

# Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

EJEMPLO DE LLENADO  
CONSENTIMIENTO PARA LA D.G.P.E

**MetLife®**

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

Num. de certificado <b>CA1123</b>		R.F.C. <b>VAGM540104</b>	C.U.R.P. <b>VAGM540104MDFERT04</b>																		
Póliza número <b>VAZQUEZ</b>		Contratante <b>GOMEZ</b>	<b>MONICA</b>																		
Apellido paterno <b>SEGURO COLECTIVO DE</b>		Apellido materno <b>ADMVO. BASE</b>	Nombre(s) <b>\$ 2,000.00</b>																		
Plan del seguro <b>ACCIDENTES PERSONALES</b>		Ocupación	Suma Asegurada																		
Beneficiario(s)		Parentesco																			
<b>MARIA DE LA PAZ ROSAS GOMEZ</b>		<b>MADRE 100%</b>																			
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional																			
<b>PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION</b>		<b>\$ 2,000.00</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	<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																			
A las 12:00 Hrs.																					
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: ACAPULCO GRO.</b> <b>F. SALIDA: 12/05/11</b> <b>F. REGRESO: 15/05/11</b> Firma del Asegurado																			
Nombre _____																					
Dirección _____																					
Nombre _____																					
Dirección _____		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".																					
<b>Original</b>																					

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

CERTIFICADO PARA LA DEPENDENCIA DEL ASEGURADO

MetLife®

Conserve usted este certificado  
Remitamos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

VAGM540104		VAGM540104MDFERT04	
Num. de certificado CA1123	R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.	
Poliza número VAZQUEZ	Contratante GOMEZ	MONICA	
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE	Apellido materno ADMVO. BASE	Nombre(s) \$ 2,000.00	
Plan del seguro ACCIDENTES PERSONALES	Cobertura	Suma Asegurada	
<b>Beneficiario(s)</b>		<b>Parentesco</b>	
MARIA DE LA PAZ ROSAS GOMEZ		MADRE 100%	
<b>Beneficios adicionales contratados</b>		<b>Suma Asegurada adicional</b>	
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$ 2,000.00	
-----		-----	
<b>Fechas del certificado</b>		<b>Nacimiento</b>	
		Día Mes Año	
<b>Vigencia</b>		<b>Inicio del empleo</b>	
Día Mes Año A las 12:00 Hrs.		Día Mes Año	
<p>DESTINO: ACAPULCO GRO.  F. SALIDA: 12/05/11  F. REGRESO: 15/05/11</p>			
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 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.)



# Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

EJEMPLO DE LLENADO  
CONSENTIMIENTO PARA LA D.G.P.E

**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. <b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>																		
Póliza número <b>PEREZ</b>		Contratante <b>GONZALEZ</b>	<b>MARGARITA</b>																		
Apellido paterno <b>SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES</b>		Apellido materno <b>ACADEMICO</b>	Nombre(s) <b>\$ 35,000.00</b>																		
Plan del seguro <b>PERSONALES</b>		Ocupación <b>FUNC. Y CONF.</b>	Suma Asegurada																		
Beneficiario(s)		Parentesco																			
<b>PEREZ GONZALEZ SOFIA</b>		<b>HERMANA 50%</b>																			
<b>PEREZ GONZALEZ HECTOR</b>		<b>HERMANO 50%</b>																			
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	<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																			
A las 12:00 Hrs.																					
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: TAXCO GRO.</b> <b>F. SALIDA: 10/04/11</b> <b>F. REGRESO: 12/04/11</b>																			
Nombre																					
Dirección																					
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


CERTIFICADO PARA LA DEPENDENCIA DEL ASEGURADO

MetLife®

Conserve usted este certificado

Remítanos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

Num. de certificado <b>CA1123</b>		PEGM640508J10	PEGM640508MDFERY02																		
Poliza número <b>PEREZ</b>		R.F.C. <b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>	C.U.R.P. <b>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO</b>																		
Apellido paterno <b>SEGURO COLECTIVO DE</b>		Contratante <b>GONZALEZ</b>	Nombre(s) <b>MARGARITA</b>																		
Plan del seguro <b>ACCIDENTES PERSONALES</b>		Ocupación <b>ACADEMICO</b>	Suma Asegurada <b>\$ 35,000.00</b>																		
<b>Beneficiario(s)</b>		<b>Parentesco</b>																			
<b>PEREZ GONZALEZ SOFIA</b>		<b>HERMANA 50%</b>																			
<b>PEREZ GONZALEZ HECTOR</b>		<b>HERMANO 50%</b>																			
<b>Beneficios adicionales contratados</b>		<b>Suma Asegurada adicional</b>																			
<b>PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION</b>		<b>\$ 35,000.00</b>																			
<b>REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS</b>		<b>\$ 7,000.00</b>																			
<b>Fechas del certificado</b>	<b>Nacimiento</b>	<b>Vigencia</b>	<b>Inicio del empleo</b>																		
	<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																			
<b>DESTINO: TAXCO GRO.</b> <b>F. SALIDA: 10/04/11</b> <b>F. REGRESO 12/04/11</b>																					
 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 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.)