

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios

MetLife®

Favor de llenar claramente con letra de molde.

Remitamos este consentimiento

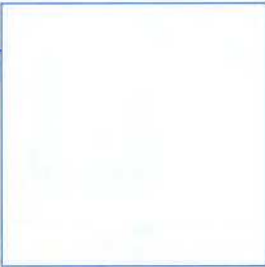
Num. de certificado	R.F.C.	C.U.R.P.
Póliza número	Contratante	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Plan del seguro	Ocupación	\$ Suma Asegurada

Beneficiario(s)	Parentesco

Beneficios adicionales contratados	Suma Asegurada adicional

Fechas del certificado	Nacimiento	Vigencia	Inicio del empleo																		
	<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	Firma del Asegurado	Huella del pulgar derecho
Nombre _____ Dirección _____ Nombre _____ 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 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
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

<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																			



 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".