

Solicitud de Seguro de Prácticas Profesionales y/o Servicio Social

Datos de Practicante

Nombre del alumno: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Fecha de nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___ Sexo ___

Escuela: _____

Datos de Empresa

Empresa: _____

R.F.C.: _____ Domicilio: _____

Colonia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Contacto: _____

Início: _____ Término: _____

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

Riesgos cubiertos	Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Reembolso de Gastos Médicos
Opción "T"	\$ 200,000	\$ 200,000	\$ 60,000
Opción "U"	\$ 250,000	\$ 250,000	\$ 100,000
Opción "V"	\$ 350,000	\$ 350,000	\$ 120,000

Opción	Meses					
	1er. Mes	2do. Mes	3er. Mes	4to. Mes	5to. Mes	6to. Mes
Opción "T"	\$ 45	\$ 90	\$ 140	\$ 180	\$ 230	\$ 270
Opción "U"	\$ 70	\$ 140	\$ 200	\$ 270	\$ 330	\$ 400
Opción "V"	\$ 85	\$ 175	\$ 250	\$ 335	\$ 410	\$ 495

Firma del Practicante

Sello de la Escuela

Sello de la Empresa