



**HOLDING**  
**GRUPO ASEGURADOR**

Experiencia que da confianza



# Seguro de Prácticas Profesionales y/o Servicio Social

Obtén de una forma rápida y sencilla el mejor seguro de prácticas profesionales y/o servicios social, con este seguro ampara la estancia del estudiante dentro de la empresa contratante al realizar tus prácticas profesionales y/o servicio social, así como los traslados directos e ininterrumpidos desde el domicilio del asegurado hacia el lugar del empleo y viceversa.

Cobertura por muerte accidental, pérdidas 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
Período 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

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

### Datos del 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 alguna?

Sí  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 Zurich 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.

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