	\$ 240.00
4 Meses	\$ 175.00	\$ 330.00
5 Meses	\$ 200.00	\$ 380.00
6 Meses	\$ 230.00	\$ 440.00

**Contacto:**

(81) 5000 9271

(81) 8099 2941

asesoria@holding.mx

[www.holding.mx](http://www.holding.mx)

/Holding.Mx

/HoldingMx

/HoldingMx

**HOLDING**  
**GRUPO ASEGURADOR**

Experiencia que da confianza

(81) 5000 9271  
(81) 8099 2941  
asesoria@holding.mx  
www.holding.mx



Tel. (81) 83 68 14 00  
www.acegroup.com

**UANL**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

## Solicitud de Seguro de Prácticas Profesionales y/o Servicio Social.

Datos practicante

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Escuela o Universidad: \_\_\_\_\_ ¿ Tiene alguna deformidad o ha sufrido mutilación alguno ?

SI   NO En Caso de respuesta afirmativa favor de aclarar: \_\_\_\_\_

Datos de Empresa

Razón social de la Empresa: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Duración de las prácticas: \_\_\_\_\_ Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Beneficiario (S):	Nombre	Parentesco	Porcentaje
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Firmamos de conformidad el presente documento, comprometiéndonos a pagar a Ace Seguros, S.A. el importe por concepto de prima de seguro contra accidentes personal por cada mes o fracción que dure la práctica de acuerdo con los términos establecidos en la póliza 30-13721.

Coberturas	Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Reem. Gastos Médicos	Deducible
Opción "A"	\$ 250,000.00	\$ 250,000.00	\$ 60,000.00	\$ 0.00
Opción "B"	\$ 400,000.00	\$ 400,000.00	\$ 120,000.00	\$ 0.00

**Costo Total de Cobertura (incluye IVA)**

	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES
Opción "A"	A1: \$40.00	A2: \$85.00	A3: \$135.00	A4: \$175.00	A5: \$200.00	A6: \$230.00
Opción "B"	B1: \$80.00	B2: \$170.00	B3: \$240.00	B4: \$330.00	B5: \$380.00	B6: \$440.00

Firma del Practicante

Sello de la Empresa

Sello de la Escuela