- **El llenado es exclusivamente con pluma azul o negra**
- **Deber nombre y apellido completos, NO abreviaturas, No tachones o Sobrescrito**

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**		
Matrícula:	**1234567**		
Unidad Académica:	**Nombre de Facultad**		
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: **2025**	Febrero del año:	Posgrado:

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.

Debe dejar en blanco los espacios

BENEFICIARIO(A)S

	Nombre(s)	Porcentaje
1.-	**Nombre de papá o mamá**	**100** %
2.-		%
3.-		%
4.-		%

- **Debes escribir el nombre completo de al menos un beneficiario**
- **Si escribes mas de un beneficiario, el porcentaje total debe sumar 100%**
- **Solo se permiten números enteros**

Debes firmar o poner tu nombre

Firma del alumno o alumna

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