

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
DE VIDA Y ACCIDENTES ESCOLARES**



Póliza: Vigencia: 01/01/2015 Certificado: Hasta: 31/12/2015 Fecha expedición:

Nombre del grupo: Instituto Politécnico Nacional R.F.C.:
C.U.R.P.:

Asegurado: Fecha de nacimiento:

Tel.:

Sexo: M F

Estado civil:

Regla para determinar la suma asegurada Muerte natural: \$ 100,000.00 M.N. Muerte accidental y/o pérdidas orgánicas \$ 200,000.00 M.N. Gastos funerarios: \$ 20,000.00 M.N.	
--	--

Beneficiarios:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
------------------	------------------	-----------	------------	------------

Seguros Atlas, S.A. (la compañía) certifica que, según inscripción de esta fecha en el Registro de Asegurados de la póliza citada, se asegura la vida del "asegurado" indicado, en la suma asegurada que resulte de aplicar la regla para determinarla, que la compañía pagará al "beneficiario" designado, previa la presentación de pruebas del fallecimiento y de sus causas y del derecho del reclamante, siempre que la póliza y éste certificado se encuentren en vigor.

México, D.F. a de de

Firma del contratante

Firma autorizada

En virtud de la solicitud presentada a Seguros Atlas, S.A., por el contratante para un seguro de grupo de vida denominado como se indica, manifiesto a ustedes mi consentimiento para ser asegurado en dicha póliza, para este efecto proporciono los datos. Para efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas.

En Seguros Atlas, sus datos están protegidos, consulte el aviso de privacidad en www.segurosatlas.com.mx

Firma del asegurado