



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:			
Matrícula:			
Unidad Académica:			
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:	Febrero del año:	Posgrado:

En caso de sufrir un accidente escolar 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. Puede anotar entre una y cuatro personas beneficiarias, como usted prefiera, la suma de los porcentajes debe ser 100%.

Favor de no designar beneficiarios menores de edad, ni colocar abreviaturas, tachaduras o uso de lápiz o corrector.

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"/> %

\_\_\_\_\_  
Firma del alumno o alumna

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