

- * El llenado es exclusivamente con pluma azul.
- * Nombres y Apellidos completos,
- * No abreviaturas, No Tachones o Sobrescritos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESTUDIANTILES Y GESTIÓN ESCOLAR

FORMATO PARA LA DESIGNACIÓN DE PERSONAS BENEFICIARIAS
DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLAR*
LICENCIATURA Y POSGRADO

Nombre del alumno o alumna:	Nombre completo lo mas legible posible		
Matrícula:	Debe poner la Matricula de UABC		
Unidad Académica:	Nombre de la Escuela/Facultad/Instituto		
Fecha de ingreso: Anote el año de ingreso a la licenciatura o el periodo de ingreso al posgrado según corresponda a su caso.	Agosto del año: No seleccionar nada (sólo alumnos nuevo ingreso licenciatura)	Febrero del año: licenciatura	Posgrado: Escribir Mes y año de inicio de clases

En caso de sufrir un accidente estudiantil y lamentablemente llegue a fallecer, usted está protegido(a) con un seguro, el cual proporcionará un beneficio económico en apoyo a gastos funerarios a su(s) beneficiario(s), distribuidos de acuerdo al porcentaje que indique. Favor de no designar beneficiarios menores de edad.

BENEFICIARIO (A) S

	Nombre(s)	Porcentaje
1.-	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
2.-	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
3.-	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
4.-	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

* Debe escribir el nombre completo de al menos un beneficiario, mayor de edad y familiar directo.

* Si escribe mas de un beneficiario, el porcentaje total debe sumar 100%

Firma del alumno o alumna

*Solo se permiten números enteros

***Este formato debe ser llenado y firmado solo por el alumno(a) y entregado en su unidad académica.**