



SEGURO DE COLEGIATURA Y
SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Datos del Tutor (Persona que paga la colegiatura)

Matrícula: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ C.P: _____

Colonia: _____

Teléfono: _____

Acepto adquirir el Seguro de Colegiatura: _____

Nombre y Firma

Seguro de Gastos Médicos Mayores

En caso de "No" adquirir el Seguro de Gastos Médicos Mayores indique el nombre de su aseguradora: _____

Número de Póliza: _____

Número de Certificado: _____

NOTA: Entregar copia de la Póliza: _____

Acepto adquirir el Seguro de Gastos Médicos Mayores: _____

- Al momento de realizar el pago anticipado, queda pre-inscrito como estudiante de CETYS Universidad.
- La vigencia del seguro estudiantil (Gastos Médicos Mayores y Colegiatura), inicia a partir del primer día de clases.
- El presupuesto está sujeto a que las materias elegidas, la inscripción, apoyos financieros, (becas y/o préstamo educativo), sean autorizados en base a la verificación de documentos y promedio general del alumno (a).
- En caso de cancelación de la inscripción, deberá ser cubierto el costo del examen de admisión.

Nombre y firma
