

## Certificado seguro colectivo accidentes personales

Para facilitar los trámites de este certificado, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |                                          |  |                                   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| Nombre del Contratante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  | Póliza número                            |  | Certificado número                |  |  |
| Nombre del Asegurado titular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> |  | Femenino <input type="checkbox"/> |  |  |
| Fecha de nacimiento <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> <span style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>Año</span> <span>Mes</span> <span>Día</span> </div> |  |  |  | Puesto u ocupación                       |  |                                   |  |  |

| Información de los asegurados        |                   |                                   |      | Coberturas y sumas aseguradas |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Apellido paterno, materno, nombre(s) | Tipo de Asegurado | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) | Edad | Muerte accidental             | Renta educacional por muerte accidental (60 rentas mensuales) | Renta mensual por muerte accidental (24 rentas mensuales) | Reembolso de gastos médicos por accidente (deducible 400 pesos) | Invalidez total y permanente por accidente (periodo de espera de 180 días) |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |
|                                      |                   |                                   |      |                               |                                                               |                                                           |                                                                 |                                                                            |

Regla para determinar la Suma Asegurada:

|                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Inicio de vigencia de la póliza:<br>(Día/Mes/Año) | Inicio de vigencia del certificado:<br>(Día/Mes/Año) |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

MetLife Más, S.A. de C.V. (la compañía), certifica que según el registro de asegurados de la póliza se aseguran los riesgos especificados en dicho registro hasta por la Suma Asegurada señalada para cada uno de ellos. Las sumas aseguradas serán pagadas a los beneficiarios que correspondan, previa presentación de pruebas fehacientes del evento asegurado, de sus causas y del derecho del reclamante, siempre que la póliza y el certificado se encuentren en vigor.

En caso de que no se exhiba dicho certificado en el momento de la reclamación de un siniestro, se tomará la Suma Asegurada vigente al momento del siniestro, previa verificación de que la persona aparece en el registro de asegurados.

El Contratante y/o Asegurado ratifica que ha declarado todos los hechos importantes, para la correcta apreciación del riesgo tal y como los conoce al momento de la celebración del contrato, y que está consciente de que cualquier omisión de la información o inexacta declaración, al momento de realizar la contratación del mismo por cualquiera de los medios indicados en las condiciones generales, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el presente contrato, aun cuando ello no haya influido en la realización del siniestro. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

**Advertencia:** en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de estos últimos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado, de disponer de la Suma Asegurada.

| Nombre del Asegurado | Nombre completo de los beneficiarios | Parentesco | Porcentaje de participación | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |
|----------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      | 1                                    |            |                             |                                   |
|                      | 2                                    |            |                             |                                   |

**Domicilio completo de los beneficiarios:**

| Nombre del Asegurado | Nombre completo de los beneficiarios | Parentesco | Porcentaje de participación | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |
|----------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      | 1                                    |            |                             |                                   |
|                      | 2                                    |            |                             |                                   |

**Domicilio completo de los beneficiarios:**

| Nombre del Asegurado | Nombre completo de los beneficiarios | Parentesco | Porcentaje de participación | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |
|----------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      | 1                                    |            |                             |                                   |
|                      | 2                                    |            |                             |                                   |

**Domicilio completo de los beneficiarios:**

| Nombre del Asegurado | Nombre completo de los beneficiarios | Parentesco | Porcentaje de participación | Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año) |
|----------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|
|                      | 1                                    |            |                             |                                   |
|                      | 2                                    |            |                             |                                   |

**Domicilio completo de los beneficiarios:**

Firmado en: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Para efectos que pueda tener este certificado, hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas.

Dando cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 16 del reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades, se transcriben en su integridad los siguientes artículos, mismo que aplicarán según el seguro que le corresponda a las coberturas contratadas:

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al grupo o colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

**UNE de MetLife Más, S.A. de C.V.**

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279 4542, lada sin costo 01 800 640 2010 o en nuestro portal [www.metlifemas.com.mx](http://www.metlifemas.com.mx)

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@metlife.com.mx) o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, Ciudad de México.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0058-0017-2010 de fecha 01 de junio de 2010.**

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de abril del 2015, con el número RESP-S0058-0403-2015.**