

3. Ocupación del Contratante / solicitante

Ocupación o profesión

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____
Profesional independiente Jubilado Estudiante Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____

Detalle de la ocupación o profesión

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras

Sector económico

Industria Servicios
Gobierno Actividades
Otro agropecuarias
Especificar: _____

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social

*El Contratante es la persona que se obliga con MetLife a pagar la prima y en su caso realizar las aportaciones adicionales.

4. 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				
2				
3				

5. Declaraciones

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

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

País(es)

Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos

¿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 a la pregunta anterior y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, llenar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos y contestar la siguiente pregunta:

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

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 4 para sociedades y asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera o tener residencia en el extranjero, especifica las razones por las cuales es de tu interés la contratación de un seguro en territorio nacional:

¿Actúas por cuenta propia?

Sí No

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 2 para propietario real

6. Beneficiarios del solicitante titular

Derivado de la naturaleza del seguro que se solicita (seguro recíproco), la designación de beneficiarios solo deberá efectuarse en el caso de que el proponente titular de la póliza sea el único Asegurado.

Advertencia: En el caso de que desees 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.

Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	% participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1	Domicilio particular completo:					
2	Domicilio particular completo:					
3	Domicilio particular completo:					
4	Domicilio particular completo:					
5	Domicilio particular completo:					

En caso de designar a una persona moral, llenar los siguientes datos:

Número	Denominación o razón social	Fecha de constitución	Relación	% Participación
1				

Domicilio completo:

Información adicional

7. Datos del plan

Suma Asegurada a elegir: \$250,000 M.N. \$350,000 M.N. \$500,000 M.N. Suma Asegurada \$ _____

8. Cuestionario

	Contratante/titular	Cónyuge	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3
1. ¿Padeces o has padecido cáncer o tumores?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Fumas actualmente? (si la respuesta es "sí", favor de indicar clase, cantidad y desde cuándo)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: Cantidad diaria: Cigarros <input type="checkbox"/> _____ Pipa <input type="checkbox"/> _____ Puro <input type="checkbox"/> _____ Otros <input type="checkbox"/> _____ ¿Desde cuándo? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: Cantidad diaria: Cigarros <input type="checkbox"/> _____ Pipa <input type="checkbox"/> _____ Puro <input type="checkbox"/> _____ Otros <input type="checkbox"/> _____ ¿Desde cuándo? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: Cantidad diaria: Cigarros <input type="checkbox"/> _____ Pipa <input type="checkbox"/> _____ Puro <input type="checkbox"/> _____ Otros <input type="checkbox"/> _____ ¿Desde cuándo? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: Cantidad diaria: Cigarros <input type="checkbox"/> _____ Pipa <input type="checkbox"/> _____ Puro <input type="checkbox"/> _____ Otros <input type="checkbox"/> _____ ¿Desde cuándo? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: Cantidad diaria: Cigarros <input type="checkbox"/> _____ Pipa <input type="checkbox"/> _____ Puro <input type="checkbox"/> _____ Otros <input type="checkbox"/> _____ ¿Desde cuándo? _____
3. ¿Has disminuido tu peso en los últimos 12 meses? (si la respuesta es "sí", favor de indicar la causa)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilogramos disminuidos _____ Causa: Dieta y ejercicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilogramos disminuidos _____ Causa: Dieta y ejercicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilogramos disminuidos _____ Causa: Dieta y ejercicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilogramos disminuidos _____ Causa: Dieta y ejercicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilogramos disminuidos _____ Causa: Dieta y ejercicio <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____
4. ¿En tu familia (padre, madre, hermanos, abuelos) han habido casos de tumores de cáncer antes de los 60 años? (si la respuesta es "sí", favor de indicar cuántos)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____

Preguntas adicionales para el titular:

¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos

¿Cuál es tu estatura? _____ metros

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

¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____ ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

¿Solicita tu cliente esta póliza para reemplazar otra que tenga con MetLife México, S.A.? Sí No ¿Con base en qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada? _____

Nombre y apellido del promotor _____ Correo electrónico del promotor _____@_____

Nombre completo del administrativo de la promotoría _____ Correo electrónico del administrativo de la promotoría _____@_____ Teléfono _____

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

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 mismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

Nombre y firma del agente quien realizó la entrevista _____ @ _____
Correo electrónico del agente

10. Datos de solicitantes adicionales (dependientes asegurados)

Cónyuge

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Registro Federal de Contribuyentes _____
Día Mes Año
Clave Única de Registro de Población _____
Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Lugar de nacimiento:

País _____ Estado / Provincia _____ Ciudad / Población _____ Nacionalidad(es) _____

Ocupación o profesión

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____
Profesional independiente Jubilado Estudiante Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____

Detalle ocupación o profesión _____ Solo en caso de tener un domicilio distinto al Contratante indicarlo (aplica para cónyuge e hijos): _____
Estatura _____ metros Peso _____ kilogramos

11. Hijo 1

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Registro Federal de Contribuyentes _____
Día Mes Año
Clave Única de Registro de Población _____
Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Lugar de nacimiento:

País _____ Estado / Provincia _____ Ciudad / Población _____ Nacionalidad(es) _____

Ocupación o profesión

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____
Profesional independiente Jubilado Estudiante Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____

Detalle ocupación o profesión _____

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.

14. Beneficiario de los dependientes asegurados

Para efectos de este plan de seguro se entenderá que el beneficiario de la indemnización que proceda es el propio Asegurado afectado. En el caso de los dependientes asegurados menores de edad se considerará como beneficiario al Asegurado titular. En el caso de fallecimiento, la póliza operará bajo la modalidad del seguro recíproco, de forma que el Asegurado titular será el beneficiario de los dependientes asegurados y estos a su vez serán beneficiarios del Asegurado titular.

15. Autorizaciones

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.

Este documento solo 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, a aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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

Autorización para el caso de cargo automático de pago

Solicito y autorizo a la institución operadora antes señalada para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente, según corresponda, que tengo celebrado y respecto de los cuales me fue expedida la tarjeta citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado la institución operadora o la cuenta bancaria respectiva, se sirvan pagar por mi cuenta a MetLife México, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en la póliza suscrita con la citada aseguradora. MetLife México, S.A. se obliga y es responsable de cumplir con: i) la información generada correcta y oportuna de los cargos al tarjetahabiente o pagador. ii) la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a la institución operadora de toda reclamación que se generará por parte del tarjetahabiente. Los cargos los podrá realizar MetLife México, S.A. por conducto de sus apoderados con facultades suficientes a través del servicio elegido y los depósitos se harán en la(s) cuenta(s) instruidas que la aseguradora tiene contratadas con la institución operadora a través del mismo procedimiento o de cualquier otro que convengan a la institución operadora y a MetLife México, S.A. Cada uno de los cargos se efectuará en la fecha de vencimiento de cada prima que corresponda. En caso de que por causas imputables al Asegurado y/o Contratante no pueda efectuarse el cargo correspondiente en las fechas convenidas, o bien, cuando a más tardar el quinto día hábil siguiente a la fecha propuesta para el cargo automático de prima a tarjeta de crédito / débito / CLABE, el Asegurado y/o Contratante no advierta la realización del cargo a la cuenta indicada, y mientras la obligación del pago se encuentre dentro del plazo establecido para el pago de prima, deberá pagarse directamente en las oficinas de MetLife México, S.A., o a través de depósito en la cuenta bancaria de la aseguradora las cantidades correspondientes. Los números de cuenta para el depósito bancario podrán ser obtenidos llamando al call center de la aseguradora, accediendo a la página web de la aseguradora o bien con su agente de seguros. Los pagos recibidos fuera del plazo establecido en el contrato de seguro no implican la continuidad de las coberturas contratadas. Si el plan de seguro prevé futuras modificaciones a la misma prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad que resulte, sin que sea necesario firmar una nueva solicitud-autorización de cargo automático a tarjeta. Esta autorización estará vigente mientras no sea expresamente revocada por medio de un escrito firmado y dirigido a la aseguradora, con 30 días naturales previos a la fecha de terminación de la vigencia de la autorización señalada. El suscrito expresamente libera a la institución operadora señalada, de toda responsabilidad que pudiera derivarse de los cargos que se efectúen con base en las presentes instrucciones.

Doy mi consentimiento a MetLife México, S.A., para compartir la información contenida en este documento, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, conforme a la regulación aplicable, misma que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales y calidad en el servicio, resaltando que la misma tiene el carácter de confidencial.

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

Nombre y firma del Contratante

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de Agosto de 2007 con el número CNSF-S0034-0120-2007 / CONDUSEF-000173-02; en tanto que las disposiciones derivadas del artículo 492 de la Ley de las Instituciones de Seguros y de Fianzas, quedaron registradas el día 25 de noviembre de 2020 bajo el RESP-S0034-0003-2020.

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 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 Oxtopolco 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 23 de marzo de 2015, con número RESP-S0034-0049-2015 / CONDUSEF-G-000780-01.