

Solicitud de seguro de gastos médicos mayores MédicaLife familiar Ex Servidores

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. Solo llenar si es diferente al solicitante) | | | | | |
|--|---|---|-----------------|---|-----------------|
| Apellido paterno | | Apellido materno | | Nombre(s) | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Fecha de nacimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| Registro Federal de Contribuyentes <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Lugar de nacimiento (población / estado / país) <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Día Mes Año | |
| Calle / Avenida | | | Número exterior | | Número interior |
| Colonia | | Código postal | | Alcaldía | |
| Nacionalidad(es) | | Teléfono particular | | Teléfono oficina | |
| Correo electrónico <input style="width: 100%;" type="text"/> @ <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | |
| Datos del solicitante | | | | | |
| Apellido paterno | | Apellido materno | | Nombre(s) | |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Fecha de nacimiento <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | |
| Registro Federal de Contribuyentes <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Lugar de nacimiento (población / estado / país) <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Día Mes Año | |
| Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> | | Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> | | Casado(a) <input type="checkbox"/> | |
| Femenino <input type="checkbox"/> | | Estatura <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Viudo(a) <input type="checkbox"/> | |
| Peso <input style="width: 100%;" type="text"/> | | Divorciado(a) <input type="checkbox"/> | | Unión libre <input type="checkbox"/> | |
| Calle / Avenida | | | Número exterior | | Número interior |
| Colonia | | Código postal | | Alcaldía | |
| Nacionalidad(es) | | Teléfono particular | | Teléfono oficina | |
| Correo electrónico <input style="width: 100%;" type="text"/> @ <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | | | |

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555328 7000, Lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

| Datos del seguro de gastos médicos mayores solicitado | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|------|---|--------------------|----------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------|
| Suma Asegurada | | | Deducible | | | | Coaseguro | | | | % _____ |
| Coberturas adicionales | | | | | | | | | | | |
| Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/> | | | | | Cobertura en el extranjero <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Forma de pago solicitada | | | | | | | | | | | |
| Periodicidad de pago: Mensual* <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> (*) Sólo cargo automático | | | | | | | | | | | |
| Cargo automático a tarjeta de crédito | | | | | | | | | | | |
| Bancomer <input type="checkbox"/> Banamex <input type="checkbox"/> Otros* <input type="checkbox"/> _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| (*) Llenar formato adicional con número de folio de autorización de cargo a tarjeta o descuento. Número de token | | | | | | | | | | | |
| Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalla los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos) | | | | | | | | | | | |
| | Apellido paterno, materno, nombre(s) | Parentesco con el titular | Fecha de nacimiento | | | Sexo | | Ocupación | Peso (kg ³) | Altura (mts ⁴) | |
| | | | Día | Mes | Año | M ¹ | F ² | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| (1)Masculino, (2)Femenino, (3)kilogramos, (4)metros. | | | | | | | | | | | |
| Información sobre tu ocupación (solicitante titular y cónyuge) | | | | | | | | | | | |
| Titular | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la empresa | | | | | | Población / Estado | | | | | |
| Detalle de la ocupación | | | | Giro | | | Teléfono | | | | |
| Lugar de trabajo: Oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| ¿Conduces algún vehículo en tu ocupación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ | | | | | | | | Ingresos anuales: _____ | | | |
| ¿Haces uso de aeronaves? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Particulares <input type="checkbox"/> Comerciales <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> | | | | | | | | Número de horas anuales: _____ | | | |

Información sobre tu ocupación (solicitante titular y cónyuge)

Cónyuge

Nombre de la empresa _____

Población / Estado _____

Detalle de la ocupación _____

Giro _____

Teléfono _____

Lugar de trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Otro

¿Conduces algún vehículo en tu ocupación? Sí No ¿Cuál? _____ Ingresos anuales: _____

¿Haces uso de aeronaves? Sí No Particulares Comerciales Piloto Pasajero Número de horas anuales: _____

Aviación, deportes y/o aficiones (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador? Sí No

¿Vuelas aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí No

¿Utilizas motocicleta? Sí No Frecuencia: _____ En caso afirmativo, ¿deseas cubrir el riesgo? Sí No

Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado:

Frecuencia: Diario Semanal Quincenal Mensual Otro

¿Participas en competencias? Sí No Amateur Profesional ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí No

Nota importante: Si practicas algún deporte peligroso como motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza, juegos de azar, apuestas, etcétera, es necesario llenar el cuestionario correspondiente en caso de que desees cubrir el riesgo.

Cuestionario general de hábitos (deberá llenarse en todos los casos)

| | ¿Fumas? | ¿Desde cuándo? | Cantidad diaria | ¿Haces uso de bebida alcohólicas? | ¿Desde cuándo? | Frecuencia | Cantidad por ocasión | ¿Cuáles? |
|---|---------|----------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|------------|----------------------|----------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |

Historia familiar (deberá contestarlo el titular y el cónyuge)

| Padecimientos de padres o hermanos | Titular | | Cónyuge | | Padecimientos de padres o hermanos | Titular | | Cónyuge | |
|------------------------------------|---------|----|---------|----|---|---------|----|---------|----|
| | Sí | No | Sí | No | | Sí | No | Sí | No |
| 1. Insuficiencia renal | | | | | 6. Cáncer | | | | |
| 2. Afecciones cardíacas | | | | | 7. Afección coronaria | | | | |
| 3. Hipertensión arterial | | | | | 8. Afección congénita | | | | |
| 4. Diabetes | | | | | 9. Afección reumática | | | | |
| 5. Epilepsia | | | | | 10. Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales | | | | |

En caso de respuestas afirmativas, favor de detallar la información

| | Enfermedades o afecciones | Número de veces que la ha padecido | Parentesco | Edad cuando ocurrió | Edad actual | Estado actual |
|---|---------------------------|------------------------------------|------------|---------------------|-------------|---------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |

Nombre del médico familiar

Teléfono

Dirección

Correo electrónico

@

Cuestionario médico (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. ¿Padeces actualmente de alguna enfermedad? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 18. ¿Padeces o has padecido reumatismo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Estás sujeto a algún tratamiento médico? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 19. ¿Tienes problemas con el sistema óseo (huesos o articulaciones)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica, ya sea en un hospital o en un consultorio (ambulancia)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 20. ¿Tienes alguna deformidad? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 21. ¿Tienes o has tenido pérdida de movimiento en forma temporal y/o permanente de alguna de sus extremidades? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Has sido internado en algún hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 22. ¿Te falta algún órgano y/o miembro o parte de él? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Has consultado al médico en los últimos cinco años? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 23. ¿Tienes alguna anomalía o alteración de la vista? (en su caso indicar número de dioptrías en el recuadro de respuestas afirmativas) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se te ha administrado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos cinco años? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 24. ¿Tienes alguna anomalía o alteración auditiva? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usas o has usado sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, etcétera? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 25. ¿Has padecido o padeces problemas de anginas, sinusitis y/o nariz tapada por tabique desviado o alguna otra causa? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Se te han practicado estudios de rayos "X" por algún padecimiento o alteración de la salud? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 26. ¿Has tenido enfermedades del aparato digestivo, intestino delgado, hígado, colon y/o páncreas, etc? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Padeces o has padecido enfermedades del corazón? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 27. ¿Padeces o has padecido de enfermedad de la vesícula biliar? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Padeces o has padecido presión arterial alta? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 28. ¿Has tenido padecimientos del sistema genitourinario (riñon, vejiga, próstata, etc.)? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Padeces o has padecido afecciones del aparato circulatorio como várices, aneurismas, etc.? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 29. ¿Padeces o has padecido enfermedad del sistema nervioso o músculo - esquelético? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Tienes anemia u otras enfermedades sanguíneas? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 30. ¿Has presentado cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Se te han practicado electrocardiogramas? (no check-up o revisión rutinaria) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 31. ¿Has tenido cáncer de cualquier tipo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Padeces o has padecido de pérdida del conocimiento o ataques? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 32. ¿Padeces o has padecido lupus eritematoso, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Has presentado aparición de moretones sin golpe y/o heridas pequeñas con sangrado profundo? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 33. ¿Se te ha diagnosticado o tienes indicios de la existencia de cualquier tipo de estructura anormal como tumores, miomas, quistes, calcificaciones, piedras, hernias o cualquier otra? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Pérdidas espontáneas de sangre por algún orificio (oidos, nariz, boca, recto y/o genitales)? (si eres mujer, excepto menstruación) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |

Cuestionario médico (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

| | | |
|---|---|--|
| 34. ¿Has padecido o padeces enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 44. ¿Has padecido o padeces de colesterol elevado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 35. ¿Padeces, se te ha detectado o has padecido diabetes mellitus? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 45. ¿Has padecido o padeces problemas del sistema respiratorio? (tuberculosis, bronquitis crónica, asma, neumonía, etc.) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 36. ¿Se te han practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica como diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etc.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 46. ¿Has padecido o padeces de fibrosis quística? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 37. ¿Has padecido enfermedades transmisibles (incluyendo hepatitis)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 47. ¿Has padecido o padeces de alguna enfermedad, afección o lesión diferente a las señaladas anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 38. ¿Has consultado al médico por infecciones de transmisión sexual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Solo mujeres | |
| 39. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad de la tiroides, suprarrenales o cualquier otra glándula? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 48. ¿Padeces o has padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 40. ¿Padeces o has padecido osoriasis, vitiligo o cualquier otra enfermedad de la piel? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 49. ¿Se te ha practicado operación cesárea o legrado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 41. ¿Has sufrido algún accidente cuyas lesiones, secuelas o complicaciones hayan durado más de 2 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 50. ¿Tienes o has tenido problemas relacionados con la menstruación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 42. ¿Has padecido o padeces de algún mal congénito? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 51. ¿Has sufrido algún aborto y/o te has sometido a tratamientos por esterilidad o infertilidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| 43. ¿Has padecido o padeces de gota? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 52. ¿Actualmente estás embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Meses de embarazo: _____ Fecha última menstruación: _____ | |

En caso de respuestas afirmativas del cuestionario médico, favor de ampliar información.

| Solicitante número | Número de pregunta | Nombre de las enfermedades afección, lesiones, estudios | Número de veces que las ha sufrido | Fecha | Duración | Estado actual |
|--------------------|--------------------|---|------------------------------------|-------|----------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Solicitante número | Hospital y/o médico quien te atendió | Correo electrónico | Teléfono |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Antigüedad

Si tienes póliza en esta u otra compañía, anota la fecha de antigüedad. Favor de anexar la documentación comprobatoria.

| | Antigüedad | Compañía | Personas aseguradas con la compañía anterior | Número de póliza |
|----------|-------------------|----------|--|------------------|
| 1 | Día Mes Año | | | |
| | | | | |
| 2 | Día Mes Año | | | |
| | | | | |
| 3 | Día Mes Año | | | |
| | | | | |

| | Antigüedad | Compañía | Personas aseguradas con la compañía anterior | Número de póliza |
|---|---|----------|--|------------------|
| 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año | | | |
| 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año | | | |
| 6 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año | | | |

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.

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 _____ Correo electrónico del promotor _____ @ _____

Correo electrónico del agente _____ @ _____ Sucursal _____

- ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____
 - ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No
 - ¿Recomiendas al solicitante y sus familiares tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Sí No
 - ¿Conoces algún hecho en contradicción con las respuestas del solicitante? Sí No
- En caso de responder afirmativamente en las preguntas 3 y 4, identifica las causas _____
- _____

Nombre de quien revisó _____

Firma de quien revisó _____

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.

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. Sí No

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.

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingrese a MetLife ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

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.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de gastos médicos mayores, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

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

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.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante

En caso de minoría de edad del solicitante titular, se requiere el nombre y la firma de su representante legal.

Nombre del representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

Firma

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

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretendan contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo proporcionarán a MetLife México, 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.

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-S0034-0407-2014 de fecha 15 de septiembre de 2014/ CONDUSEF-000313-02, mientras que las modificaciones referentes a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas quedaron registrados a partir del día 21 de abril del 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 el 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 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.