

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
		Día Mes Año	Día Mes Año	A las 12:00 Hrs. 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				
Nombre				
Dirección				
Nombre				
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
"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 26/07/14"				

Original

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(S38)/4 Oficio No. 42073 del 26/07/74".