

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	d CP DES: _				Número de solicitud:					
1. Datos generale	es del Contr	atante* p	persona físic	ca / solicitar	nte					
Nombre(s)			Apellido	paterno			Apellido	materno)	
Fecha de nacimie					_					
	Día	Mes /	Año	Edad		Reg	istro Fe	deral de	Contribuyentes	
Clave Única de R	egistro de Po	blación								
Sexo: Masculino	Femenin	o Es	stado civil:	Soltero(a)	Casado(a)	Viudo	(a)	Divorcia	ido(a) Unión libre	
Tipo de identifica		gente	Número	de identifica	ción					
Lugar de nacimi	ento:									
País		Estado	o / Provincia		Ciudad / Pol	blación		Nac	ionalidad(es)	
		@							, ,	
Correo electrónic	0				_					
	e derive de la	a operaci	ón del produ	cto contrata	do en formato	PDF (Po	rtable [Documer	e, así como cualquier otro nt Format) u otro formato	
Declaro, de mane completa, correcta							ión prop	oorciona	da es verdadera,	
2. Domiclio y da	tos de conta	cto del (Contratante	/ solicitante						
Domicilio particu	ular									
Calle / Avenida						Núme	ero exte	erior	Número interior	
Código postal	Colonia / Ba	arrio		Municipio	/ Alcaldía			Ciudad	/ Población	
Estado			País							
Teléfonos										
()			()					()		
Particular			Oficina / L	aboral		Extensi	ón	Móvil		

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

3. Ocupa	ción del Contratar	ite / solicitante								
Ocupacio	ón o profesión									
Empleado	o activo Comer	ciante Ama de casa	_ Otro Especi	ificar:						
Prof	esional Ju	bilado Estudiante	Ingreso mer	nsual \$						
indepe	ndiente		aproximado (pe							
Detalle d	le la ocupación o pr	ofesión								
				Sector econón	nico					
Denomir	nación o razón soci	al de la empresa o depende	ncia donde	la di satria	Samilaiaa					
laboras		a. a. a. a. a. p. a. a. a. a. a. p. a. a.		Industria	Servicios					
				Gobierno	Actividades					
Datalla		Salad or abstata and tall			agropecuarias					
Detaile g	giro mercantii, activ	idad u objeto social		Otro						
Especificar:										
4. Formas de pago										
Periodicio	dad de pago: M	ensual Trimestral	Semestral	Anual						
Modo de	pago: E	fectivo Cargo automátic	o a tarjeta de crédi	ito / débito / CLABE	Día de cargo:					
En caso de seleccionar cargo automático indicar los instrumentos bancarios de cobro y el orden:										
IIIIOIIIIa	Información bancaria Número de token									
Opción	Banco emisor de	CLABE		Crédito						
	tarjeta / CLABE			Credito	Débito					
1										
_										
2										
3										
3	ransaccional									
3 5. Perfil to	ransaccional	rovime dee de todas las trop		lizarán con Matlifa						
3 5. Perfil to		roximados de todas las trans	•							
3 5. Perfil to		roximados de todas las trans	sacciones que rea		Retiros					
3 5. Perfil to			•		Retiros					
3 5. Perfil to Indica vol	lumen y montos ap	sacciones anuales	Aporta	ciones	Retiros					
3 5. Perfil to Indica vol Número a Monto ap	lumen y montos ap aproximado de tran	sacciones anuales	•		Retiros					
3 5. Perfil to Indica vol Número a Monto ap	lumen y montos ap aproximado de tran proximado de transa eda nacional)	sacciones anuales	Aporta	ciones	Retiros					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone) 6. Declar	lumen y montos ap aproximado de tran proximado de transa eda nacional) raciones	sacciones anuales acciones anuales	Aporta \$	ciones	Retiros					
3 5. Perfil to Indica vol Número a Monto ap (en mone 6. Declar ¿Estás su	lumen y montos ap aproximado de tran proximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp	sacciones anuales	Aporta	ciones	Retiros					
3 5. Perfil to Indica vol Número a Monto ap (en mone 6. Declar ¿Estás su	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica:	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero?	Aporta \$	s s						
3 5. Perfil to Indica vol Número a Monto ap (en mone 6. Declar ¿Estás su	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica:	sacciones anuales acciones anuales	Aporta \$	\$ Número de Segurio	dad Social o número					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone 6. Declara ¿Estás su En caso a	lumen y montos ap aproximado de tran oroximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica:	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero? País(es)	\$ Sí No	Número de Segurio de Identificación de	dad Social o número e Impuestos					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Desem	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica:	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero?	Aportal \$ Sí No un familiar (padres	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos,	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Deseminietos tur	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica: peñas o has deser	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero? País(es) mpeñado tú, tu cónyuge o ue) funciones públicas destac	Aportal \$ Sí No un familiar (padres adas en territorio	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranj	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No no					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Deseminietos tur En caso	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica: peñas o has deser yos o de tu cónyug de respuesta posi	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero? País(es) mpeñado tú, tu cónyuge o ue) funciones públicas destac	Aporta \$ Sí No un familiar (padres adas en territorio ser de nacionalida	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranj	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Desem nietos tuy En caso cónyuge	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica: peñas o has deser yos o de tu cónyug de respuesta posi e y dependientes ed	sacciones anuales acciones anuales accio	Aportal Sí No In familiar (padres adas en territorio ser de nacionalida uiente pregunta:	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranj	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No nero? na, llenar el formato 2 para tu					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Deseminietos tura En caso cónyuge	lumen y montos ap aproximado de transa eda nacional) raciones ujeto al pago de imp afirmativo, indica: peñas o has deser yos o de tu cónyug de respuesta posi e y dependientes ed	sacciones anuales acciones anuales ouestos en el extranjero? País(es) mpeñado tú, tu cónyuge o ue) funciones públicas destactiva a la pregunta anterior y	Aportal Sí No In familiar (padres adas en territorio ser de nacionalida uiente pregunta:	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranj	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No no					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Deseminietos tuy En caso cónyuge ¿Eres ac	aproximado de transada nacional) raciones ujeto al pago de impafirmativo, indica: peñas o has deser yos o de tu cónyug de respuesta posi e y dependientes ec	sacciones anuales acciones anuales accio	Aportal Sí No In familiar (padres adas en territorio ser de nacionalidariente pregunta: ad o asociación?	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranjad distinta a la mexicar	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No nero? na, llenar el formato 2 para tu					
3 5. Perfil to Indica volumero a Monto ap (en mone de Estás su En caso a ¿Deseminietos tuy En caso cónyuge ¿Eres ac	aproximado de transada nacional) raciones ujeto al pago de impafirmativo, indica: peñas o has deser yos o de tu cónyug de respuesta posi e y dependientes ec	sacciones anuales acciones anuales suestos en el extranjero? País(es) mpeñado tú, tu cónyuge o ue) funciones públicas destactiva a la pregunta anterior y conómicos y contestar la siguatrimonial) de alguna socieda	Aportal Sí No In familiar (padres adas en territorio ser de nacionalidariente pregunta: ad o asociación?	Número de Segurio de Identificación de s, hermanos, abuelos, nacional o en el extranjad distinta a la mexicar	dad Social o número e Impuestos hijos, Sí No nero? na, llenar el formato 2 para tu					

En caso de tener nacionalidad en tu interés la contratación de un s		njero, especifica las razones por las cuales es de	
¿Actúas por cuenta propia?		Sí No	
En caso de respuesta negativa,	llenar el formato 2 para propietario rea	I	
¿Eres el proveedor de recurso contraídas con MetLife?	s con los que se financiarán las obl	igaciones, pagos o aportaciones Sí No]
En caso de respuesta negativa,	llenar el formato 3 para proveedor de r	ecursos	
1. Datos generales del Contrata	nte persona moral		
Denominación o razón social	Nombre comercial	Registro Federal de Contribuyentes	
Fecha de constitución: Día Me	Año Nacionalidad	Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexica	 ana)
Sector económico			
Industria Servicios	Actividades agropecuarias	etalle giro mercantil, actividad u objeto social	
Gobierno Otro	Especificar:		
Correo electrónico	,		
documento que se derive de la opelectrónico equivalente, por medio Declaro, de manera libre y espon	peración del producto contratado en for o del correo electrónico que se mencio	ue la información proporcionada es verdadera,	
2. Domicilio y datos de contact	to del Contratante personal moral		
Calle / Avenida		Número exterior Número interior	
Código postal Colonia / Barri	o Municipio / Alcald	ía Ciudad / Población	
Estado	País		
Teléfonos			
() Teléfono 1	() Teléfono 2		
	()		
Nombre del contacto Po	osición / Puesto Teléfono del contact	to Extensión Correo electrónico del contacto	
3. Apoderado o representante l	egal (llenar para empresas nacionale	es)	
Nombre completo del apoderado	o representante legal que con su firma	a puede celebrar la operación de que se trate	
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	

4. Forma	4. Formas de pago																																		
Periodici	dad de pago: M	ensual		-	Trin	nes	stra	al [Se	eme	est	ral		Δ	เทเ	ıal																	
Modo de	pago: E	fectivo		Ca	argo	o au	uto	má	tic	юа	ta	rjet	a d	e c	réd	ito /	dé	bit	o /	CL	A	ВE			Día	de	e c	arg	jo:						_
En caso	de seleccionar carg	o auton	nátic	o in	ndic	ar I	os	ins	strı	um	en	tos	ba	nca	rio	s de	e co	obr	о у	el el	or	de	n:												
Informa	ción bancaria																																		
Opción	Banco emisor de tarjeta / CLABE					С	ĽΔ	B	Ε										С	réc	dit	г	lúı	me	ro	de	to	oke	n	D	ébi	ito			
1																																			
2																											L	<u></u>	<u>_</u>						
3																																			
5. Perfil to	ransaccional																																		
Indica volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife																																			
													/	Αрс	rta	cior	nes	3										R	etii	ros					
Número a	aproximado de trans	saccior	ies a	anua	ale	s																													
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional) \$																																			
6. Declai	aciones																																		
¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero?																																			
En caso afirmativo, indica:																																			
País(es) Número de Identificación de Impuestos																																			
¿Países con los que tienes operaciones bajo la misma razón social?																																			
cónyuge	e la composición ac (s) o familiar(es) (ta) desempeña o ha c jero?	les con	no p	adr	es,	he	rm	and	os	, al	bue	elos	s, h	ijos	s, n	ieto	S (let	ac	cio	nis	sta	0	del			5	Sí [No	0]	
En cas	o de respuesta pos	itiva, Ile	enar	la s	sec	ció	n 7	7. D)ec	clar	ac	ion	es	pro	pie	tari	o r	eal	/ [Per	sc	na	q	ue	eje	erc	e e	el c	oní	trol					
7. Decla	raciones propietar	io real	/ Pe	erso	na	aı	ıe (eie	rc	е е	el c	on	tro	<u> </u>																					
Declarad de cualqu quien, er	ciones propietario uier acto o mecanis n última instancia, e dero dueño de los re	real: S mo obt jerce lo	e er iene	ntier e los	nde s be	a l	la p fici	per	so de	na eriv	fís ad	sica los	ι qι de	ie r	e c	ont	rat	o u	10	oer	ac	iór	า ต	ue	se	pr	rete	end	de d	cele	ebr	ar.	V	es)
propietar	de aplicar, por favoi io real. Para contra social igual o mayo	tantes ¡	pers	guie	ente a m	e se ora	ecc II, c	iór dec	n: F :lai	Fav ra a	or al c	de o lo	de s a	cla cci	rar oni:	a la sta(a(s s)) pe que	ers e p	on	a(s ea	s) f (n)	físi) u	ca(n p	(s) ord	qu cer	e t ıtaj	ien je c	ıe(ı ek	n) e par	el c tici	ara ipa	acto ció	er c n e	le n
Estructu	ıra corporativa y c	ompos	ició	n a	cci	on	ari	а																											
	de accionistas (pe																							Р	ord	cer en	າtaj າ el	je d I ca	de apit	par al s	tici soc	ipa cial	ció	n	
1	ore(s)								_																	_					\perp		%		
		Ар	ellid	o pa	ater	rno			Α	pel	lido	o m	ate	erno)		Na	cio	na	lida	ad										\top		%		
2 Nomb	ore(s)	Ap	ellid	o pa	ater	no			A	pel	lido	o m	ate	erno)	-	Na	cio	na	lida	ad									L			/0		
Número	de accionistas (pe	rsona	s m	ora	les)																													
1																															Т		%		
	minación o Razón S															Ī	Na	cio	na	lida	ad					_									
2																																			
Denominación o Razón Social Nacionalidad																																			

En caso de que los accionis administrador único de la er el control de la persona mor	mpresa, o a los miemb	oros de su consejo de			
4			Administrac Miembro del adminis	l consejo de	Persona Física que ejerce el control / Propietario real
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad		
2. Nambra (2)	An allida natama	A a a llista sea ata ma	Nacionalidad		
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad		
Agregar la identificación ofic persona moral como princip o en su caso, (iii) de los Mie En caso de que existan más personas que ejerzan el cor	al accionista, adjuntar embros del Consejo de s de dos personas cor	r la identificación oficia e Aministración. n el carácter de propie	I de los (i) propietarios tarios reales, miembro	s reales, o (ii)	administrador único
8. El solicitante es:					
¿El solicitante es el mismo q En caso que el solicitante se	•	Sí Nontratante pasar a la sec		solicitante titu	ılar.
9. Datos generales del soli	citante titular				
Nombre(s)	Apellic	do paterno	Apellido	materno	
Fecha de nacimiento:					
Día	Mes Año	Edad	Registro Fe	ederal de Con	tribuyentes
Clave Única de Registro de	Población				
Sexo: Masculino Femer	nino Estado civil:	: Soltero(a) Casad	o(a) Viudo(a)	Divorciado(a	a) Unión libre
Lugar de nacimiento:					
País	Estado / Provinci	a Ciudad	/ Población	Nacional	idad(es)
10. Domiclio y datos de co	ontacto del solicitant	te titular			
Domicilio particular					
Calle / Avenida			Número exte	erior N	Número interior
Código postal Colonia /	Barrio	Municipio / Alcald	ía	Ciudad / Po	blación
Estado	País				
Teléfonos					
()	()			()	
Particular	Oficina /	Laboral	Extensión	Móvil	
Correo electrónico					
Personal	@		boral	@	

11. Ocu	pación del solicitante titular									
Ocupac	ión o profesión									
Emplead	do activo Comerciante	Ama de casa	Otro Especifica	ar:						
	ofesional Jubilado Jubilado	Estudiante		al \$						
inaep	endiente		aproximado (peso	s)						
Detalle o	de la ocupación o profesión									
				Sector ec	onómico					
	nación o razón social de la emp	oresa o dependenc	ia donde	Industria		Servicios				
laboras				Gobierno		Actividades				
						agropecuarias				
Detalle o	del giro mercantil, actividad u obje	eto social de la emp	oresa donde laboras	Otro	Especifica	ar:				
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 complet	o:								
2	Domicilio particular complet	o:								
3	Domicilio particular complet	o:								
4										
	Domicilio particular complet	o:								
5										
	Domicilio particular complete	o:								
En caso	de designar a una persona moi	ral, llenar los siguie	entes datos:							
Número	Denominación o razo	ón social	Relación	Fecha de d	constitución	Porcentaje participación				
1										
Domicili	io completo									
Informa	ción adicional									
13. Mor	neda									
Dólares Moneda Nacional										

Datos del plan		
Asegurado titular	Cónyuge	Menor Asegurado
Temporal ¹ X	Protección conyugal	Plazo a edad alcanzada del dotal mixto
\$	\$	18 19 20 21 22 23
Garantía de pago de primas		\$
GPPI ¹ X GPPF ¹ X	Otros	Mini seguro dotal
\$ Muerte accidental ²	Gastos funerarios	5 11 14 16 16 Otros
		Gastos fuerarios
IMA TI		
\$		
Datos del plan		
Asegurado titular	Cónyuge	Menor Asegurado
Invalidez		
PASI		
\$		
Otros		
Gastos funerarios		
GE \$		
ET X		
¹ En el producto EducaLife se incluyen de form por Fallecimiento (GPPF) y la Garantía de Paç la póliza del seguro.	l na automática las coberturas de seguro te go de Primas por Invalidez (GPPI), cuyo d	l emporal, Garantía de Pago de Primas costo será reflejado en la prima total de
² Los beneficios de muerte accidental son excl	luyentes entre sí.	
IMA= Indemnización por Muerte Accidental		
TI= Triple Indemnización por muerte accidenta	al y pérdidas orgánicas	
PASI= Pago Adicional de Suma Asegurada po	r Invalidez	
GE= Graves Enfermedades		
ET= Anticipo de la Suma Asegurada por Enfer	medad Terminal	
14. Aviación, deportes y/o aficiones del sol	licitante titular	
1. ¿Tienes o has tenido licencia de piloto avia	dor?	Sí No
2. ¿Vuelas aeronaves que no pertenezcan a l	íneas comerciales?	Sí No
En caso afirmativo ¿Deseas cubrir el riesgo?		Sí No
3. ¿Practicas alguno de los siguientes deporte		
(paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacerí nieve, ski en agua, tiro al blanco, tauromaquia	·	tica, ski en
Otros, ¿Cuál?		
En caso de que tu respuesta sea afirmativa a		spondiente.
15. Otros seguros de vida del solicitante ti		
(Esta información no faculta a la compañía pa Contrato de Seguro)	ira rescindir el contrato en los términos de	el articulo 47 de la Ley Sobre el
4. ¿Estás asegurado con otras compañías en	vida o accidentes personales?	Sí No
En caso de respuesta afirmativa, indicar:		

Nombr	e de	la co	mpañía		Ramo		Número de póliza	Suma	a Asegurada Beneficios adiciona			les	•				
5. ¿Has sido	recha	azado	o o extraprin	nado	por alguna	ot	ra compañía	a? Sí] N	10 <u> </u>	ىن [Cuál?					_
6. ¿Estás soli	citano	lo act	tualmente ot	ro se	eguro? Sí]	No Sum	a Asegurada	a\$			Compai	ĭía				
16. Cuestion	ario	gene	eral y hábito	os d	el solicitan	te 1	titular										
En la actualidad	Sí	No	Clase		Cantidad diaria	cu	¿Desde ando? (años		Sí	No	(Clase	Cantidad diaria	اخ cuand	eso o? (s)
			Whisky								Ciga	arros					
			Cerveza					9.			Pipa	a 📗					
			Vino					¿Fumas?			Puro	os 📗					
7. ¿Ingieres			Licor								Otro	os					
bebidas alcohólicas?			Ron							•	,						
			Brandy														
			Tequila														
			Otro														
8. ¿Usas drogas o estimulantes? 10. Si en el pa dejaste de co				ino (o varios de e	esto	os producto	s indica fec	ha d	e inic	io, fe	cha de té	rmino y ca	iusa po	r Ia	que	!
17. Cuestion	ario	médi	ico del soli	citaı	nte titular (s	sól	o llenar en	solicitude	s sin	exar	nen	médico)					
14. Nombre o	menta os au del m	ado o ment édico	disminuido ados que acostu	de p	peso en los as consultar	últi 	imos 12 mes	ses? S Kilogramos	í dism	No [os _				_		_
16. Teléfono:	()															
18. El solicita			-	ha p	adecido:												
17. Enfermed circulación	ad er	el co	orazón o la		S	í	·	23. Enferme						Sí	=	No	
18. Presión a	rterial	alta			S	í	No	24. Enferme						Sí	=	No	
19. Enfermed los bronquios		los p	pulmones y		S	í	No ⊢	25. Enferme 26. Diabete			ıa ve	ejiga		Sí Sí	=	No No	
20. Úlceras e		stóm	ago o duode	eno	S	í		27. Tumor r			cánc	er		Sí	=	No	
21. Enfermed						_=	=-=+	28. Pérdida					vulsiones	Sí	=	No [
22. Enfermed	ades	del ir	ntestino, col	on o	recto S	í	No 2	29. Parálisi	S					Sí		No	

30. Trastornos nerviosos o mentales	Sí No		40. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?							
31. Enfermedades de los huesos o de las articulaciones	Sí No	41. ¿Has sido	internado pa	ara diagnóstico d	o Sí No					
32. Tienes algún defecto visual o auditivo	Sí No	tratamiento?								
33. Antecedentes patológicos y enfermedades actuales	Sí No	42. Electrocar radiografías o		studios de gabin ultrasonido						
34. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Sí No		deformidad of	ro o parte de él c o sufres de pará						
35. ¿En los últimos 24 meses has consultado a algún médico?	Sí No	Si el solicitar	Si el solicitante es mujer, padeces o has padecido:							
36. ¿Estás sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Sí No	44. Enfermed matriz	44. Enfermedades en los pechos, ovarios y/o Sí No matriz							
37. ¿En los últimos dos años te han practicado alguna prueba especial de laboratorio?	Sí No[45. ¿Estás en	nbarazada? S		ses de parazo					
38. ¿Has consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual	Sí No	46. ¿Has esta embarazada?			ero de arazos					
como sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o gonorrea?	47. Fecha de	tu última rev	isión ginecológi	ca						
39. ¿Has recibido transfusiones de sangre en los últimos dos años?	Sí No									
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, pregunta estudios o tratamientos Fechas en que las sufriste o Duración Condición física actual										
19. Favor de indicar si alguno de tus ascendie	ntes o desc	endientes directo	s del solicita	ante padecen o	han padecido de:					
48. ¿Diabetes? Sí No 49. ¿Demencia	? Sí 🗌 No	☐ 50. ¿Infarto a	al miocardio?	Sí 🗌 No 🗌						
51. ¿Epilepsia? Sí No S2. ¿Cáncer?	Sí 🗌 No	☐ ¿Quién o qui	énes?							
20. Para el beneficio de Graves Enfermedades	3									
53. ¿Has tenido solicitud de seguro de vida, gas enfermedades que haya sido declinado o acepta				;	Sí No					
54. En caso de tener una cobertura de Graves E	Infermedade	es, favor de propor	rcionar detalle	es:						
21. Información adicional si el solicitante es m	nuier									
	,									
¿De qué fuente obtienes tus ingresos? ¿Quién pagará las primas?										
Nombre completo de tu esposo			Edad del esp	0080						
¿Por cuánto está asegurado tu esposo a su favor? Si tu esposo no está asegurado, indica la causa										

22. Historia mé	dica familiar del solic	citante titular		
Parentesco con	n el solicitante titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Causa de la muerte	Estado de salud
Padre				
Madre				
Hermanos				
Hijos				
23. Detalles adi	icionales sobre la ocu	upación del solicitante titular		
Población y esta Medio de trans Lugar de trabaj Horario laboral Frecuencia de v	j o : Ca : Diui	uto Autobús Avión alle Fábrica Oficina rno Nocturno Mixto	Taller Otro	
24. Favor de co	ontestar el siguiente d	cuestionario		
		nzocortantes o herramientas pe	eligrosas?	Sí No
	on o en lugares donde s plosivos, tóxicos o peli	se maneja fuego, alta tensión, p grosos?	roductos químicos, radioactiv	vos, Sí No
3. ¿Trabajas co	n animales no domésti	icos o peligrosos?		Sí No
4. ¿Trabajas en	lugares donde se exp	endan bebidas alcohólicas?		Sí No
5. ¿Manejas, tra	abajas o das mantenir	niento a algún tipo de maquina	ria? (excluir equipo de oficin	a) Sí No
6. ¿Tu ocupació	ón requiere que conduz	zcas algún tipo de vehículo? (ex	cluir auto de uso particular)	Sí No
	tividades submarinas, ı plataformas marítimas	marinas, subterráneas, aéreas c ?	en techos, azoteas o en altu	ras Sí No
8. ¿Realizas ac	tividades artísticas, de	modelaje o deportivas en forma	a profesional?	Sí No
9. ¿Realizas inv	vestigaciones o maneja	as información que pueda poner	en riesgo tu integridad física	n? Sí No
		on o fuente de ingresos adicional	`	es) Sí No
	spuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la informa	ación	
Número de pregunta		De	etalle	

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 1457, piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, Ciudad de México. 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, verificar tu identidad, 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, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. 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, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial. **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 privacidad@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 darte un servicio o tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral para verificar tu identidad, a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial; así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines. 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)

Lugar y fecha en que se firma

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, así como cualquier otro documento que se derive de la operación del producto contratado en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico que se menciona anteriormente. Sí No
Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa, correcta y me comprometo a actualizarla en caso de algún cambio.
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.

Nombre y firma del solicitante

26. Datos generales del cónyuge				
Nombre(s)	pellido paterno		Apellido ma	terno
Fecha de nacimiento:				
Día Mes Año	Edad		Registro Federa	al de Contribuyentes
Clave Única de Registro de Población	airile Caltara(a)	Canada(a)	Ninda(a) Din	
Sexo: Masculino Femenino Estado	civil: Soltero(a)	Casado(a)	Viudo(a) Div	orciado(a) Unión libre
Lugar de nacimiento:				
País Estado / Pro	vincia	Ciudad / Pobla	ción	Nacionalidad(es)
Fumador No fumador				
27. Domicilio y datos de contacto del cóny	/uae			
Domicilio particular	3-			
Calle / Avenida			Número exterior	Número interior
Código postal Colonia / Barrio	Municipio	/ Alcaldía	Ciu	dad / Población
	·			
Fetodo Do				
Estado Paí	5			
Teléfonos				
()))
	cina / Laboral	E	Extensión Mó	vil
Correo electrónico				
		Laboral		@
reisoliai		Laborar		
28. Ocupación del cónyuge				
Profesional Jubilado Es		ngreso mensual ximado (pesos)	\$	
	арго	ximado (pesos)		
Detaile de la ocupacion o profesion			Sector econd	ómico
Denominación o razón social de la empresa	o dependencia do	nde	Industria	Servicios
laboras			Gobierno	Actividades
				agropecuarias
Detalle giro mercantil, actividad u objeto socia	ĺ		Otro	Especificar:

29. Bene	eficiarios del cónyuge (en cas	so de haber contr	atado 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	Apellido Apellido Parentesco Porcentaje nacimiento (Día / Mes / Año								
1	Domicilio particular complet	o:							
		-							
2	Domicilio particular complet	o:							
3	Domicilio particular complet	o:							
4									
	Domicilio particular complet	o:			,				
5									
	Domicilio particular complet	0:							
En caso de designar a una persona moral, llenar los siguientes datos:									
Número	Denominación o razo	ón social	Relación	Fecha de d	constitución	Porcentaje participación			
	Denominación o razo	ón social		Fecha de o	constitución				
Número 1	Denominación o razo	ón social		Fecha de d	constitución				
Número 1 Domicili		ón social		Fecha de d	constitución				
Número 1 Domicili	o completo	ón social		Fecha de d	constitución				
Número 1 Domicili	o completo	ón social		Fecha de d	constitución				
Número 1 Domicili	o completo	ón social		Fecha de d	constitución				
Número 1 Domicili Informa Enterace examer que me cualquie todos lo en este requerio México, pólizas	do de lo que antecede y para ef n médico por cuenta de MetLife hayan asistido o examinado, a er enfermedad, para que propo os datos de enfermedades ante caso, aceptando que se propo da al momento de presentar mi , S.A. lo considere oportuno. As para que proporcionen la inforr	ecto de esta solicit México, S.A. si es los hospitales o cl rcionen a MetLife M riores. Para tal efer rcione a MetLife M solicitud de seguro sí mismo autorizo a mación de su conoc	Relación Relaci	aro estar dispues iente. Además, a va ingresado par os informes que sonas arriba mer s mencionados. miento, o en cua seguros a las qu rrecta evaluación	ato, si fuera nec autorizo a los n ra diagnóstico o se refieren a n ncionadas del s Esta informaci alquier moment e previamente n de mi solicitu	participación cesario, a pasar un nédicos o personas o tratamiento de ni salud, inclusive secreto profesional ón puede ser to en que MetLife he solicitado d.			
Enterace examer que me cualquie todos lo en este requeric México, pólizas Este calguna	do de lo que antecede y para ef n médico por cuenta de MetLife hayan asistido o examinado, a er enfermedad, para que propo os datos de enfermedades ante caso, aceptando que se propo da al momento de presentar mi , S.A. lo considere oportuno. As	ecto de esta solicit México, S.A. si es los hospitales o cl rcionen a MetLife M riores. Para tal efercione a MetLife M solicitud de seguro sí mismo autorizo a mación de su conoc ye una solicitud aceptada por la	Relación Relación Id de seguro, decla ta lo estima conven ínicas a los que hay México, S.A. todos lo cto relevo a las pers éxico, S.A. los dato o, en caso de falleci las compañías de s cimiento, para la col la de seguro y la empresa de se	aro estar dispues iente. Además, a va ingresado par os informes que sonas arriba mer s mencionados. miento, o en cua seguros a las que rrecta evaluación cor lo tanto, eguros, ni de	sto, si fuera nece autorizo a los n ra diagnóstico o se refieren a n ncionadas del s Esta informaci alquier moment e previamente n de mi solicitu no represer que, en cas	participación cesario, a pasar un nédicos o personas o tratamiento de ni salud, inclusive secreto profesional ón puede ser to en que MetLife he solicitado d.			
Número 1 Domicili Informa Enterace examer que me cualquie todos lo en este requerio México, pólizas Este coalguna acepta Consier	do de lo que antecede y para efin médico por cuenta de MetLife hayan asistido o examinado, a er enfermedad, para que propo os datos de enfermedades ante caso, aceptando que se propo da al momento de presentar mi, S.A. lo considere oportuno. As para que proporcionen la inforradocumento solo constitua de que la misma será a	ecto de esta solicit México, S.A. si es los hospitales o cl rcionen a MetLife M riores. Para tal efercione a MetLife M solicitud de segura i mismo autorizo a mación de su conoc ye una solicitu aceptada por la uerde totalmer rsonales, patrimon	Relación Relaci	aro estar dispues iente. Además, a va ingresado par os informes que sonas arriba mer s mencionados. miento, o en cua seguros a las que rrecta evaluación cor lo tanto, i eguros, ni de ninos de la so v sensibles, o los	ato, si fuera necesatorizo a los mentes de se refieren a necionadas del se Esta informacionalquier momente e previamente necesatoricitud.	cesario, a pasar un nédicos o personas o tratamiento de ni salud, inclusive secreto profesional ón puede ser to en que MetLife he solicitado d.			

Nombre y firma del cónyuge solicitante

30. Cuestionario bás	sico del cónyuge)							
Aviación y deportes									
1. ¿Tienes o has tenio	1. ¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador?								
2. ¿Vuelas aeronaves	s que no pertenez	can a líneas c	comerciales?				Sí	No	
اخ En caso afirmativo	Deseas cubrir el ri	esgo?					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? Otros, ¿Cuál? En caso de que tu respuesta sea afirmativa a la pregunta 3, llenar el cuestionario correspondiente.									
31. Otros seguros de	e vida del cónyu	ge							
(Esta información no f de Seguro)					minos del artí	culo 47 de la		I Contrato	
4. ¿Estás asegurado	con otras compai	ĭías en vida o	accidentes pe	ersonales?			Sí	No	
En caso de respuesta	a afirmativa, indica	ar:							
Nombre de la	compañía	Ramo	Número d	le póliza	Suma Asegurada	Benefi	cios adicior	cios adicionales	
5. ¿Has sido rechaza	ado o extraprimad	lo por alguna d	otra compañía	? Sí	No D ; C	Cuál?			
6. ¿Estás solicitando a									
32. Hábitos del cóny									
En la actualidad Sí N	o Clase	Cantidad diaria c	¿Desde uando? (años)		Sí No	Clase	`	Desde do? (años)	
	Whisky				Ciga	arros			
	Cerveza			9.	Pipa	a 🔲			
	Vino			¿Fumas?	Puro	os 📗			
7. ¿Ingieres	Licor				Otro	os 📗			
bebidas alcohólicas?	Ron	1							
	Brandy	1		-					
	Tequila								
	Otro]							
8. ¿Usas]					
drogas o estimulantes?									
10. Si en el pasado hi dejaste de consumirlo		o varios de es	tos productos	indica fech	na de inicio, fe	cha de térmir	no y causa p	or la que	

33. Cuestionario médico para el cónyuge							
11. ¿Cuál es	tu peso?kilogramos	s 12. ¿	¿Cu	iál es tu estatura?	metros		
13. ¿Has au	mentado o disminuido de peso en lo	os últimos 12	2 me	eses? Sí No			
Kilogram	os aumentados			Kilogramos disminuidos _			
14. Nombre	del médico que acostumbras consul	ltar:					
15. Domicilio):						
16. Teléfono	: ()						
34. El cónyu	ge padece o ha padecido:						
17. Enferme	dad en el corazón o la	Sí No		36. ¿Estás sujeto a cualqu médico?	uier tipo de tratamien	to Sí No	
18. Presión a	arterial alta	Sí No		37. ¿En los últimos dos ar		Sí No	
19. Enfermed los bronquios	dad de los pulmones y s	Sí No		alguna prueba especial de 38. ¿Has consultado al me		Sí No	
20. Úlceras e	en el estómago o duodeno	Sí No		enfermedad infecciosa de	transmisión sexual	01110	
21. Enferme	dad del hígado o vías biliares	Sí No		como sífilis, Síndrome de Adquirida o gonorrea?	inmunodeliciencia		
22. Enferme	dades del intestino, colon o recto	Sí No		39. ¿Has recibido transfus los últimos dos años?	siones de sangre en	Sí No	
	dades de los riñones	Sí No		40. ¿Tienes pendiente algu	una intervención	Sí No	
	dades de la próstata	Sí No	Щ	quirúrgica?			
	dades de la vejiga	Sí No		41. ¿Has sido internado pa tratamiento?	ara diagnóstico o	Sí No	
26. Diabetes		Sí No		42. Electrocardiograma, e	studios de gabinete,	Sí No	
	aligno o cáncer del conocimiento o convulsiones	Sí No		radiografías o estudios de			
29. Parálisis	del conocimiento o convulsiones	Sí No		43. ¿Te falta algún miemb tienes alguna deformidad		Sí No	
	os nerviosos o mentales	Sí No		de alguno de ellos?			
	dades de los huesos o de las	Sí No		Si el solicitante es mujer	, padeces o has pa	decido:	
articulacione			_	44. Enfermedades en los matriz	pechos, ovarios y/o	Sí No	
	gún defecto visual o auditivo	Sí No	\sqsubseteq	45. ¿Estás embarazada?	Sí No Meses o		
actuales	entes patológicos y enfermedades	Sí No			embaraz		
34. ¿Padece afección o le	s actualmente alguna enfermedad, sión?	Sí No		46. ¿Has estado s embarazada?	Sí No Número embaraz		
35. ¿En los ú	ultimos 24 meses has consultado a	Sí No		47. Fecha de tu última rev	visión ginecológica _		
algún médico							
	er respuesta afirmativa, dar amplios , tratamiento, evolución, secuelas, n				tudios de laboratorio	y gabinete,	
En caso de	respuesta(s) afirmativa(s), favor o	de ampliar la	a in	formación			
Número de	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamiento		Fe	chas en que las sufriste o	Duración Co	ondición física actual	
pregunta	estudios o tratamiento	3		se te practicaron		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 mé	édica familiar del cóny	yuge								
Parentesco co	n el solicitante titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Causa de la muerte	Estado de salud						
Padre										
Madre	adre									
Hermanos										
Hijos										
37. Detalles ad	dicionales de la ocupa	nción del cónyuge								
Población v ost	ado del lugar de trabaj	^								
,										
Medio de trar Lugar de trab	•	Auto								
Horario labor	•	urno Nocturno Mixt		<u> </u>						
Frecuencia d	e viajes: Quino	enal Semanal Mensua	al Anual							
38. Favor de c	ontestar el siguiente d	cuestionario								
1. ¿Usas o por	tas armas de fuego, pu	inzocortantes o herramientas pe	eligrosas?	Sí No						
	on o en lugares donde : xplosivos, tóxicos o peli	se maneja fuego, alta tensión, p grosos?	roductos químicos, radioacti	vos, Sí No						
3. ¿Trabajas c	on animales no domést	ticos o peligrosos?		Sí No						
4. ¿Trabajas e	n lugares donde se exp	pendan bebidas alcohólicas?		Sí No						
5. ¿Manejas, t	rabajas o das manteni	miento a algún tipo de maquina	aria? (excluir equipo de oficir	na) Sí No						
6. ¿Tu ocupaci	ión requiere que condu	zcas algún tipo de vehículo? (ex	kcluir auto de uso particular)	Sí No						
_	ctividades submarinas, n plataformas marítima:	marinas, subterráneas, aéreas o s?	o en techos, azoteas o en altu	ıras Sí No						
8. ¿Realizas a	ctividades artísticas, de	e modelaje o deportivas en forma	a profesional?	Sí No						
9. ¿Realizas in	vestigaciones o maneja	as información que pueda poner	en riesgo tu integridad física	a? Sí No						
10. ¿Cuentas c	on alguna otra ocupacio	ón o fuente de ingresos adicional	? (no incluir rentas o inversior	nes) Sí No						
En caso de res	spuesta(s) afirmativa(s), favor de ampliar la informa	ación							
Número de pregunta		De	etalle							

39. Dec	laración del cónyuge solicita	nte						
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?								
Lugary	fecha en que se declara		No	ombre y firma de	cónvuge			
	·		140	Thore y ilitila de				
40. Dato	s del menor solicitante							
Nombre	r(S)	Apellido paterr	าด	Apellido	materno			
Fecha o	le nacimiento:							
	Día Mes	Día E	dad Regi	stro Federal de 0	Contribuyentes			
Clave l	nica de Registro de Población	Pare	ntesco					
		stado civil: Soltero		Viudo(a)	Divorciado(a)	Unión libre		
	le nacimiento:		- () ()_					
País	Estado	o / Provincia	Ciudad / Pol	olación	Nacionalio	dad(es)		
41. Ben	eficiarios del menor solicitant	te (en caso de fall	ecimiento del misi	mo)				
Adverte	encia: En el caso de que se des	see nombrar benef	iciarios a menores o	de edad. no se d	ebe señalar a	un mavor de edad		
como re	presentante de los menores pa	ra efecto de que, e	en su representació	n, cobre la inden	nnización. Lo a	interior porque las		
_	ones civiles previenen la forma s y no consideran al contrato de					•		
se hicie	ra de un mayor de edad como r	epresentante de m	enores beneficiario	s, durante la mir	oría de edad o	de ellos, legalmente		
	nplicar que se nombra beneficia ción que se hace de beneficiari							
	segurada.	oo cii aii ooniiato (de deguiro le comoce	ie ei dereone me	orialoloridae a	e dioponer de la		
		Apellido	Apellido		Porcentaje	Fecha de		
Número	Nombre(s)	paterno	materno	Parentesco	participación	nacimiento (Día / Mes / Año)		
						•		
1	Domicilio particular complet	o:						
2	Domicilio particular complet	o:						
3	Domicilio particular complet	o:						
4	Domicilio particular complet	o:			I			
5	Domicilio particular complet	o:						

En caso	o de designar a una perso	ona moral, llenar los sigu	ientes datos:			
Número	Denominación	_	Relación	Fecha de o	constitución	Porcentaje
			1.0.00.01			participación
1 Dominii	io complete					
	io completo Ición adicional					
	icion adicional					
42. Desi	gnación de beneficiario	s por sobrevivencia (Ile	enar solo una seco	ción ya que son	excluyentes	entre si)
Beneficia	arios del seguro dotal mix	to a edad alcanzada del	menor solicitante p	or concepto de s	obrevivencia	
	al fideicomiso número _ a cobertura Seguro Dotal					
	-					
_		Firma de aceptación del t				
En caso cobertur	de no aceptar la designa a:	ición del fideicomiso com	no beneficiario, favo	r de indicar el(los	s) beneficiario(s) para esta
cobertur	que no acepto la designa a Seguro Dotal Mixto a E ario(s) a:					
Benefic	iarios del menor solicita	ante (en caso de sobrev	vivencia del mismo))		
como re legislaci similare: se hiciei puede ir designa	encia: En el caso de que presentante de los meno ones civiles previenen la s y no consideran al contra de un mayor de edad o mplicar que se nombra beción que se hace de benesegurada.	res para efecto de que, e forma en que debe desiç rato de seguro como el in como representante de me reneficiario al mayor de ec	en su representació gnarse tutores, alba nstrumento adecuad nenores beneficiario dad, quien en todo d	n, cobre la inden ceas, representa do para tales des s, durante la mir caso sólo tendría	nnización. Lo a antes de hered signaciones. La noría de edad o una obligación	eros u otros cargos a designación que de ellos, legalmente n moral, pues la
Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1	Domicilio particular co	mpleto:				
2						
	Domicilio particular co	mpleto:	T			
3						
	Domicilio particular co	mpleto:			,	
4						
-	Domicilio particular co	mpleto:	I			
5						
	Domicilio particular co	mpleto:				

En caso	de designar a	a una persona moral, Il	enar los siguie	entes datos:		
Número	Den	ominación o razón so	ocial	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1		T				
	completo					
Informa	ción adicion	al				
-						
43. Autor	izaciones					
Recibí:						
La inform	nación total y	completa del seguro d	que se propon	e. Sí 🗌 No 🗌		
La inform	nación de los	derechos básicos de l	os contratante	es, asegurados y ben	eficiarios. Sí 🗌 No 🗌	
titulares,	sean tratado	que mis datos persona s conforme a lo previst e y la firma de su padre	to en el aviso	de privacidad.	ensibles, o los que haya prop menor Asegurado.	orcionado de otros
		adre o representante caso de ser mayor a		dre, madre o represe enor en caso de ser		menor Asegurado
Autoriza	ación para e	l caso de cargo autor	nático de pag	jo		
corriente fue experime haya S.A. los MetLife la tarjeta operado S.A. por cuenta (se cualquie fecha de pueda era la fecha no advie establece en la cue podrán se su agenta cobe mi cuento cargo au firmado señalada	e o el contrato dida la tarjet dida la tarjet asignado la cargos por lo México, S.A. habiente o pra de toda re conducto de o instruidas o rotro que co e vencimiento fectuarse el ca propuesta rta la realizacido para el prenta bancaria ser obtenidos re de seguros rturas contra a se realicen atomático a tay dirigido a la a. El suscrito	o de depósito en cuenta citada o en su caso e institución operadora de conceptos, periodicionse obliga y es responsiagador. ii) de la calidado clamación que se general en sus apoderados con faque la aseguradora tiendo de cada prima que co cargo correspondiente para el cargo automátición del cargo a la cue ago de prima, deberá para de la aseguradora las se llamando al call cente se Los pagos recibidos tadas. Si el plan de sen por la nueva cantidada rijeta. Esta autorización aseguradora, con 30 descentes de la seguradora, con 30 descentes de la cuente seguradora, con 30 descentes de la cuente	a corriente, seel número de to la cuenta ba dad y montos able de cump de y entrega de erara por parte acultades sufine contratadas no operadora y en las fechas co de prima a nta indicada, y pagarse directos cantidades cor de la asegur fuera del plaz guro prevea fu que resulte, son estará vigen días naturales a la institución	egún corresponda, quarjeta por reposición nearia respectiva, se que se detallan en la lir con: i) la información los productos y serve del tarjetahabiente. Cientes a través del se con la institución op a MetLife México, Se caso de que por cau convenidas, o bien, o tarjeta de crédito / de mientras la obligación amente en las oficina correspondientes. Los adora, accediendo a co establecido en el conturas modificaciones in que sea necesario te mientras no sea en previos a la fecha de operadora señalada,	e en el contrato de apertura de tengo celebrado y respecto de la anterior, por robo o extra sirvan pagar por mi cuenta a póliza suscrita con la citada ón generada correcta y oporticios ofrecidos, liberando a la Los cargos los podrá realizar ervicio elegido y los depósito eradora a través del mismo para do cuando a más tardar el quinto esta de metallo de la Asegurado fon del pago se encuentre de la página web de la asegurado no implica de la misma prima, acepto que o firmar una nueva solicitud-a expresamente revocada por me terminación de la vigencia de toda responsabilidad que	o de los cuales me ravío de la misma MetLife México, aseguradora. una de los cargos Institución MetLife México, se se harán en la(s) procedimiento o de e efectuará en la o y/o Contratante no o día hábil siguiente y/o Contratante ntro del plazo a través de depósito depósito bancario dora o bien con la continuidad de le los cargos en utorización de la autorización
relaciona la comer	adas, afiliada cialización d	is, subsidiarias, empres e sus productos y serv	sas que auxilie icios, conform	en tanto a la operació e a la regulación apli	ntenida en este documento, on y administración de esta po cable, misma que tendrá por do que la misma tiene el cará	óliza, así como a objeto servir para
Lugar y f	echa en que	se firma	Nombre y firr	na del Contratante	Nombre y firma de	I solicitante titular

44. Información del agente (para aspectos internos de MetLife Mexico, S.A.)								
¿Cuánto tiempo hac solicitante?	e que conoces al		¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta Sí No Solicitud?					
Solicita tu cliente est otra que tenga con N	a póliza para reemplaz letLife México, S.A.	zar Sí No	¿Con base en qué ne Suma Asegurada?	ecesidades del solicita				
Nombre y apellido de	el promotor		Correo	eléctrónico del agent	 te			
	'			J				
Nombre completo de	l administrativo de la	•	@ reo electrónico del ad motoría	ministrativo de la To	eléfono			
Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente			
Nombre del agente	Clave	Officina de envio	Promotoria	Participación	Filma del agente			
alcance real de su conseguros, la informaci la misma pueda forma decuadas. Los age en cualquier forma pueda forma pueda forma pueda decuadas. Los age en cualquier forma pueda decuada decuadas. Los age en cualquier forma pueda decuada decu	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 detrimentes o adversos en cualquier forma para las mismas.							
y/o en la dirección Av		ır 762, Colonia del Val	0-999-8080, en el corre le, Alcaldía Benito Juá					
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 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: Ávenida 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.