

# Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

## MetLife®

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|--|---|---|--|--|-----|-----|-----|--|--|--|--|-----|-----|-----|
| Num. de certificado<br>CA1123  | R.F.C.<br>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO   | C.U.R.P.  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Póliza número  | Contratante   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Apellido paterno   | Apellido materno  | Nombre(s)   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Seguro Colectivo de Accidentes Personales  | Ocupación   | \$ 35,000.00  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Plan del seguro  |   | Suma Asegurada  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| <b>Beneficiario(s)</b>   |   | <b>Parentesco</b>   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| <b>Beneficios adicionales contratados</b>  |   | <b>Suma Asegurada adicional</b>   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACIÓN   |   | \$ 35,000.00  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS  |   | \$ 7,000.00   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| <b>Fechas del certificado</b>  | <b>Nacimiento</b>   | <b>Vigencia</b>   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  | <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table> |   |  |  | Día | Mes | Año | <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table> A las 12:00 Hrs. |  |  |  | Día | Mes | Año |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Día  | Mes   | Año   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Día  | Mes   | Año   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   | <b>Inicio del empleo</b>  |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   | <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table> |  |  |     | 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.  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| <b>Testigos</b>  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
| Nombre _____<br>Dirección _____<br>Nombre _____<br>Dirección _____   | Destino:<br>F. Salida:<br>F. Regreso:   | <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px;"></td> </tr> </table> Huella del pulgar derecho   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  |   |   |  |  |     |     |     |  |  |  |  |     |     |     |
|  | _____<br>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(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

Conserve usted este certificado

Remitamos este consentimiento

Certificado Individual del Seguro

| Num. de certificado                            | R.F.C.  | C.U.R.P.                 |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|--|---|--------------------------|----------------------|--|-----|-----|-----|---|--|--|--|-----|-----|-----|---|--|--|--|-----|-----|-----|
| CA1123   | UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Poliza número                                  | Contratante   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Apellido paterno                               | Apellido materno  | Nombre(s)                |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Seguro Colectivo de Accidentes Personales      |   | \$ 35,000.00             |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Plan del seguro                                | Ocupación   | Suma Asegurada           |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Beneficiario(s)                                |   | Parentesco               |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|  |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|  |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|  |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|  |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Beneficios adicionales contratados             |   | Suma Asegurada adicional |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| PERDIDAS ORGANICAS CON ESCALA DE INDEMNIZACIÓN |   | \$ 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.         |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| Destino:                                       |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| F. Salida:                                     |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
| F. Regreso:                                    |   |                          |                      |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |   |  |  |  |     |     |     |
|  | <br>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".