



**SOLICITUD DE SERVICIO DE COBERTURA EDUCATIVA
INSTITUTO MEXICANO MADERO (IMM) PLANTEL CENTRO / ZAVALETA**

Para el llenado de este formato es necesario que el solicitante declare todo los hechos importantes, al momento de firmar deberá conocer que la omisión, falsedad o mala declaración de algun hecho podria orignar perdida del beneficio del Servicio de Cobertura Educativa.

Instrucciones:

- 1.- Favor de llenar con letra de molde, tinta negra y en los paréntesis marcar con una X.
- 2.- No será válida si presenta tachaduras o falta algun de los datos solicitados.
- 3.- Es importante que la firma de aceptación sea conforme a su INE, favor de entregar copia de este para cotejar.

1.- Datos Generales del Solicitante

Solicitud de primera vez:		Renovacion:	
Fecha de Solicitud :	Correo:		
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre (s)
Fecha de nacimiento	Sexo F () M ()	Telefono de oficina	Telefono Particular
Nombre de la Empresa donde trabaja:		Puesto que desempeña:	
Principales actividades laborales:			
Domicilio:	Estatura:		
	Peso:		

2.- Cuestionario

Médico

¿Se ha realizado alguna prueba para diagnosticar si tiene COVID-19? Si _____ No _____
¿Resultado de la prueba COVID-19? **Positivo** _____ **Negativo** _____ ¿Algun familiar, amigo o conocido, con los que has convivido en los últimos 14 días ha sido diagnosticado con COVID-19? Si ____ No ____
padece o ha padecido algunas de las siguientes enfermedades o afecciones: cáncer de cualquier tipo y localización incluyendo leucemia, diabetes insulín dependiente y/o insuficiencia renal, neurológicas, cerebrovasculares y mentales, infarto cardiaco o angina de pecho, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis C o cirrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico?
Si _____ No _____

En caso de respuesta afirmativa de alguna de las enfermedades de la pregunta anterior, favor de especificar todos los detalles :

Nombre de las enfermedades	Fecha en que a padeció y/o realizaron estudios,	¿Sigue con tratamiento?		
		SI		NO
		SI		NO
		SI		NO
		SI		NO

Si la respuesta es afirmativa en el apartado del tratamiento, indique que tipo de tratamiento:

¿Cuánto tiempo lleva y Cuál es la duración del tratamiento?:

¿Tiene pendiente alguna operación, hospitalización, estudios de: biopsia, resonancia magnética, tomografía, electroencefalograma, ecocardiograma, coronariografía?

Si _____ No _____ ¿Cual es la causa? _____

3.- Hijo(s) inscritos en Institución que será beneficiado :

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s):	Grado	Nivel	Fecha de nacimiento
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s):	Grado	Nivel	Fecha de nacimiento

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s):	Grado	Nivel	Fecha de nacimiento
------------------	------------------	-------------	-------	-------	---------------------

4.- Designación de la persona que será representante del padre o tutor que solicito el servicio en caso de fallecimiento:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Parentesco	Ocupacion
------------------	------------------	-----------	------------	-----------

Domicilio:	Telefono / Celular
------------	--------------------

*Favor de acompañar esta solicitud con copia del INE del asegurado y del representante del asegurado.

Condiciones del Servicio de Cobertura Educativa.

- a) El Servicio de Cobertura Educativa tiene la finalidad de que en caso de fallecimiento del padre o tutor beneficiario, se le otorge el servicio a su (s) hijo (s) para concluir sus estudios en nuestra Institución.
- b) El Servicio de Cobertura Educativa para los Institutos plantel Centro y Zavaleta, cubre hasta el nivel Bachillerato.
- c) Para hacer válido el Servicio de Cobertura Educativa, el (los) alumnos (s) debe (n) estar debidamente inscrito (s) en la Institución IMM plantel Centro y/o Zavaleta al ciclo escolar que esté transcurriendo, al corriente de sus pagos y cubierto el costo del Servicio de Cobertura Educativa.
- d) En la contratación del Servicio de Cobertura Educativa por primera vez, aplicará únicamente al (los) alumno(s) cuyo padre de familia o tutor, realizó su valoración médica en IMM Plantel Centro / Zavaleta, entregó su solicitud y realizó el pago de Servicio de Cobertura Educativa.
- e) En la contratación del Servicio de Cobertura Educativa por renovación, deberá acudir a el área de Caja del IMM, Plantel Centro o Zavaleta, según se encuentre(n) inscrito(s), entregando la solicitud debidamente requisitada, copia del INE y realizar el costo del Servicio de Cobertura Educativa.
- f) El Servicio de Cobertura Educativa cubre únicamente los costos de inscripción y colegiaturas. No aplica para otras cuotas, trámites académicos, administrativos o socio-culturales y/o material de estudio, como libretas, libros, computadoras, etc.
- g) El Servicio de Cobertura Educativa del ciclo escolar 2021-2022, tendrá una vigencia a partir del 30 de Agosto del 2021 al 28 de Julio del 2022, marcado en el calendario escolar autorizado por SEP ó DGB, según corresponda el nivel.
- h) El Servicio de Cobertura Educativa cubre al (los) alumnos(s) que se encuentran debidamente registrados en la solicitud Servicio de Cobertura autorizada, misma que se hace por duplicado, una para el padre o tutor y la otra como resguardo de la Institución.
- i) Para hacer válido el Servicio de Cobertura Educativa al momento del fallecimiento del padre o tutor beneficiario, el reclamante tendrá hasta un mes posterior, para presentar los siguientes documentos en la Institución: copia del acta de defunción, copia de la identificación oficial del finado, copia de la identificación oficial reclamante, carta solicitud para la activación del Servicio de Cobertura Educativa con los nombres completos del(os) alumno(s) beneficiarios, nivel escolar en el que
- j) El Servicio de Cobertura Educativa quedará sin efecto en caso de que la información proporcionada por el solicitante no sea verídica.
- k) Es necesario entregar la Solicitud de Cobertura Educativa en original, a el área de caja junto con la copia de su identificación oficial, en caso de no entregar el documento en original no podrá ser aplicado el Servicio de Cobertura Educativa.
- m) La edad límite para adquirir éste seguro es de 60 años y como límite para su última renovación es de 64 años.

Consentimiento:

Expresamente otorgo mi consentimiento a Promotora de Cultura y Servicio Social A.C (IMM Plantel Centro y Zavaleta) para contratar el Servicio de Cobertura Educativa, expedida por dicha Institución a mi solicitud. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento, hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente, en uso de plenas facultades, que son verídicas y están completas. Hago constar que estoy consciente, en acuerdo y acepto los alcances y limitaciones de este servicio.

Los datos proporcionados para este servicio son confidenciales y serán usados para efecto de la obtención del Servicio de Cobertura Educativa. Ponemos a su disposición nuestro aviso de privacidad en la página web: www.imm.edu.mx/avisodeprivacidad

Nombre Completo y firma de aceptación del solicitante

Nombre Completo y firma de autorización Institucional

Fecha de autorización

Última actualización del formato: 02 de Agosto de 2021

