



SOLICITUD DE COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO
VIAJES PERSONALES



Vigencia de la cobertura

Ciudad de México a ____ de _____ del 2025

Desde: dd/mm/aaaa

Hasta: dd/mm/aaaa

Duración en días: _____

Información titular

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Celular: _____ Correo electrónico: _____

Número de empleado: _____

R.F.C: _____

C.U.R.P: _____

Viajará: Sí ____ No ____

Cd y/o País de Estancia: _____

Asegurados (dependientes aplicables) que viajan:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	EDAD	PARENTESCO	CD Y/O PAÍS DE DESTINO

Suma Asegurada \$ 60,000.00 USD (Sesenta mil dólares americanos)

Deducible \$ 300.00 USD (Trescientos dólares americanos)

Coaseguro **No aplica**

Contratante: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Forma de pago: Contado

Nombre completo del titular y Firma

Nota: Si requiere factura favor de ingresar a <https://axa.mx/servicios/beneficios-fiscales/datos-fiscales>