

Solicitud de seguro de gastos médicos mayores MédicaLife Primordial

Número de folio: _____

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 <input type="checkbox"/>	Persona moral <input type="checkbox"/>
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	Colonia	
Código postal	Alcaldía	Estado		Población	
País		Estado civil			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Clave Única de Registro de Población		Registro Federal de Contribuyentes			
Correo electrónico @			Teléfono		
Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico antes señalado. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Información del Contratante (persona física)					
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Ciudad / Población	Estado / Provincia	País		Nacionalidad(es)	
Identificación oficial vigente / emisor					
Credencial <input type="checkbox"/> para votar vigente	Pasaporte <input type="checkbox"/> Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de <input type="checkbox"/> afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Cédula profesional <input type="checkbox"/> Secretaría de Educación Pública	Certificado de <input type="checkbox"/> matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores	Forma Migratoria <input type="checkbox"/> 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 independiente Comerciante Jubilado

Ama de casa Estudiante Otro _____

Ingreso total mensual aproximado \$ _____

Detalle de actividad, giro u ocupación: _____

Empresa, dependencia o entidad donde prestas tus servicios: _____

Actividad o giro de la empresa donde prestas tus servicios u ocupación:

Industrial Servicios Actividades agropecuarias Gobierno Otro Especifica: _____

Origen de recursos

Detalle de actividad, giro, ocupación u otro: _____

Información del Contratante (persona moral)

Denominación o razón social

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

--	--	--	--

Registro Federal de Contribuyentes

Folio mercantil (empresa nacional)

Giro mercantil

Actividad u objeto social

Nacionalidad

Nombre completo del apoderado o representante legal, administradores, director, gerente general con facultades para celebrar operaciones de seguros para empresas nacionales.

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Domicilio y datos de contacto de la empresa

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Colonia / Barrio

Ciudad / Población

Municipio / Alcaldía

¿Zona fronteriza? Sí No

Entidad federativa

País

Código postal

Teléfonos de contacto

()

(Lada) teléfono 1

Teléfono 2

Correo electrónico: _____ @ _____

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico antes señalado. Sí No

Datos del solicitante titular (solo llenar si es diferente al Contratante)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior
Colonia	Código postal	Alcaldía	
Estado ()	Ciudad / Población	País	
(Lada) teléfono	Estado civil	Correo electrónico @	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave Única de Registro de Población	Registro Federal de Contribuyentes		

Primordial

Plan: Mujer Hombre Infantil Esencial Familiar

Coberturas adicionales

Incremento en Suma Asegurada

Formas 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	
			Crédito <input type="checkbox"/>	Débito <input type="checkbox"/>
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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*	F**	Día	Mes	Año			
Titular											Titular
Cónyuge											
1. Hijo(a)											
2. Hijo(a)											

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*	F**	Día	Mes	Año			
3. Hijo(a)											
4. Hijo(a)											
5. Hijo(a)											
6. Hijo(a)											

*Masculino, **Femenino.

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)
1. ¿Has padecido o padeces problemas del sistema respiratorio? (tuberculosis, bronquitis crónica, asma, neumonía, etc.)								
2. ¿Se te ha practicado o tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?								
3. ¿Has padecido o padeces cáncer o tumores en alguna parte del cuerpo?								
4. ¿Padeces o has padecido de enfermedad de la vesícula biliar?								
5. ¿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?								
6. ¿Hás padecido o padeces diabetes?								
7. ¿Padeces o has padecido lupus eritematoso, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?								
8. ¿Has tenido padecimientos del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, etc.)?								
9. ¿Has padecido o padeces alguna afección, enfermedad o lesión diferente a las señaladas anteriormente?								

Cuestionario de hábitos (deberá ser llenado para cada uno de los solicitantes del seguro)								
Responde las siguientes preguntas	Titular	Cónyuge	1. Hijo(a)	2. Hijo(a)	3. Hijo(a)	4. Hijo(a)	5. Hijo(a)	6. Hijo(a)
1. ¿Fumas? Responde Sí/No								
2. Indica el tipo de tabaco (cigarrillo, puro, pipa)								
3. Cantidad diaria de tabaco								
4. ¿Ingieres bebidas alcohólicas? Responde Sí/No								
5. Indica el tipo de bebida								
6. 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:

Beneficiario de la cobertura Primordial

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s)	Parentesco	Porcentaje	Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre (s)	Parentesco	Porcentaje
Titular			%	5			%
			%				%
			%				%
2			%	6			%
			%				%
			%				%
3			%	7			%
			%				%
			%				%
4			%	8			%
			%				%
			%				%

Datos de identificación de beneficiarios(s) de coberturas

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

Beneficiario 1

 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

 Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

 Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 2

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 3

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 4

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 5

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 6

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 7

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Beneficiario 8

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Fecha de nacimiento Calle Número exterior Número interior Colonia

Municipio / Alcaldía Código postal Ciudad / Población Ciudad / Población

Declaraciones (campos obligatorios)

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

En caso de respuesta positiva y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, requisitar el formato 2 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 para sociedades y asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera:

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

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, llenar las secciones de Estructura Accionaria y Estructura Corporativa del formato 4

Declaraciones propietario real / Persona que ejerce el control (campos obligatorios)

Declaraciones propietario real: Se entiende a la persona física que no siendo el cliente o beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo obtiene los beneficios derivados de este contrato u operación que se pretende celebrar, y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos.

En la siguiente sección: Favor de declarar a la(s) persona(s) física(s) que tiene(n) el carácter de propietario real. Para contratantes persona moral, declara al o los accionista(s) que posea(n) un porcentaje de participación en el capital social igual o mayor al 25%.

				Porcentaje de participación en el capital social
Número de accionistas (personas físicas)				
1.	_____	_____	_____	_____%
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad
2.	_____	_____	_____	_____%
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad

Número de accionistas (personas morales)				
1.	_____	_____	_____	_____%
	Denominación o Razón Social		Nacionalidad	
2.	_____	_____	_____	_____%
	Denominación o Razón Social		Nacionalidad	

En caso de que los accionistas declarados sean personas morales o bien, nadie posea dicho porcentaje, declarar al administrador único de la empresa, o a los miembros de su consejo de administración, o bien aquella persona física que ejerce el control de la persona moral directa o indirectamente. (campos obligatorios):

				Administrador Único / Miembro del consejo de administración	Persona Física que ejerce el control / Propietario real
1.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	
2.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	

Agregar la identificación oficial de las personas que fueron declaradas en esta sección, en caso de haber declarado a una persona moral como principal accionista, adjuntar la identificación oficial de los (i) propietarios reales, o (ii) administrador único o en caso, (iii) de los Miembros del Consejo de Administración.

En caso de que existan más de dos personas con el carácter de propietarios reales, miembros del consejo de administración o personas que ejerzan el control, favor de completar la información en el formato 4.

Aviso de privacidad de MetLife México, S.A.

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A., ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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 o transferidos 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 o inscribirte en el Registro Público de Usuarios. **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. **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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 Médicalife 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.

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

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

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 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 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico 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

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

Nombre de agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación

Nombre del promotor

Clave del promotor

Sucursal

_____ @ _____

Correo electrónico del promotor

_____ @ _____

Correo electrónico del agente

Los agentes de seguro deberán informar, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro, así como sobre la forma de conservarla o darla por terminada.

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-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0391-2013 de fecha 12 de Junio 2013 / CONDUSEF-000088-03.

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 de 2015, con el número RESP-S0034-0401-2015. En tanto que las disposiciones derivadas del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, quedaron registradas el día 25 de noviembre de 2020 bajo RESP-S0034-0002-2020.

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 o de 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 Sanas Prácticas 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 este documento te entregamos 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?

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

- Solicitar a los agentes, empleados y/o 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 del 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 del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima del 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.

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 en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

Ciudad de México:

- **Reforma:** Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- **Guadalajara:** Avenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan, 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.

Atentamente

MetLife México, S.A.

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 folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 29 de abril de 2015, con número RESP-S0034-0414-2015 / CONDUSEF-G-001280-01.