

Solicitud para Seguro de Gastos Médicos

MédicaLife Primordial

Folio

MetLife®

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales. Para facilitar los trámites de esta solicitud por favor llénela con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

No. _____

Datos del contratante (Es quién paga la prima)						Persona Física <input type="checkbox"/>	Persona Moral <input type="checkbox"/>
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)			
Calle	No. Ext.	No. Int.	Colonia	Código Postal			
Delegación	Estado	Población	País	Estado Civil	Correo Electrónico		
Teléfono	C.U.R.P.	Registro Federal de Causantes			Enviar correo a este domicilio <input type="checkbox"/>		
Información Contratante (Persona Física)							
Lugar de Nacimiento				Fecha de Nacimiento			
Ciudad / Población		Estado / Provincia		País		Nacionalidad	
<input type="checkbox"/> Credencial para votar IFE		<input type="checkbox"/> Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores		<input type="checkbox"/> Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores		<input type="checkbox"/> Forma migratoria inmigrante (FM2)	
<input type="checkbox"/> Cédula Profesional Secretaría de Educación Pública		<input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula Consular Secretaría de Relaciones Exteriores		<input type="checkbox"/> Forma migratoria No inmigrante (FM3)		<input type="checkbox"/> Credencial de inmigrado Instituto Nacional de Migración	
Número de Identificación: _____				Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Datos del Contacto							
Teléfonos de Contacto							
Domicilio		Oficina / Trabajo			Celular		
Correo Electrónico _____ @ _____							
Información Laboral y Financiera							
Ocupación: <input type="checkbox"/> Empleado Activo <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante							
<input type="checkbox"/> Otro _____							
Empresa, Dependencia o Entidad donde presta sus servicios _____							
Actividad preponderante De la empresa donde preste sus servicios o la ocupación:		<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Actividades agropecuarias <input type="checkbox"/> Gobierno		<input type="checkbox"/> Otro _____			
Origen de recursos							
Detalle de Actividad, giro u ocupación _____							
Ingreso Total mensual aproximado \$ _____							
Información del Contratante (Persona Moral)							
Denominación o Razón Social							
R.F.C.				Folio Mercantil (empresa Nacional)			

PRIMORDIAL

Plan

Mujer

Hombre

Infantil

Esencial

Familiar

Coberturas Adicionales

Incremento en Suma Asegurada

Forma de Pago

Anual

Trimestral

Semestral

Mensual

Deseo que mi pago se realice con cargo automático a tarjeta de crédito

Anexo autorización con folio No. _____

Datos de la familia a asegurar

Parentesco	Nombre (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s))	Sexo		Fecha de Nacimiento AAAA/MM/DD	Peso (kg)	Estatura (m)	R.F.C.	Estado Civil
		F	M					
Titular				/ /				
Cónyuge				/ /				
1. Hijo (a)				/ /				
2. Hijo (a)				/ /				
3. Hijo (a)				/ /				
4. Hijo (a)				/ /				
5. Hijo (a)				/ /				
6. Hijo (a)				/ /				
7. Hijo (a)				/ /				
8. Hijo (a)				/ /				

Cuestionario Médico deberá ser llenado para cada uno de los solicitantes del seguro

A las siguientes preguntas responda Sí/No	Titular	Cónyuge	1. Hijo(a)	2. Hijo(a)	3. Hijo(a)	4. Hijo(a)	5. Hijo(a)	6. Hijo(a)	7. Hijo(a)	8. Hijo(a)
1. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad crónica como diabetes mellitus, hipertensión arterial, esclerosis múltiple, cáncer, tumores, enfermedades cardiovasculares, neurológicas, mentales, pulmonares o renales?										
2. ¿Padece o ha padecido SIDA o alguna enfermedad infecciosa como hepatitis (a excepción de hepatitis A)?										
3. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?										
4. ¿Le falta algún órgano, miembro, parte de él o tiene alguna deformidad?										
5. Usa o ha usado sustancias psicoactivas como lo son la marihuana, cocaína, anfetaminas, barbituricos?										

Cuestionario de Hábitos deberá ser llenado para cada uno de los solicitantes del seguro

Responda las siguientes preguntas	Titular	Cónyuge	1. Hijo(a)	2. Hijo(a)	3. Hijo(a)	4. Hijo(a)	5. Hijo(a)	6. Hijo(a)	7. Hijo(a)	8. Hijo(a)
6. ¿Fuma? Responda Sí/No										
7. Indique el tipo de tabaco (cigarrillo, puro, pipa)										
8. Cantidad diaria de tabaco										
9. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Responda Sí/No										
10. Indique el tipo de bebida										
11. Cantidad de copas diarias										

En caso de fallecimiento del asegurado encontrándose en trámite el pago de la reclamación o en proceso de presentación de reclamación, la indemnización que resulte procedente deberá cubrirse a:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

Para extranjeros o personas y/o familiares con actividades relacionadas a la Función Pública

¿Desempeña o ha desempeñado usted, su cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos de usted o su cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? SI NO

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA Y SER EXTRANJERO REQUISITAR EL FORMATO 2 ARTICULO 140 LGISMS PARA SU CÓNYUGE Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS

En caso de respuesta positiva la pregunta anterior, contestar:
¿Es usted accionista (vínculo patrimonial) de alguna Institución o Asociación? SI NO

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA REQUISITAR EL FORMATO 4 ARTICULO 140 LGISMS PARA SOCIEDADES O ASOCIACIONES RELACIONADAS

En caso de tener nacionalidad extranjera
Especifique las razones para efectuar un contrato en territorio nacional: _____

¿Esta usted obligado a presentar impuestos ante autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica? SI NO

En caso positivo, especifique su Número de Seguridad Social (SSN) o Numero de Identificación para Pago de Impuestos (TIN) en los Estados Unidos de Norteamérica _____

Declaración de Persona Políticamente Expuesta

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿Algún accionista(s) extranjero(s), su(s) cónyuge(s) 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? SI NO

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA REQUISITAR EL FORMATO 1 PERSONA MORAL

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A. (en lo sucesivo "MetLife"), se encuentra ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios financieros. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos patrimoniales o financieros, y datos sensibles (ejemplo: estado de salud). **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. Para conocer los requisitos y plazos puedes visitar nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada. **IV. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS PERSONALES.** Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o servicios puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad el cual encontrarás en el vínculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podremos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para cumplir las finalidades previstas en este aviso de privacidad. **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad puedes ingresar a nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de 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.
¿Desea 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 ésta 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.

Así mismo 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.

“Este documento sólo 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”.

"Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita y que la información que he proporcionado en el presente documento es verídica y auténtica."

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADOS DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MÉDICALLIFE PRIMORDIAL, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXACTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.

Fecha de Solicitud

Día	Mes	Año		

Nombre y Firma del Contratante

Nombre y Firma del Solicitante Titular

Información para aspectos internos de MetLife México, S.A.

Clave de la promotoría: _____

Datos adicionales del promotor: _____

Zona de la promotoría: _____

Clave del agente: _____