



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

CIRCULAR DGPE/040/2017

ASUNTO: Seguro de Grupo Vida por Comisión Oficial.

A LOS SECRETARIOS ADMINISTRATIVOS, JEFES DE UNIDAD ADMINISTRATIVA Y JEFES DE PERSONAL

Presente

Por este medio se les comunica que el Seguro de Grupo Vida para el Personal Académico, de Confianza, Funcionarios y Personal Administrativo de Base que sea comisionado en "**Viaje Oficial**" por parte de la Universidad, se les informa que de conformidad con los Contratos Colectivos de Trabajo para el Personal Académico, **Cláusula 35, Anexos 3 y 4** y del Personal Administrativo, **Cláusula 79 numeral 3**, me permito comentar lo siguiente:

- * Al personal universitario de las Dependencias que se le asigne "oficialmente" una comisión y sea dictaminado por el Consejo Técnico y/o autorizado por la Dependencia de adscripción, y que tenga que trasladarse de un estado de la República a otro, deberán utilizar los formatos "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios" y "Certificado Individual de Seguro" de MetLife México, S.A., mismos que se adjuntan para ser reproducidos por cada Dependencia. Esta cobertura no cubre prácticas escolares.

Asimismo, se les reitera la importancia que tiene el hecho de que la información del personal que viaja, se entregue a la Subdirección de Seguros de esta Dirección General, con **tres días hábiles** de anticipación a la fecha de salida, anexando oficio que especifique **lugar de destino y fechas de salida y regreso**.

En caso de situaciones extraordinarias podrán hacer llegar los formatos a través del correo electrónico: yildiz@dgp.unam.mx, lo anterior no es excluyente para entregar dentro de los tres días naturales posteriores al envío del correo electrónico, los formatos en original con firmas autógrafas, para el sellado y acuse. La omisión del trámite deslinda a la aseguradora de cualquier responsabilidad.

Para cualquier duda, comunicarse a los teléfonos 5622-2541 y 5622-2549 de la Subdirección de Seguros.

Sin más por momento, reciban un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 24 de agosto de 2017.

EL DIRECTOR GENERAL

LIC. MARCO ANTONIO DOMÍNGUEZ MÉNDEZ

c.c.p. Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez.- Secretario Administrativo de la UNAM.- Presente.
Lic. Elizabeth Meza Gerónimo.- Directora de Administración de Personal.- Presente

MADM* EMG* FJGH * ybvd
F:\YILDIZ\2017\OFICIO DGPE\CIRCULARES\040- CA1123 b.doc



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	Nombre(s) MARGARITA																			
Plan del seguro PERSONALES		Apellido materno ACADEMICO, FUNCIONARIO Y	Suma Asegurada \$ 35,000.00																			
		Ocupación CONFIANZA																				
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	<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			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">Huella del pulgar derecho</p>																			
Nombre	DESTINO	TAXCO, GRO.																				
Dirección	FECHA DE SALIDA	29/08/2017																				
Nombre	FECHA DE REGRESO	31/08/2017																				
Dirección			Firma del Asegurado																			
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(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	R.F.C. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO	C.U.R.P.
Apellido paterno SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES	Contratante GONZALEZ	Nombre(s) MARGARITA
Plan del seguro PERSONALES	Apellido materno ACADEMICO, FUNCIONARIO Y	Suma Asegurada \$ 35,000.00
	Ocupación CONFIANZA	

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	<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																			
DESTINO	TAXCO, GRO.	A las 12:00 Hrs.																			
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

MetLife®

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																		
	<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																			
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		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">Firma del Asegurado</p> <p style="text-align: center;">Huella del pulgar derecho</p>																			
Nombre	DESTINO MORELIA, MICH.																				
Dirección	FECHA DE SALIDA 04/09/2017																				
Nombre	FECHA DE REGRESO 08/09/2017																				
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 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																		
"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

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																		
	<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																			
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".

Certificado Individual de Seguro

MetLife®

Conserve usted este certificado
Remitamos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

Num. de certificado	R.F.C.	C.U.R.P.
Poliza número	Contratante	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Plan del seguro	Ocupación	\$ Suma Asegurada
Beneficiario(s)		Parentesco
Beneficios adicionales contratados		Suma Asegurada adicional

Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo
-------------------------------	-------------------	-----------------	--------------------------

Día	Mes	Año

Día	Mes	Año

A las 12:00 Hrs.

Día	Mes	Año


 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(\$38)/4 Oficio No. 42073 del 26/07/74".