

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

MetLife®

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Num. de certificado		R.F.C.	C.U.R.P.
		UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	
Póliza número		Contratante	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES	ACADEMICO. FUNCIONARIO. CONFIANZA	\$ 35,000.00	
Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada	
Beneficiario (s)		Parentesco	Porcentaje
1			
2			
3			
4			
5			
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional	
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMINIZACION		\$ 35,000.00	
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$ 7,000.00	
Fechas del certificado		Nacimiento	Vigencia
		Día Mes Año	Día Mes Año
DESTINO:		SALIDA:	REGRESO:
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		Firma del Asegurado	
Nombre		Huella del pulgar derecho	
Dirección			
Nombre			
Dirección			
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 están 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			


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

Original

Certificado Individual de Seguro

MetLife®

Certificado Individual de Seguro

Num. de certificado		R.F.C.	C.U.R.P.
		UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	
Póliza número		Contratante	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES	ACADEMICO. FUNCIONARIO. CONFIANZA	§ 35,000.00	
Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada	
Beneficiario (s)		Parentesco	Porcentaje
1			
2			
3			
4			
5			
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional	
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMINIZACION		\$ 35,000.00	
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$ 7,000.00	
Fechas del certificado		Nacimiento	Vigencia
		Día Mes Año	Día Mes Año
DESTINO:			
SALIDA:			
REGRESO:			
		 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, 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"