

Solicitud de cambios en las condiciones de la póliza de vida individual

Número de póliza _____

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

Datos generales del Contratante (es quien paga la prima) o Asegurado según requerimiento

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
 _____ @ _____
 Registro Federal de Contribuyentes _____ Correo electrónico _____ Teléfono _____

El que suscribe, Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife México, S.A. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Señala el trámite a efectuar por póliza, si cuentas con más de una póliza, llenar un formato para cada una de ellas

OI Cambios sin afectación vida (anexar formato 5 - actualización de información)	OI Cambios con afectación vida
Corrección de nombre y apellidos**	Cambio de moneda
Cambio de Contratante	Cambio de Suma Asegurada
Cambio de domicilio	Cambio de forma de pago
Corrección Registro Federal de Contribuyentes**	Cambio de plan
Corrección de género**	Corrección de edad/corrección de fecha de nacimiento**
Corrección de estado civil**	
Actualización de información artículo 492 Ley de Instituciones de Seguro y de Fianzas	Reconsideración de dictamen
OI Cambios sin afectación vida	Inclusión o exclusión de extra primas
Cambio de beneficiario (anexar formato de identificación de beneficiarios)	Inclusión o exclusión de beneficios adicionales
Aclaración de estado de cuenta	Inclusión o exclusión del beneficio de no fumador
Carta estatus	Inclusión de plan capitalizable corto plazo
Duplicado de póliza	Cambio de seguro prorrogado
Duplicado de recibo	Cambio de seguro saldado
Duplicado de endoso	OI Rescates, retiros y cancelaciones
Cambio clave de agente	Cancelación de póliza
Estado de cuenta por jubilación y capitalizable a corto plazo	Rescate de fondo de pólizas de jubilación y capitalizable a corto plazo para pago de prima-pólizas de vida mismo Asegurado
Cambio en autorización de envío de documentación contractual vía correo electrónico	Rescate total
OI Rehabilitación (anexar solicitud de rehabilitación)	Rescate parcial (MetaLife, CCP y Jubilación)
Rehabilitación (titular cónyuge e hijos)	OI Cob solicitud de cheques
OI cambio de conducto de cobro (anexar formato instrucción de pago de prima con cuenta CLABE o tarjeta de crédito / débito)	Devolución de primas
Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito y débito*	OI Aclaración de pagos
Cambio de conducto de cobro a CLABE bancaria*	Aclaración de pagos
Cambio de conducto de cobro a agente	OI Cob Solicitud de aplicación de Pagos
	Aplicación de pagos

**Los cambios instruidos a estos servicios aplicarán para las pólizas que se encuentren vigentes a esta fecha cuando el cambio sea solicitado por el Contratante.

Detalle de la modificación a efectuar (indicar dato nuevo) *Anexar formato correspondiente**Autorización**

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios solicitados surtan efecto a partir del _____ de _____ de _____. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, de ser aprobados por la aseguradora quedarán sin alteración.

La aceptación de MetLife México, S.A. de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife México, S.A. remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

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

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx
 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 de MetLife México S.A.

Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación	Clave del agente	Sucursal	Clave y nombre de promotoría o corredor	Correo electrónico del promotor o corredor
Lugar y fecha	Firma del Contratante y/o Asegurado según corresponda a la solicitud		Correo electrónico del Contratante y/o Asegurado	

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 unidad ESPECIALIZADA@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, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx