

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

MetLife®

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

Num. de certificado CA1123		R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.																		
Póliza número		Contratante																			
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES	Apellido materno ACADEMICO FUNC. Y CONF.	Nombre(s) \$ 35,000.00																			
Plan del seguro PERSONALES	Ocupación	Suma Asegurada																			
Beneficiario(s)		Parentesco																			
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional																			
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$35,000.00																			
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$7,000.00																			
Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo																		
	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			
		A las 12:00 Hrs.																			
Si el Asegurado no sabe o no puede firmar, además de imprimir su huella digital, firmarán a su ruego otra persona y dos testigos.																					
Testigos																					
Nombre _____	DESTINO:																				
Dirección _____	F. SALIDA:																				
Nombre _____	F. REGRESO:																				
Dirección _____																					
Firma del Asegurado			Huella del pulgar derecho																		
Expresamente otorgo a MetLife México, S.A. mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de seguro, expedida por dicha compañía a favor del contratante especificado en este consentimiento. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente, son verídicas y estan completas. El certificado correspondiente no tendrá validez alguna si no es remitido este original a la citada MetLife México, S.A.																					
Lugar y fecha en que se firma este consentimiento	A	DE																			
"Este documento y la nota técnica, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Exp. 732.1(538)/4 Oficio No. 42073 del 26/07/74".																					
Original																					

MetLife Mexico, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel: 5328-7000 ó lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433)

Certificado Individual de Seguro

MetLife®

Conserve usted este certificado
Remítanos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

Num. de certificado CA1123	R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.																				
Poliza número	Contratante																					
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES	Apellido materno ACADEMICO FUNC. Y CONF.	Nombre(s) \$ 35,000.00																				
Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada																				
Beneficiario(s)		Parentesco																				
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional																				
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$35,000.00																				
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$7,000.00																				
Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo																			
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	A las 12:00 Hrs.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año																				
Día	Mes	Año																				
Día	Mes	Año																				
<p>DESTINO:</p> <p>F.SALIDA:</p> <p>F.REGRESO:</p>																						
																						
Firma del Asegurado			MetLife México, S.A.																			

MetLife México, S.A. pagará al (los) Beneficiario(s) designado(s) la Suma Asegurada que corresponda, de acuerdo con el Plan de Seguro contratado y la regla para determinar dicha Suma Asegurada, al recibir pruebas fehacientes tanto del fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de este contrato, como del derecho de (los) Beneficiario(s).

El presente certificado deberá coincidir con el consentimiento respectivo que se anexa, para ser remitido a MetLife México, S.A.

"Este documento y la nota técnica, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Exp. 732.1(S38)/4 Oficio No. 42073 del 26/07/74".

MetLife Mexico, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel: 5328-7000 ó lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433.)