

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

EJEMPLO DE LLENADO

CONSENTIMIENTO PARA LA DGPE

MetLife®

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

Num. de certificado CA1123		PEGM640508J10	PEGM640508MDFERY02												
Póliza número PEREZ		R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.												
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES		Contratante GONZALEZ MARGARITA	Nombre(s) 35,000.00												
Plan del seguro PERSONALES	Ocupación ACADEMICO, FUNCIONARIO Y CONFIANZA	Suma Asegurada													
Beneficiario(s)		Parentesco													
PEREZ GONZALEZ SOFIA		HERMANA 50%													
PEREZ GONZALEZ HECTOR		HERMANO 50%													
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional													
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$ 35,000.00													
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$ 7,000.00													
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.
Día	Mes	Año													
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													

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		Firma del Asegurado	Huella del pulgar derecho
Nombre	DESTINO TAXCO, GRO.		
Dirección	FECHA DE SALIDA 29/08/2017		
Nombre	FECHA DE REGRESO 31/08/2017		
Dirección			

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 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(538)/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

MetLife®

Conserve usted este certificado
Remitamos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

Num. de certificado CA1123		PEGM640508J10	PEGM640508MDFERY02				
Poliza número PEREZ		Contratante GONZALEZ	MARGARITA				
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES		Apellido materno ACADEMICO, FUNCIONARIO Y	Nombre(s) \$ 35,000.00				
Plan del seguro PERSONALES		Ocupación CONFIANZA	Suma Asegurada				
Beneficiario(s)		Parentesco					
PEREZ GONZALEZ SOFIA		HERMANA 50%					
PEREZ GONZALEZ HECTOR		HERMANO 50%					
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional					
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$ 35,000.00					
REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS		\$ 7,000.00					
Fechas del certificado		Nacimiento		Vigencia		Inicio del empleo	
		Día Mes Año		Día Mes Año		A las 12:00 Hrs. Día Mes Año	
DESTINO		TAXCO, GRO.					
FECHA DE SALIDA		29/08/2017					
FECHA DE REGRESO		31/08/2017					
				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".

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

EJEMPLO DE LLENADO

CONSENTIMIENTO PARA LA DGPE

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

AECC680622EN4		AECC680622HMNNMS18
Num. de certificado CA1123	R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.
Póliza número ANGELES	Contratante CAMACHO	CESAR
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES	Apellido materno ADMINISTRATIVO DE BASE	Nombre(s) \$ 2,000.00
Plan del seguro PERSONALES	Ocupación	Suma Asegurada

Beneficiario(s)	Parentesco
TORRES GARCIA NORMA ANGELICA	ESPOSA 100%

Beneficios adicionales contratados	Suma Asegurada adicional
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION	\$ 2,000.00

Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>

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

Nombre	DESTINO	MORELIA, MICH.
Dirección	FECHA DE SALIDA	04/09/2017
Nombre	FECHA DE REGRESO	08/09/2017
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 verdicas 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
<p>"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".</p>		

Original

Certificado Individual de Seguro

CERTIFICADO PARA LA DEPENDENCIA

MetLife®

Conserve usted este certificado
Remitamos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

AECC680622EN4		AECC680622HMNNMS18					
Num. de certificado CA1123	R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.					
Poliza número ANGELES	Contratante CAMACHO	CESAR					
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES	Apellido materno ADMINISTRATIVO DE BASE	Nombre(s) \$ 2,000.00					
Plan del seguro PERSONALES	Ocupación	Suma Asegurada					
Beneficiario(s)		Parentesco					
TORRES GARCIA NORMA ANGELICA		ESPOSA 100%					
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional					
PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACION		\$ 2,000.00					
Fechas del certificado		Nacimiento		Vigencia		Inicio del empleo	
		Día Mes Año		Día Mes Año		A las 12:00 Hrs. Día Mes Año	
DESTINO		MORELIA, MICH.					
FECHA DE SALIDA		04/09/2017					
FECHA DE REGRESO		08/09/2017					
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".