

Fecha de ingreso	Póliza	Certificado	R.F.C. con Homoclave

**DATOS DEL TITULAR.**

Nombre completo del titular.				
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)				Número de empleado
Dependencia	Clave de Dependencia	Nombramiento		
Domicilio (Calle y no. exterior e interior)		Colonia	Población (ciudad)	
Estado	C.P.	Delegación	Teléfono particular	Teléfono oficina

**DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.**

Se entenderá como dependientes económicos del titular con derecho a la protección del Seguro de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o compañero(a) y a sus hijos menores de 25 años de edad, comunes o de cada uno de ellos, que sean solteros, no tengan remuneración por trabajo alguno y residan en forma permanente en el domicilio del titular.

**Tipo de Trámite**      Alta       Baja       Modificación

Nombre Completo de los dependientes						
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género		Parentesco con el Asegurado Titular
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si el movimiento que nos reporta corresponde a una sustitución, por favor indique los datos de la persona que causa baja en el seguro.

Nombre Completo de los dependientes						
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género		Parentesco con el Asegurado Titular
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Beneficiarios (en caso de fallecimiento)		
Apellido paterno-Apellido materno-Nombre(s)	Parentesco con el titular	%

F- 2021-1 JULIO 2014

SEGUROS INBURSA

Fecha de ingreso	Póliza	Certificado	R.F.C. con Homoclave

**DATOS DEL TITULAR.**

Nombre completo del titular.				
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)			Número de empleado	
Dependencia	Clave de Dependencia	Nombramiento		
Domicilio (Calle y no. exterior e interior)		Colonia	Población (ciudad)	
Estado	C.P.	Delegación	Teléfono particular	Teléfono oficina

**DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.**

Se entenderá como dependientes económicos del titular con derecho a la protección del Seguro de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o compañero(a) y a sus hijos menores de 25 años de edad, comunes o de cada uno de ellos, que sean solteros, no tengan remuneración por trabajo alguno y residan en forma permanente en el domicilio del titular.

Tipo de Trámite      Alta       Baja       Modificación

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el movimiento que nos reporta corresponde a una sustitución, por favor indique los datos de la persona que causa baja en el seguro.

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Beneficiarios (en caso de fallecimiento)		
Apellido paterno-Apellido materno-Nombre(s)	Parentesco con el titular	%

F- 2021-1 JULIO 2014

MÓDULO

Fecha de ingreso	Póliza	Certificado	R.F.C. con Homoclave

**DATOS DEL TITULAR.**

Nombre completo del titular.				
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)				Número de empleado
Dependencia	Clave de Dependencia	Nombramiento		
Domicilio (Calle y no. exterior e interior)		Colonia	Población (ciudad)	
Estado	C.P.	Delegación	Teléfono particular	Teléfono oficina

**DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.**

Se entenderá como dependientes económicos del titular con derecho a la protección del Seguro de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o compañero(a) y a sus hijos menores de 25 años de edad, comunes o de cada uno de ellos, que sean solteros, no tengan remuneración por trabajo alguno y residan en forma permanente en el domicilio del titular.

**Tipo de Trámite**      Alta       Baja       Modificación

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el movimiento que nos reporta corresponde a una sustitución, por favor indique los datos de la persona que causa baja en el seguro.

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Beneficiarios (en caso de fallecimiento)		
Apellido paterno-Apellido materno-Nombre(s)	Parentesco con el titular	%

F- 2021-1 JULIO 2014

DGP UNAM

Fecha de ingreso

Póliza

Certificado

R.F.C. con Homoclave

**DATOS DEL TITULAR.**

Nombre completo del titular.				
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)				Número de empleado
Dependencia	Clave de Dependencia	Nombramiento		
Domicilio (Calle y no. exterior e interior)		Colonia	Población (ciudad)	
Estado	C.P.	Delegación	Teléfono particular	Teléfono oficina

**DATOS DE LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS.**

Se entenderá como dependientes económicos del titular con derecho a la protección del Seguro de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o compañero(a) y a sus hijos menores de 25 años de edad, comunes o de cada uno de ellos, que sean solteros, no tengan remuneración por trabajo alguno y residan en forma permanente en el domicilio del titular.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si el movimiento que nos reporta corresponde a una sustitución, por favor indique los datos de la persona que causa baja en el seguro.

Nombre Completo de los dependientes					
Apellido paterno - Apellido materno - Nombre(s)	Fecha de Nacimiento			Género	
	día	mes	año	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Beneficiarios (en caso de fallecimiento)		
Apellido paterno-Apellido materno-Nombre(s)	Parentesco con el titular	%

F- 2021-1 JULIO 2014

ASEGURADO

Fecha de elaboración

Firma del Titular