



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: 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.

B E N E F I C I A R I O (A) S

	Nombre(s)	Porcentaje
1.-	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
2.-	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
3.-	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>
4.-	<input type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="%"/>

Firma del alumno o alumna

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