

Solicitud de seguro educacional EducaLife

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 de 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.

Número de solicitud CP DES: _____

Número de solicitud: _____

1. Datos generales del Contratante* persona física / solicitante

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
 Día Mes Año Registro Federal de Contribuyentes

Clave Única de Registro de Población

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Tipo de identificación oficial vigente _____ Número de identificación _____

Lugar de nacimiento:

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

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

2. Domicilio y datos de contacto del Contratante / solicitante

Domicilio particular

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____
 Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____
 Estado _____ País _____

Teléfonos

() _____ () _____ () _____
 Particular Oficina / Laboral Extensión Móvil

3. Ocupación del Contratante / solicitante

Ocupación o profesión

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

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

Detalle de la ocupación o profesión

Sector económico

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras

Industria

Servicios

Gobierno

Actividades agropecuarias

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social

Otro

Especificar: _____

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		<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"/>

5. Perfil transaccional

Indica volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

6. Declaraciones

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

En caso afirmativo, indica: 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

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife? Sí No

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 3 para proveedor de recursos

1. Datos generales del Contratante persona moral

Denominación o razón social _____ Nombre comercial _____ Registro Federal de Contribuyentes _____

Fecha de constitución: _____ Día Mes Año Nacionalidad _____ Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexicana) _____

Sector económico

Industria Servicios Actividades agropecuarias _____
Detalle giro mercantil, actividad u objeto social

Gobierno Otro Especificar: _____
@ _____

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

2. Domicilio y datos de contacto del Contratante personal moral

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfonos

() _____ () _____
Teléfono 1 Teléfono 2

() _____ @ _____
Nombre del contacto Posición / Puesto Teléfono del contacto Extensión Correo electrónico del contacto

3. Apoderado o representante legal (llenar para empresas nacionales)

Nombre completo del apoderado o representante legal que con su firma puede celebrar la operación de que se trate

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

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. Perfil transaccional

Indica volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales		
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$	\$

6. Declaraciones

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

En caso afirmativo, indica: País(es) _____ Número de Identificación de Impuestos _____

¿Países con los que tienes operaciones bajo la misma razón social? _____

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s) extranjero(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí No

En caso de respuesta positiva, llenar las secciones de estructura corporativa y accionistas formato 4

7. 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%.

Estructura corporativa y composición accionaria

Número de accionistas (personas físicas)	Porcentaje de participación en el capital social
1. _____ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad	<input type="text"/> <input type="text"/> %
2. _____ Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad	<input type="text"/> <input type="text"/> %

Número de accionistas (personas morales)

1. _____ Denominación o Razón Social	_____ Nacionalidad	<input type="text"/> <input type="text"/> %
2. _____ Denominación o Razón Social	_____ Nacionalidad	<input type="text"/> <input type="text"/> %

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.

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

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 su 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.

8. El solicitante es:¿El solicitante es el mismo que el Contratante? Sí No

En caso que el solicitante sea el mismo que el Contratante pasar a la sección beneficiarios del solicitante titular.

9. Datos generales del solicitante titular

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año Edad _____
Registro Federal de Contribuyentes __________
Clave Única de Registro de PoblaciónSexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre **Lugar de nacimiento:**

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

10. Domicilio y datos de contacto del solicitante titular**Domicilio particular**

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfonos() _____ () _____
Particular Oficina / Laboral Extensión Móvil**Correo electrónico**

Personal _____ @ _____ Laboral _____ @ _____

11. Ocupación del solicitante titular**Ocupación o profesión**Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____
Profesional Jubilado Estudiante Ingreso mensual \$ _____
independiente aproximado (pesos)

Detalle de la ocupación o profesión _____

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras _____

Detalle del giro mercantil, actividad u objeto social de la empresa donde laboras _____

Sector económicoIndustria Servicios
Gobierno Actividades agropecuarias
Otro Especificar: _____

12. Beneficiarios del solicitante titular

Advertencia: En el caso de que se desee 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 debe 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje 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	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

Información adicional

13. Moneda

Dólares

Moneda Nacional

Datos del plan

Asegurado titular	Cónyuge	Menor Asegurado
Temporal ¹ <input checked="" type="checkbox"/> \$ _____ Garantía de pago de primas GPPI ¹ <input checked="" type="checkbox"/> GPPF ¹ <input checked="" type="checkbox"/> Muerte accidental ² IMA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> \$ _____	Protección conyugal <input type="checkbox"/> \$ _____ Otros Gastos funerarios <input type="checkbox"/>	Plazo a edad alcanzada del dotal mixto 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> \$ _____ Mini seguro dotal 5 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Otros Gastos fuerarios <input type="checkbox"/>

Datos del plan		
Asegurado titular	Cónyuge	Menor Asegurado
Invalidez PASI <input type="checkbox"/> \$ _____ Otros Gastos funerarios <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> \$ _____ ET <input checked="" type="checkbox"/>		

¹ En el producto EducaLife se incluyen de forma automática las coberturas de seguro temporal, Garantía de Pago de Primas por Fallecimiento (GPPF) y la Garantía de Pago de Primas por Invalidez (GPPI), cuyo costo será reflejado en la prima total de la póliza del seguro.

² Los beneficios de muerte accidental son excluyentes entre sí.

IMA= Indemnización por Muerte Accidental

TI= Triple Indemnización por muerte accidental y pérdidas orgánicas

PASI= Pago Adicional de Suma Asegurada por Invalidez

GE= Graves Enfermedades

ET= Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

14. Aviación, deportes y/o aficiones del solicitante titular

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

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

En caso afirmativo ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí No

3. ¿Practicas alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, tiro al blanco, tauromaquia o charrería? Sí No

Otros, ¿Cuál? _____

En caso de que tu respuesta sea afirmativa a la pregunta 3, llenar el cuestionario correspondiente.

15. Otros seguros de vida del solicitante titular

(Esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

4. ¿Estás asegurado con otras compañías en vida o accidentes personales? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indicar:

Nombre de la compañía	Ramo	Número de póliza	Suma Asegurada	Beneficios adicionales

5. ¿Has sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía? Sí No ¿Cuál? _____

6. ¿Estás solicitando actualmente otro seguro? Sí No Suma Asegurada \$ _____ Compañía _____

16. Cuestionario general y hábitos del solicitante titular

En la actualidad	Sí	No	Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuando? (años)		Sí	No	Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuando? (años)
7. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whisky <input type="checkbox"/>			9. ¿Fumas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarros <input type="checkbox"/>		
			Cerveza <input type="checkbox"/>						Pipa <input type="checkbox"/>		
			Vino <input type="checkbox"/>						Puros <input type="checkbox"/>		
			Licor <input type="checkbox"/>						Otros <input type="checkbox"/>		
			Ron <input type="checkbox"/>								
			Brandy <input type="checkbox"/>								
			Tequila <input type="checkbox"/>								
			Otro <input type="checkbox"/>								
8. ¿Usas drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

10. Si en el pasado hiciste uso de uno o varios de estos productos indica fecha de inicio, fecha de término y causa por la que dejaste de consumirlo(s). _____

17. Cuestionario médico del solicitante titular (sólo llenar en solicitudes sin examen médico)

11. ¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos 12. ¿Cuál es tu estatura? _____ metros

13. ¿Has aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Sí No

Kilogramos aumentados _____ Kilogramos disminuidos _____

14. Nombre del médico que acostumbras consultar: _____

15. Domicilio: _____

16. Teléfono: () _____

18. El solicitante titular padece o ha padecido:

17. Enfermedad en el corazón o la circulación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	30. Trastornos nerviosos o mentales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18. Presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	31. Enfermedades de los huesos o de las articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. Enfermedad de los pulmones y los bronquios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	32. Tienes algún defecto visual o auditivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. Úlceras en el estómago o duodeno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	33. Antecedentes patológicos y enfermedades actuales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. Enfermedad del hígado o vías biliares	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	34. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. Enfermedades del intestino, colon o recto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	35. ¿En los últimos 24 meses has consultado a algún médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23. Enfermedades de los riñones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	36. ¿Estás sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24. Enfermedades de la próstata	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	37. ¿En los últimos dos años te han practicado alguna prueba especial de laboratorio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
25. Enfermedades de la vejiga	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	38. ¿Has consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual como sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o gonorrea?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
26. Diabetes mellitus	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
27. Tumor maligno o cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
28. Pérdida del conocimiento o convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
29. Parálisis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

39. ¿Has recibido transfusiones de sangre en los últimos dos años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el solicitante es mujer, padeces o has padecido:	
40. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
41. ¿Has sido internado para diagnóstico o tratamiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
42. Electrocardiograma, estudios de gabinete, radiografías o estudios de ultrasonido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
43. ¿Te falta algún miembro o parte de él o tienes alguna deformidad o sufres de parálisis de alguno de ellos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		44. Enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		45. ¿Estás embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Meses de embarazo _____
		46. ¿Has estado embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de embarazos _____
		47. Fecha de tu última revisión ginecológica	_____

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

En caso de respuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la información

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fechas en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual

19. Favor de indicar si alguno de tus ascendientes o descendientes directos del solicitante padecen o han padecido de:

48. ¿Diabetes? Sí No 49. ¿Demencia? Sí No 50. ¿Infarto al miocardio? Sí No
 51. ¿Epilepsia? Sí No 52. ¿Cáncer? Sí No ¿Quién o quiénes? _____

20. Para el beneficio de Graves Enfermedades

53. ¿Has tenido solicitud de seguro de vida, gastos médicos o de cobertura de graves enfermedades que haya sido declinado o aceptado bajo condiciones especiales? Sí No

54. En caso de tener una cobertura de Graves Enfermedades, favor de proporcionar detalles: _____

21. Información adicional si el solicitante es mujer

¿De qué fuente obtienes tus ingresos?	_____	¿Quién pagará las primas?	_____
Nombre completo de tu esposo	_____	Edad del esposo	_____
¿Por cuánto está asegurado tu esposo a su favor?	_____	Si tu esposo no está asegurado, indica la causa	_____

22. Historia médica familiar del solicitante titular

Parentesco con el solicitante titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Causa de la muerte	Estado de salud
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hijos			

23. Detalles adicionales sobre la ocupación del solicitante titular

Población y estado del lugar de trabajo

Medio de transporte: Auto Autobús Avión Tren Helicóptero
Lugar de trabajo: Calle Fábrica Oficina Taller Otro _____
Horario laboral: Diurno Nocturno Mixto
Frecuencia de viajes: Quincenal Semanal Mensual Anual

24. Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? Sí No
2. ¿Trabajas con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? Sí No
3. ¿Trabajas con animales no domésticos o peligrosos? Sí No
4. ¿Trabajas en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas? Sí No
5. ¿Manejas, trabajas o das mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina) Sí No
6. ¿Tu ocupación requiere que conduzcas algún tipo de vehículo? (excluir auto de uso particular) Sí No
7. ¿Realizas actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? Sí No
8. ¿Realizas actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? Sí No
9. ¿Realizas investigaciones o manejas información que pueda poner en riesgo tu integridad física? Sí No
10. ¿Cuentas con alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones) Sí No

En caso de respuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la información

Número de pregunta	Detalle

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.

25. Autorización (solicitante titular)

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 del beneficiario 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.

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, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 de correo electrónico antes señalado. 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.

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 solicitante

26. Datos generales del cónyuge

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año Edad

Registro Federal de Contribuyentes _____

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) _____

Fumador No fumador

27. Domicilio y datos de contacto del cónyuge

Domicilio particular

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfonos

() _____ () _____ () _____
Particular Oficina / Laboral Extensión Móvil

Correo electrónico

Personal _____ @ _____ Laboral _____ @ _____

28. Ocupación del cónyuge

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 _____

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social _____

Sector económico

Industria Servicios

Gobierno Actividades agropecuarias

Otro Especificar: _____

29. Beneficiarios del cónyuge (en caso de haber contratado la cobertura)

Advertencia: en el caso de que se desee 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 debe 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje 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	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Información adicional

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.

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, 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.

Nombre y firma del cónyuge solicitante

Así mismo efectúo las declaraciones de salud siguientes:

30. Cuestionario básico del cónyuge

Aviación y deportes

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

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

En caso afirmativo ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí No

3. ¿Practicas alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, tiro al blanco, tauromaquia o charrería? Sí No

Otros, ¿Cuál? _____

En caso de que tu respuesta sea afirmativa a la pregunta 3, llenar el cuestionario correspondiente.

31. Otros seguros de vida del cónyuge

(Esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

4. ¿Estás asegurado con otras compañías en vida o accidentes personales? Sí No

En caso de respuesta afirmativa, indicar:

Nombre de la compañía	Ramo	Número de póliza	Suma Asegurada	Beneficios adicionales

5. ¿Has sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía? Sí No ¿Cuál? _____

6. ¿Estás solicitando actualmente otro seguro? Sí No Suma Asegurada \$ _____ Compañía _____

32. Hábitos del cónyuge

En la actualidad	Sí No		Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuando? (años)	9. ¿Fumas?	Sí No		Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuando? (años)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whisky <input type="checkbox"/>			9. ¿Fumas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarros <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerveza <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pipa <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vino <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puros <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licor <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ron <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brandy <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tequila <input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>								
8. ¿Usas drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

10. Si en el pasado hiciste uso de uno o varios de estos productos indica fecha de inicio, fecha de término y causa por la que dejaste de consumirlo(s). _____

33. Cuestionario médico para el cónyuge

11. ¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos 12. ¿Cuál es tu estatura? _____ metros

13. ¿Has aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Sí No

Kilogramos aumentados _____ Kilogramos disminuidos _____

14. Nombre del médico que acostumbras consultar: _____

15. Domicilio: _____

16. Teléfono: () _____

34. El cónyuge padece o ha padecido:

17. Enfermedad en el corazón o la circulación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	36. ¿Estás sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
18. Presión arterial alta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	37. ¿En los últimos dos años te han practicado alguna prueba especial de laboratorio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
19. Enfermedad de los pulmones y los bronquios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	38. ¿Has consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual como sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o gonorrea?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. Úlceras en el estómago o duodeno	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	39. ¿Has recibido transfusiones de sangre en los últimos dos años?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. Enfermedad del hígado o vías biliares	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	40. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. Enfermedades del intestino, colon o recto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	41. ¿Has sido internado para diagnóstico o tratamiento?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
23. Enfermedades de los riñones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	42. Electrocardiograma, estudios de gabinete, radiografías o estudios de ultrasonido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24. Enfermedades de la próstata	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	43. ¿Te falta algún miembro o parte de él o tienes alguna deformidad o sufres de parálisis de alguno de ellos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
25. Enfermedades de la vejiga	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si el solicitante es mujer, padeces o has padecido:	
26. Diabetes mellitus	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	44. Enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27. Tumor maligno o cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	45. ¿Estás embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Meses de embarazo _____	
28. Pérdida del conocimiento o convulsiones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	46. ¿Has estado embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de embarazos _____	
29. Parálisis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	47. Fecha de tu última revisión ginecológica _____	
30. Trastornos nerviosos o mentales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
31. Enfermedades de los huesos o de las articulaciones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
32. Tienes algún defecto visual o auditivo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
33. Antecedentes patológicos y enfermedades actuales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
34. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
35. ¿En los últimos 24 meses has consultado a algún médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

En caso de respuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la información

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fechas en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual

35. Historia familiar del cónyuge solicitante (favor de indicar si alguno de sus ascendientes o descendientes directos han padecido de:

48. ¿Diabetes? Sí No 49. ¿Demencia? Sí No 50. ¿Infarto al miocardio? Sí No
 51. ¿Epilepsia? Sí No 52. ¿Cáncer? Sí No ¿Quién o quiénes? _____

36. Historia médica familiar del cónyuge

Parentesco con el solicitante titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Causa de la muerte	Estado de salud
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hijos			

37. Detalles adicionales de la ocupación del cónyuge

Población y estado del lugar de trabajo

Medio de transporte: Auto Autobús Avión Tren Helicóptero
Lugar de trabajo: Calle Fábrica Oficina Taller Otro _____
Horario laboral: Diurno Nocturno Mixto
Frecuencia de viajes: Quincenal Semanal Mensual Anual

38. Favor de contestar el siguiente cuestionario

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Trabajas con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Trabajas con animales no domésticos o peligrosos? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Trabajas en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Manejas, trabajas o das mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tu ocupación requiere que conduzcas algún tipo de vehículo? (excluir auto de uso particular) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Realizas actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Realizas actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Realizas investigaciones o manejas información que pueda poner en riesgo tu integridad física? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Cuentas con alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (no incluir rentas o inversiones) | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

En caso de respuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la información

Número de pregunta	Detalle

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

Número	Denominación o razón social	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

Información adicional

42. Designación de beneficiarios por sobrevivencia (llenar solo una sección ya que son excluyentes entre si)

Beneficiarios del seguro dotal mixto a edad alcanzada del menor solicitante por concepto de sobrevivencia

Designo al fideicomiso número _____ como beneficiario para la administración de la Suma Asegurada que otorga la cobertura Seguro Dotal Mixto a Edad Alcanzada del menor Asegurado por concepto de sobrevivencia.

Firma de aceptación del fideicomiso como beneficiario

En caso de no aceptar la designación del fideicomiso como beneficiario, favor de indicar el(los) beneficiario(s) para esta cobertura:

Declaro que no acepto la designación del fideicomiso número _____ como beneficiario que otorga la cobertura Seguro Dotal Mixto a Edad Alcanzada del menor Asegurado por concepto de sobrevivencia por lo que señalo como beneficiario(s) a:

Beneficiarios del menor solicitante (en caso de sobrevivencia del mismo)

Advertencia: En el caso de que se desee 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 debe 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje 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	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

Información adicional

43. Autorizaciones

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.

Se requiere el nombre y la firma de su padre, madre, o representante legal del menor Asegurado.

Nombre del padre, madre o representante legal y del menor en caso de ser mayor a 12 años

Firma del padre, madre o representante legal y del menor en caso de ser mayor a 12 años

Parentesco con el menor Asegurado

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) de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a la Institución operadora de toda reclamación que se generara 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 implica la continuidad de las coberturas contratadas. Si el plan de seguro prevea 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.

Lugar y fecha en que se firma

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma del solicitante titular

44. 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 agente _____@_____

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.

_____@_____ Correo electrónico del promotor

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 7 de octubre de 2016 con el número CGEN-S0034-0135-2016/CONDUSEF-G-00106001 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 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 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 23 de marzo de 2015, con número RESP-S0034-0049-2015 / CONDUSEF-G-000780-01.