

Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalle los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos)

Solicitante	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento			Estado civil	Nacionalidad	Parentesco con el titular
				M ⁴	F ⁵	Día	Mes	Año			
Titular											Titular
2											
3											
4											
5											
6											

⁴Masculino, ⁵Femenino.

Información sobre tu ocupación

Solicitante	Ocupación	Nombre de la empresa	Giro de la empresa	Antigüedad en la empresa	Sueldo mensual	¿Conduces vehículos en tu ocupación? ¿de qué tipo?		
						Sí	No	
Titular	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>							
Detalle de la ocupación:		Página web:						
2	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>							
Detalle de la ocupación:		Página web:						
3	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>							
Detalle de la ocupación:		Página web:						
4	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>							
Detalle de la ocupación:		Página web:						

Información sobre tu ocupación

Solicitante	Ocupación	Nombre de la empresa	Giro de la empresa	Antigüedad en la empresa	Sueldo mensual	¿Conduces vehículos en tu ocupación? ¿de qué tipo?	
						Sí	No
5	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>						
	Detalle de la ocupación: _____		Página web: _____				
6	Profesionista <input type="checkbox"/> Inversionista <input type="checkbox"/> Directivo <input type="checkbox"/> Empresario <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>						
	Detalle de la ocupación: _____		Página web: _____				

Deportes y/o aficiones - contestar para cada uno de los solicitantes

	Solicitante					
	Titular	2	3	4	5	6
Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado						
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual)						

Nota importante: Si practicas alguno de los siguientes deportes, es necesario que llenes el cuestionario correspondiente: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza, tienes licencia de piloto aviador o practicas deportes peligrosos.

Cuestionario general de hábitos - contestar para cada uno de los solicitantes

	En caso de respuesta afirmativa, indica con una cruz	Solicitante											
		Titular		2		3		4		5		6	
Tabaco	¿Fumas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Desde cuándo?												
	Cantidad diaria												
Bebidas alcohólicas	¿Haces uso de bebidas alcohólicas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Desde cuándo?												
	Frecuencia y cantidad												
	Tipo de bebida												
Peso y estatura	¿Cuál es tu peso?												
	¿Cuál es tu estatura?												
	¿Has aumentado o disminuido más de 5 kilogramos en el último año?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
	Causa del cambio en peso												

Historia familiar (deberá contestarlo el solicitante titular y el cónyuge o concubina(o))									
Solicitante titular					Cónyuge / Concubina(o)				
Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre		Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Insuficiencia renal					Insuficiencia renal				
Afecciones cardíacas					Afecciones cardíacas				
Hipertensión arterial					Hipertensión arterial				
Diabetes					Diabetes				
Epilepsia					Epilepsia				
Cáncer					Cáncer				
Afección coronaria					Afección coronaria				
Afección congénita					Afección congénita				
Afección reumática					Afección reumática				
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales					Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales				

Questionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes

En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.	Solicitante												
	Titular		2		3		4		5		6		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No	
1. ¿Padeces o has padecido molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas como anemia, presión arterial, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, embolia o trombosis?													
2. ¿Tienes o has tenido problemas en el sistema respiratorio como bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema?													
3. ¿Tienes o has tenido enfermedades relacionadas con intestinos, hígado, vesícula biliar, colon o páncreas?													
4. ¿Tienes o has tenido padecimientos relacionados con riñón, vejiga, próstata o insuficiencia renal?													
5. ¿Has padecido o padeces diabetes?													
6. ¿Has padecido o padeces hipertiroidismo?													
7. ¿Has padecido o padeces alteraciones del colesterol o triglicéridos?													
8. ¿Padeces o has padecido enfermedades del sistema nervioso como cuadros de ansiedad, epilepsia, depresión, enfermedad mental, esquizofrenia o trastornos mentales?													
9. ¿Padeces o has padecido algún problema óseo de articulaciones como reumatismo, deformidad o la pérdida de algún miembro?													
10. ¿Has padecido o padeces cáncer o tumores en alguna parte del cuerpo?													
11. ¿Tienes alguna anomalía auditiva o de la vista?													
12. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica?													

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes

En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.	Solicitante												
	Titular		2		3		4		5		6		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No	
13. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?													
14. Durante el último año, ¿se te han practicado los siguientes estudios? (no check-up) a) electrocardiogramas b) pruebas de laboratorio c) radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética													
15. ¿Padeces o se te ha diagnosticado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?													
16. ¿Has padecido hepatitis o enfermedades de transmisión sexual? En caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de enfermedad. Por ejemplo: hepatitis A, hepatitis C.													
17. ¿Has padecido o padeces alguna afección, enfermedad o lesión diferente a las señaladas anteriormente?													

Preguntas solo para mujeres

18. ¿Padeces o has padecido enfermedades en los ovarios y/o en la matriz y/o en las mamas y/o menstrúas anormalmente?													
19. ¿Se te ha practicado operación cesárea?													
20. ¿Actualmente estás embarazada? En caso de respuesta afirmativa, indicar los meses de embarazo	<input type="checkbox"/>	Meses											

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información utilizando la siguiente tabla:

Solicitante	Número de pregunta	Enfermedad o afección	Fecha de diagnóstico	Estado actual

Antigüedad

Si tienes alguna póliza de gastos médicos mayores de la que solicitas el reconocimiento de antigüedad, indica la fecha de antigüedad de la misma y anexa la documentación comprobatoria de una cobertura continua e ininterrumpida desde esa fecha.

Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza	Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Titular						4					
2						5					
3						6					

Anexo 2 - Datos complementarios artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**Declaraciones personas físicas (campos obligatorios)**

¿Actúas por cuenta de un tercero? Sí No

En caso de respuesta positiva, requisitar el formato 2 para propietario real

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

En caso de respuesta positiva y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, requisitar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos

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

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

En caso de respuesta positiva requisitar el formato 4 para sociedades o asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera:

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

Declaraciones Personas morales (campos obligatorios)

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 del formato 4

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

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

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

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

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

					Administrador Único / Miembro del consejo de administración	Persona Física que ejerce el control / Propietario real
1.	_____	_____	_____	_____	□	□
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad		
2.	_____	_____	_____	_____	□	□
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad		

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

Aviso de privacidad de MetLife México, S.A

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

II. Finalidades. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la Ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas.

III. Medios para ejercer tus derechos. Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad.

IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos. Si deseas que tus datos no sean tratados o transferidos con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios.

V. Transferencia de datos. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial.

VI. Cambios al aviso de privacidad. Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

Autorización

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso. ¿Deseas manifestar algún hecho importante?

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario a pasar un examen médico por cuenta de MetLife México, S.A., si esta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a MetLife México, S.A. todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a MetLife México, S.A. los datos mencionados. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que MetLife México, S.A. lo considere oportuno.

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

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de gastos médicos mayores Médicalife familiar, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma, así como haber recibido el folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

Autorización

Recibi:

La información total y completa del seguro que se propone. Sí No

La información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios. Sí No

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

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante titular

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

Nombre de representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

Firma del representante legal

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

Nombre de agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación

Nombre del promotor

Clave del promotor

Sucursal

Correo electrónico del promotor

@

Correo electrónico del agente

@

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

Nombre de quien revisó _____

Firma de quien revisó _____

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 como se menciona en el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad quien, en todo caso, solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Beneficiarios de la cobertura Muerte Accidental

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

Beneficiarios de la cobertura Últimos Gastos

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

Beneficiario 6

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	Calle	Número exterior	Número interior	
Colonia	Municipio / Alcaldía	Código postal	Ciudad / Población	Estado

Domicilio de país de origen (sólo para el caso de solicitantes extranjeros)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Calle		Número exterior	Número interior
Colonia	Código postal	País	Estado

Nota: Se considera figura pública aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

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 de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de julio de 2021, con número CNSF-S0034-0261-2021 / CONDUSEF-004961-01. En tanto, que las modificaciones a sección de “Forma de pago” quedaron registradas a partir del 27 de octubre de 2016, con número MODI-S0034-0024-2016. 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 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 Sanas Prácticas a la contratación. Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

En este documento te entregamos los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro.

¿Cómo saber cuáles son los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios antes y durante la contratación del seguro, así como cuando ocurra el siniestro?

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

- Solicitar a los agentes, empleados y/o apoderados de las personas morales que participen en la contratación de tu seguro, la identificación que los acredite como tales.
- Solicitar se te informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que participen en la contratación de tu seguro.
- Recibir toda información que te permita conocer las condiciones generales del contrato del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
- Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

Cuando ocurra el siniestro tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada aunque la prima del contrato del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima del seguro.
- Cobrar una indemnización por mora a la institución de seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
- Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

Recuerda que puedes tener mayor información de tu seguro directamente con tu agente de seguros, en www.metlife.com.mx o bien, en cualquiera de nuestros centros de servicio.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

Ciudad de México:

- **Reforma:** Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- **Guadalajara:** Avenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan, Jalisco.
- **Monterrey:** Calzada del Valle número 120 oriente, planta baja, Colonia del Valle, Código postal 66220, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.

Atentamente

MetLife México, S.A.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 29 de abril de 2015, con número RESP-S0034-0414-2015 / CONDUSEF-G-001280-01.