



AARCO Agente de Seguros y fianzas SA de CV  
Tel. 1352 1771  
Cel. 044 811 655 49 45  
rosy.resendiz@aarco.com.m  
www.aarco.com.m



Royal Sun Alliance Mé ico SA de CV  
Humberto Junco Voight No. 2315  
Col. valle Oriente, C.P. 66269  
Monterrey, N.L.  
www.rsa.com.m



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 falta de algun miembro?  
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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Riesgos cubiertos	Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Reembolso de Gastos Médicos
Opción 1	\$ 250,000.00	\$ 250,000.00	\$ 60,000.00
Opción 2	\$ 300,000.00	\$ 300,000.00	\$ 100,000.00
Opción 3	\$ 400,000.00	\$ 400,000.00	\$ 120,000.00

Costo Total de Cobertura (incluye IVA)										
Opción 1										
	1er. Mes	\$ 55.00	2do. Mes	\$ 111.00	3er. Mes	\$ 145.00	4to. Mes	\$ 191.00	5to. Mes	\$ 235.00
Opción 2		\$ 79.00		\$ 158.00		\$ 224.00		\$ 294.00		\$ 362.00
Opción 3		\$ 100.00		\$ 192.00		\$ 272.00		\$ 363.00		\$ 443.00
									6to. Mes	\$ 534.00

Coberturas adicionales, en caso de accidente, RSA cubrira los gastos erogados por la atencion directamente al Hospital, Medicos, ambulancia sin costo para la atencion en el lugar del accidente en caso de asi requerirlo, traslado al centro Hospitalario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Practicante

\_\_\_\_\_  
Sello de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Sello de la Empresa

**NOTA IMPORTANTE:** PRESENTAR POR CUADRUPLICADO, INCLUYENDO SELLO DE LA ESCUELA Y FIRMA DEL PRACTICANTE.