

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

ORIGINAL

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

POLIZA NÚMERO	CONTRATANTE		
CA 1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO		
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA
			\$35,000.00
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
PLAN DE SEGURO	SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES		OCUPACION
BENEFICIARIOS			PARENTESCO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALAS DE INDEMNIZACION			\$35,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS			\$ 7,000.00

FECHA DEL CERTIFICADO	NACIMIENTO			VIGENCIA			INIC. DEL EMPLEO		
	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A LAS 12:00 HRS.

EXPRESAMENTE, OTORGO A METLIFE, S.A. EL CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO EXPEDIDA POR DICHA COMPAÑIA 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 VERIDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

EL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE NO TENDRA VALIDEZ ALGUNA SI NO ES REMITIDO ESTE ORIGINAL A LA CIDATADA METLIFE MÉXICO, S.A.

DESTINO:

FECHA SALIDA:

FECHA REGRESO:

FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR
DERECHO

TESTIGO

TESTIGO

NOMBRE _____

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

DIRECCIÓN _____

SI EL ASEGURADO NO SABE O NO PUEDE FIRMAR ADEMÁS DE IMPRIMIR SU HUELLA DIGITAL, FIRMARAN A SU RUEGO OTRA PERSONA Y DOS TESTIGOS.

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento _____ **A** _____ **DE** _____

"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 5574-2111

CONSERVE UD.
ESTE CERTIFICADO

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

POLIZA NÚMERO	CONTRATANTE		
CA 1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO		
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA
			\$ 35,000.00
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
PLAN DE SEGURO	SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES		OCUPACION
BENEFICIARIO (S)			PARENTESCO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALAS 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) 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:

METLIFE MEXICO, S.A.

FECHA SALIDA:

FECHA REGRESO:

J. VERGARA
JORGE VERGARA MACIP

FIRMA DEL ASEGURADO

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 5574-2111