

MetLife México S. A.

A quien corresponda

Por medio de la presente, manifiesto que estoy consciente del derecho que tengo de contratar el Seguro individual de gastos médicos mayores denominado **Ex Servidores**, que me otorgan las Condiciones Generales de la póliza colectiva de gastos médicos mayores a la cual pertenecía.

Reconozco que los beneficios que el seguro de Ex Servidores me puede otorgar son los siguientes:

- Aceptación automática sin importar edad.
- Mi familia no tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad, si se encuentran dentro de los límites de aceptación y estaban asegurados en la póliza colectiva.
- Continuidad al pago de siniestros que se hayan reportado en la póliza colectiva.
- Es posible contratar la suma asegurada que tenía en la póliza colectiva incluyendo la potenciación.
- Reconocimiento de antigüedad para reducir o eliminar los periodos de espera.

En este sentido, declaro que es mi voluntad no contratar la póliza de **Ex Servidores** y es mi deseo contratar el seguro individual de gastos médicos mayores denominado **MédicaLife Familiar** y estoy consciente que el mismo no me otorgará los beneficios antes descritos.

Ratificó que mi agente de seguros me informó de manera amplia y detallada sobre los alcances de la contratación del seguro **MédicaLife Familiar**.

---

Nombre y firma del solicitante

---

Número, nombre y firma del agente de seguros