

NUM. DE CERTIFICADO
R.F.C.
C.U.R.P.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

POLIZA NUMERO	CONTRATANTE								
CA1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO								
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA						
			\$ 35,000.00						
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)							
PLAN DEL SEGURO	SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES		OCUPACION						
			ACADEMICO						
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			INIC. DEL EMPLEO		
	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

A LAS 12:00 HRS.

METLIFE MEXICO, S.A. PAGARA AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) LA SUMA ASEGURADA QUE CORRESPONDA, DE ACUERDO CON EL PLAN DEL SEGURO CONTRATADO Y LA REGLA PARA DETERMINAR DICHA SUMA ASEGURADA, AL RECIBIR PRUEBAS FENACIENTES TANTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO, COMO DEL DERECHO DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

DESTINO: _____
F. SALIDA: _____
F. REGRESO: _____

METLIFE MEXICO, S.A.

J. VERGARA

FIRMA DEL ASEGURADO

JORGE VERGARA MACIP

EL PRESENTE CERTIFICADO DEBERA COINCIDIR CON EL CONSENTIMIENTO RESPECTIVO QUE SE ANEXA, PARA SER REMITIDO A METLIFE MEXICO, S.A.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, 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, Av. Presidente Masaryk 111, Col. Polanco, C.P. 11570 Deleg. Miguel Hidalgo, México, D.F., Tel. 5328-7000 Fax 5574-2117

