

CONSERVE UD.
ESTE CERTIFICADO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO

R. F. C.
C. U. R. P.

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

PÓLIZA NÚMERO		CONTRATANTE	
CA1123		UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA
			\$ 35,000.00
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
PLAN DEL SEGURO	SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES		OCUPACIÓN
BENEFICIARIOS(S)			PARENTESCO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PÉRDIDAS ORGÁNICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACIÓN			\$ 35,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS			\$ 7,000.00

FECHAS DEL CERTIFICADO	NACIMIENTO			VIGENCIA			INICIO DEL EMPLEO		

A LAS 12:00 HRS

METLIFE MÉXICO, 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 FEHACIENTES TANTO DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO, COMO DEL DERECHO DEL(LOS) BENEFICIARIO(S).

**METLIFE MEXICO,
S. A.**

FIRMA DEL ASEGURADO

DESTINO:

FECHA SALIDA:

FECHA REGRESO:

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

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: Juriquilla, Qro. A DE 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. 53287000 Fax 55742117

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

ORIGINAL

R. F. C.
C. U. R. P.

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

PÓLIZA NÚMERO	CONTRATANTE		
CA1123	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO		
NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA
			\$ 35,000.00
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
PLAN DEL SEGURO	SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES		OCUPACIÓN
BENEFICIARIOS(S)			PARENTESCO
BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS			SUMA ASEGURADA ADICIONAL
PÉRDIDAS ORGÁNICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACIÓN			\$ 35,000.00
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS			\$ 7,000.00

FECHAS DEL CERTIFICADO	NACIMIENTO			VIGENCIA			INICIO DEL EMPLEO		

A LAS 12:00 HRS

EXPRESAMENTE OTORGO A METLIFE MÉXICO, S. A.. MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO, ESPERIDA POR DICHA COMPAÑÍA A FAVOR DEL CONTRATANTE ESPECIFICADO EN ESTE CONSENTIMIENTO.

PARA TODOS LOS EFECTOS QUE PUEDA TENER ESTE CONCENTIMIENTO HAGO CONSTAR QUE LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL MISMO LAS HE HECHO PERSONALMENTE, SON VERÍDICAS Y ESTAN COMPLETAS.

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

<p>_____</p> <p>FIRMA DEL ASEGURADO</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p>HUELLA DEL PULGAR DERECHO</p>
---	--

DESTINO:

FECHA SALIDA:

FECHA REGRESO:

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

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: Juriquilla, Qro. A DE 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. 53287000 Fax 55742117