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)

Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES	ACADEMICO. FUNCIONARIO. CONFIANZA	$ 35,000.00

Benefiaciario (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	Inicio del empleo
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

Nombre

Dirección

Nombre

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 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 consetimiento 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 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)

Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada
SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES	ACADEMICO. FUNCIONARIO. CONFIANZA	$ 35,000.00

Benefiaciario (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	Inicio del empleo
	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"