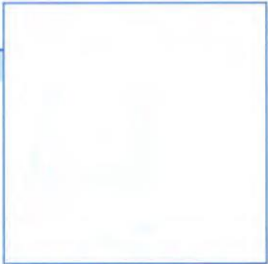


# Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

**MetLife®**

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

Num. de certificado <b>CA1123</b>		R.F.C. <b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>	C.U.R.P.																			
Póliza número		Contratante																				
Apellido paterno <b>SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES</b>	Apellido materno <b>ACADEMICO</b>	Nombre(s) <b>\$ 35,000.00</b>																				
Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada																				
Beneficiario(s)		Parentesco																				
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional																				
<b>PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION</b>		<b>\$ 35,000.00</b>																				
<b>REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS</b>		<b>\$ 7,000.00</b>																				
Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo																			
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	A las 12:00 Hrs.	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año																				
Día	Mes	Año																				
Día	Mes	Año																				
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		<b>DESTINO:</b> <b>F. SALIDA:</b> <b>F. REGRESO:</b>																				
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 estan 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		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 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".																						

Original

MetLife Mexico, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel: 5328-7000 ó lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433)

# Certificado Individual de Seguro

**MetLife®**

Conserve usted este certificado  
Remítanos este consentimiento

**Certificado Individual del Seguro**

Num. de certificado <b>CA1123</b>		R.F.C. <b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>	C.U.R.P.																		
Poliza número		Contratante																			
Apellido paterno <b>SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES</b>	Apellido materno <b>ACADEMICO</b>	Nombre(s) <b>\$ 35,000.00</b>																			
Plan del seguro	Ocupación	Suma Asegurada																			
Beneficiario(s)		Parentesco																			
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional																			
<b>PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION</b>		<b>\$ 35,000.00</b>																			
<b>REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS</b>		<b>\$ 7,000.00</b>																			
Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo																		
	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table> <p>A las 12:00 Hrs.</p>				Día	Mes	Año	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			
<p>DESTINO: F. SALIDA: F. REGRESO:</p>																					
																					
		<p>Firma del Asegurado      MetLife México, S.A.</p>																			

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 México, 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".

MetLife Mexico, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel: 5328-7000 ó lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433.)