

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

MédicaLife Familiar

Número de folio: _____

MetLife

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro, que se encuentran disponibles en la página www.metlife.com.mx

En este formato ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

Datos del Contratante (es quien paga la prima)				Persona física ☐ Persona moral ☐	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Calle	Número exterior	Número interior	Colonia	Código Postal	
Delegación	Estado	Población	País	Estado civil	
Clave Única de Registro de Población		Registro Federal de Contribuyentes			
Correo electrónico		Teléfono			
Información del Contratante (persona física)					
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
Ciudad / Población	Estado / Provincia	País		Nacionalidad(es)	
Identificación oficial vigente / emisor					
Credencial ☐ para votar vigente	Pasaporte ☐ Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de afiliación ☐ al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Cédula Profesional ☐ Secretaría de Educación Pública	Certificado de ☐ Matrícula Consular Secretaría de Relaciones Exteriores	Forma Migratoria ☐ Inmigrante (F.M.2) o No Inmigrante (F.M.3) Credencial del Inmigrado Instituto Nacional de Migración
Número de identificación: _____					
Datos del contacto					
Teléfonos de contacto					
Domicilio		Oficina / Trabajo		Móvil	
Correo electrónico _____ @ _____					
Información laboral y financiera					
Ocupación					
Empleado activo ☐	Profesional ☐	Comerciante ☐	Jubilado ☐	Ama de casa ☐	Estudiante ☐ Otro ☐ _____ Especifica
Ingreso total mensual aproximado \$ _____					
Detalle de actividad, giro u ocupación _____					
Empresa, dependencia o entidad donde prestas tus servicios _____					

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código Postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Teléfono 5328 7000,

Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

Datos del seguro de gastos médicos mayores solicitado (estos datos deben coincidir con la cotización)												
MédicaLife		Suma Asegurada en UMAM		Deducible en pesos		Deducible en dólares			Coaseguro			
Internacional	☐	Indicar monto		(aplica para todos los planes)		(sólo aplica para el plan Internacional)			10%	☐	16%	☐
Ejecutivo	☐								12%	☐	20%	☐
Más	☐								14%	☐	25%	☐
Básico	☐								15%	☐	30%	☐
Práctico	☐											
*UMAM = Unidad de Medida de Actualización Mensual												
Coberturas adicionales												
Emergencia en el extranjero		☐	Enfermedades catastróficas en el extranjero		☐	Incremento Suma Asegurada			☐			
Franja fronteriza		☐	Renta diaria por hospitalización		☐	Indicar monto				M.N. ³		
Visión		☐	Incremento a tabulador de honorarios quirúrgicos		☐	Indicar porcentaje				%		
MetDental Plus		☐	Últimos gastos		☐	Indicar monto				M.N. ³		
Reducción de deducible por accidente		☐	Muerte accidental		☐	Indicar monto				M.N. ³		
Estudiante en el extranjero ²		☐	Protección garantizada		☐	Otra:						
Conversión colectiva		☐				Deducible a elegir para la conversión						
² Debe haber por lo menos 2 Asegurados en la póliza ³Moneda Nacional												
Forma de pago												
Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐												
Modo de pago: Efectivo ☐ Cargo automático a tarjeta de crédito / Débito / CLABE ☐ Día de cargo _____												
En caso de seleccionar cargo automático, indicar los instrumentos bancarios de cobro y el orden:												
Información bancaria												
Opción	Banco emisor de tarjeta / CLABE		CLABE				Número de Token (Número de tarjeta)					
							Crédito ☐ Débito ☐					
1												
2												
3												
Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalle los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos)												
Solicitante	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento			Estado civil	Nacionalidad	Parentesco con el titular	
				M ⁴	F ⁵	Día	Mes	Año				
Titular											Titular	
2												
3												
⁴Masculino, ⁵Femenino.												

Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalle los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos)												
Solicitante	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento			Estado civil	Nacionalidad	Parentesco con el titular	
				M ⁴	F ⁵	Día	Mes	Año				
4												
5												
6												
4Masculino, 5Femenino.												
Información sobre tu ocupación												
Solicitante	Ocupación		Nombre de la empresa	Giro de la empresa	Antigüedad en la empresa	Sueldo mensual	¿Conduces vehículo en tu ocupación? ¿de qué tipo?					
Titular	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
2	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
3	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
4	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
5	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
6	Profesionista ☐	Inversionista ☐						Sí	No			
	Directivo ☐	Empresario ☐										
	Empleado ☐	Otra ☐					Página web:					
Deportes y/o aficiones - contestar para cada uno de los solicitantes												
				Solicitante								
				Titular	2	3	4	5	6			
Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado												
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual)												
Nota importante: Si practicas alguno de los siguientes deportes, es necesario que llenes el cuestionario correspondiente: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza, tienes licencia de piloto aviador o practicas deportes peligrosos.												

Cuestionario general de hábitos - contestar para cada uno de los solicitantes													
En caso de respuesta afirmativa, indica con una cruz				Solicitante									
				Titular		2		3		4		5	
Tabaco	¿Fumas?												
	¿Desde cuándo?												
	Cantidad diaria												
Bebidas alcohólicas	¿Haces uso de bebidas alcohólicas?												
	¿Desde cuándo?												
	Frecuencia y cantidad												
	Tipo de bebida												

Cuestionario general de hábitos - contestar para cada uno de los solicitantes													
				Solicitante									
				Titular		2		3		4		5	
Peso y estatura	¿Cuál es tu peso?												
	¿Cuál es tu estatura?												
	¿Has aumentado o disminuido más de 5 kilogramos en el último año?			Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	
	Causa del cambio en peso												

Historia familiar (deberá contestarlo el solicitante titular y el cónyuge o concubina(o))									
Solicitante titular					Cónyuge / Concubina(o)				
Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre		Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Insuficiencia renal					Insuficiencia renal				
Afecciones cardíacas					Afecciones cardíacas				
Hipertensión arterial					Hipertensión arterial				
Diabetes					Diabetes				
Epilepsia					Epilepsia				
Cáncer					Cáncer				
Afección coronaria					Afección coronaria				
Afección congénita					Afección congénita				
Afección reumática					Afección reumática				
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales					Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales				

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes															
En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.				Solicitante											
				Titular		2		3		4		5		6	
				Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Padeces o has padecido molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas como anemia, presión arterial, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, embolia o trombosis?															
2. ¿Tienes o has tenido problemas en el sistema respiratorio como bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema?															
3. ¿Tienes o has tenido enfermedades relacionadas con intestinos, hígado, vesícula biliar, colon o páncreas?															

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes												
En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.	Solicitante											
	Titular		2		3		4		5		6	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
4. ¿Tienes o has tenido padecimientos relacionados con riñón, vejiga, próstata o insuficiencia renal?												
5. ¿Has padecido o padeces diabetes?												
6. ¿Has padecido o padeces hipertiroidismo?												
7. ¿Has padecido o padeces alteraciones del colesterol o triglicéridos ?												
8. ¿Padeces o has padecido enfermedades del sistema nervioso como cuadros de ansiedad, epilepsia, depresión, enfermedad mental, esquizofrenia o trastornos mentales?												
9. ¿Padeces o has padecido algún problema óseo o de articulaciones como reumatismo, deformidad o la pérdida de algún miembro?												
10. ¿Has padecido o padeces cáncer o tumores en alguna parte del cuerpo?												
11. ¿Tienes alguna anomalía auditiva o de la vista?												
12. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica?												

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes												
En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz	Solicitante											
	Titular		2		3		4		5		6	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
13. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?												
14. Durante el último año, ¿se te han practicado los siguientes estudios? (no check-up) a) electrocardiogramas b) pruebas de laboratorio c) radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética												
15. ¿Padeces o se te ha diagnosticado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?												
16. ¿Has padecido hepatitis o enfermedades de transmisión sexual? En caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de enfermedad, por ejemplo: Hepatitis A, Hepatitis C.												
17. ¿Has padecido o padeces alguna afección, enfermedad o lesión diferente a las señaladas anteriormente?												

Preguntas solo para mujeres												
18. ¿Padeces o has padecido enfermedades en los ovarios y/o en la matriz y/o en las mamas y/o menstrúas anormalmente?												
19. ¿Se te ha practicado operación cesárea?												
20. ¿Actualmente estás embarazada? En caso de respuesta afirmativa, indicar los meses de embarazo	☐	Meses										

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información utilizando la siguiente tabla:

Solicitante	Número de pregunta	Enfermedad o afección	Fecha de diagnóstico	Estado actual

Antigüedad

Si tienes alguna póliza de gastos médicos mayores de la que solicitas el reconocimiento de antigüedad, indica la fecha de antigüedad de la misma y anexa la documentación comprobatoria de una cobertura continua e ininterrumpida desde esa fecha.

Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza	Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Titular						4					
2						5					
3						6					

Anexo 2 - datos complementarios Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Contratante Propietario real

¿Actúas por cuenta de un tercero? Sí ☐ No ☐

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA, REQUISITAR EL FORMATO 2 ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA PROPIETARIO REAL

Para extranjeros o personas y/o familiares con actividades relacionadas a la función pública

¿Desempeñas o has desempeñado, tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí ☐ No ☐

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA Y SER EXTRANJERO, REQUISITAR EL FORMATO 2 ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA TU CÓNYUGE Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, contestar:

¿Eres accionista (vínculo patrimonial) de alguna institución o asociación? Sí ☐ No ☐

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA REQUISITAR EL FORMATO 4 ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS PARA SOCIEDADES O ASOCIACIONES RELACIONADAS

En caso de tener nacionalidad extranjera:

Especifica las razones para efectuar un contrato en territorio nacional: _____

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí ☐ No ☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En caso de respuesta positiva, especifica: País(es) _____

Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos

Declaración de persona políticamente expuesta

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s) extranjero(s), tu cónyuge o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el territorio nacional o en el extranjero?

Sí ☐ No ☐

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA, REQUISITAR EL FORMATO 1 PERSONA MORAL

Aviso de Privacidad de MetLife México, S.A.

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos skl, 14 al 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, Ciudad de México. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de Seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros Centros de Servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla ☐ **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla ☐ **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable

Autorización

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley sobre el contrato de seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso. ¿Deseas manifestar algún hecho importante?

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario a pasar un examen médico por cuenta de MetLife México, S.A., si esta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a MetLife México, S.A. todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a MetLife México, S.A. los datos mencionados. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que MetLife México, S.A. lo considere oportuno.

Asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud. Sí ☐ No ☐

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MetLife México, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Autorización

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de gastos médicos mayores medicalife familiar, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma, así como haber recibido el folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante en formato ☐ PDF (Portable Document Format) al correo electrónico antes señalado; ☐ físico en mi domicilio antes señalado.

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingresé a MetLife, ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante titular

En caso de minoría de edad del solicitante titular, se requiere el nombre y la firma de su representante legal.

Nombre de representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

Firma del representante legal

Información del agente (para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente

Nombre del promotor

Clave del promotor

Sucursal

Correo electrónico del promotor @

Correo electrónico del agente @

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____
2. ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? _____
3. ¿Recomiendas al solicitante y sus familiares tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Sí ☐ No ☐
4. ¿Conoces algún hecho en contradicción con las respuestas del Solicitante? _____
5. En caso de responder afirmativamente en la pregunta 4, identifica la causa _____

Nombre de quien revisó

Firma de quien revisó

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada, así como se menciona en el Artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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 ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad quien, en todo caso, solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Beneficiarios de la cobertura muerte accidental							
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
Titular			%	4			%
			%				%
			%				%
2			%	5			%
			%				%
			%				%
3			%	6			%
			%				%
			%				%

Beneficiarios de la cobertura últimos gastos							
Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
Titular			%	4			%
			%				%
			%				%
2			%	5			%
			%				%
			%				%
3			%	6			%
			%				%
			%				%

Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas muerte accidental y últimos gastos

En mi carácter de Asegurado, a efecto de dar cumplimiento con lo dispuesto por el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, efectúo la identificación de los beneficiarios de la Suma Asegurada que resulte procedente, designados por el suscrito en la solicitud y/o póliza, en los términos siguientes:

El asegurado declara que el domicilio de los beneficiarios designados, es el mismo que él ha señalado para sí mismo. En caso contrario, indique domicilio correspondiente.

Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas muerte accidental y últimos gastos

Beneficiario 1

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Municipio o Delegación

Código Postal

Ciudad o Población

Estado

Beneficiario 2

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de nacimiento

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Municipio o Delegación

Código Postal

Ciudad o Población

Estado

10 de 12

Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas muerte accidental y últimos gastos				
Beneficiario 3				
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	Calle		Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal	Ciudad o Población	Estado
Beneficiario 4				
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	Calle		Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal	Ciudad o Población	Estado
Beneficiario 5				
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	Calle		Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal	Ciudad o Población	Estado
Beneficiario 6				
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	Calle		Número exterior	Número interior
Colonia	Municipio o Delegación	Código Postal	Ciudad o Población	Estado
Domicilio de país de origen (sólo para el caso de solicitantes extranjeros)				
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)	
Calle			Número exterior	Número interior
Colonia	Código Postal	País	Estado	
Nota: Se considera figura pública aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.				

UNE DE METLIFE (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, 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 y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

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 19 de mayo de 2016, con número CNSF-S0034-0263-2016 / CONDUSEF-000311-01. En tanto, que las modificaciones a sección de “Forma de pago” quedaron registradas a partir del 27 de octubre de 2016, con número MODI-S0034-0024-2016. Y la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro CGEN-S0034-0076-2016 de fecha 7 de junio de 2016.



Recibí:

La información total y completa del seguro que se propone Sí ☐ No ☐

La información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios Sí ☐ No ☐

La notificación de los cambios a la normatividad en materia de Seguros Sí ☐ No ☐

Expresamente solicito y autorizo que me manden vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información relativa Sí ☐ No ☐, a la siguiente dirección: _____@_____

Nombre

Firma

Fecha

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-S0034-0401-2015, en tanto que el folleto de información de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios bajo el registro número RESP-S0034-0048-2015 de fecha 23 de marzo de 2015 / CONDUSEF-G-00128001.

ATENTAMENTE

MetLife México, S.A.

Derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro o bien, cuando ocurre un siniestro?

Cuando se contrata un seguro de vida, accidentes y enfermedades es muy común que se desconozcan los derechos que tienes como asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación. Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

En documento anexo te estamos entregando folleto que establece los derechos básicos de los Contratantes, Asegurados y beneficiarios de un Seguro.

¿Cómo saber cuáles son los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios antes y durante la contratación del seguro, así como cuando ocurra el siniestro?

Es muy fácil...

Antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

-  Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que participen en la contratación de tu seguro, la identificación que los acredite como tales.
-  Solicitar se te informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales que participen en la contratación de tu seguro.
-  Recibir toda información que te permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
-  Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Cuando ocurra el siniestro tienes derecho a:

-  Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro.
 -  Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
 -  Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.
 -  Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).
- Recuerda que puedes tener mayor información de tu seguro directamente con tu agente de seguros, en www.metlife.com.mx o bien en cualquiera de nuestros centros de servicio.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención la Ciudad de México y su Área Metropolitana el 5328 7000 y desde el Interior de la República el 01 800 00 METLIFE (638 54 33).

Nuestros Centros de Servicio están ubicados en:

DISTRITO FEDERAL:

- **REFORMA:** Avenida Paseo de la Reforma Número 265, Planta Baja, Colonia Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **INSURGENTES:** Avenida de los Insurgentes Número 1738, Planta Baja, Colonia Florida, C.P. 01030, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.
- **TONALÁ:** Tonalá Número 10, Planta Baja, Colonia Roma, Código Postal 06700, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

GUADALAJARA: Pedro Moreno Número 1677, Penthouse 1, Colonia Americana, Código Postal 44100 Guadalajara, Jalisco.

MONTERREY: Calzada del Valle Número 120 Oriente, Planta Baja, Colonia Del Valle, Código Postal 66220, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.