LISTA DE ALUMNOS
PRÁCTICAS DE CAMPO ESCOLARES

DEPENDENCIA: _____ **ÁREA** _____

DEL _____ **AL** _____ **DEL MES** _____ **2026 NÚM. DE DÍAS** _____ **No. DE INTEGRANTES** _____ **DESTINO** _____

TIPO DE TRANSPORTE: _____ _____ **ACTIVIDADES A DESARROLLAR:** _____

No. DE PARTICIPANTES	ALUMNO*	ESTUDIANTE*	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO	No. DE CUENTA UNAM	DOMICILIO	TELÉFONO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE %	FIRMA POR SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO, DESIGNACION DE BENEFICIARIO Y CONSENTIMIENTO DE CONFORMIDAD CON EL ART. 8 Y 12 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, PARA QUE LA UNAM PROPORCIONE MIS DATOS PERSONALES A LA ASEGURADORA CORRESPONDIENTE

* SE DEBERA MARCAR CON UNA X SI EL ASEGURADO ES UN ALUMNO
* SE DEBERÁ MARCAR CON UNA X SI EL ASEGURADO ES UN ESTUDIANTE

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS
Muerte Accidental	$350,000.00
Pérdidas Orgánicas Escala B	$350,000.00
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	$350,000.00
Repatriación de Cuerpo en el Extranjero	$50,000.00