

## Solicitud de seguro de gastos médicos mayores MédicaLife familiar

Número de folio: \_\_\_\_\_

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro que se encuentran disponibles en la página [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

Datos del Contratante (es quien paga la prima)				Persona física	Persona moral
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	Colonia	
Código postal	Alcaldía	Estado		Población	
País		Estado civil			
<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
Clave Única de Registro de Población		Registro Federal de Contribuyentes			
Correo electrónico		@	Teléfono		
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Información del Contratante (persona física)					
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Ciudad / Población		Estado / Provincia		País	Nacionalidad(es)
Identificación oficial vigente / emisor					
Credencial <input type="checkbox"/> para votar vigente	Pasaporte <input type="checkbox"/> Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de <input type="checkbox"/> afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Cédula profesional <input type="checkbox"/> Secretaría de Educación Pública	Certificado de <input type="checkbox"/> matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de <input type="checkbox"/> residencia temporal o permanente Instituto Nacional de Migración
Número de identificación: _____					
Datos del contacto					
Teléfonos de contacto					
Domicilio		Oficina / Trabajo		Móvil	
Correo electrónico		@			

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](http://www.metlife.com.mx)

**Información laboral y financiera****Ocupación**

Empleado activo ☐ Profesional independiente ☐ Comerciante ☐ Jubilado ☐  
Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Otro ☐ \_\_\_\_\_

Ingreso total mensual aproximado \$ \_\_\_\_\_

Detalle de actividad, giro u ocupación: \_\_\_\_\_

Empresa, dependencia o entidad donde prestas tus servicios: \_\_\_\_\_

**Actividad o giro de la empresa donde prestas tus servicios u ocupación:**

Industrial ☐ Servicios ☐ Actividades agropecuarias ☐ Gobierno ☐ Otro ☐ Especifica: \_\_\_\_\_

**Origen de recursos**

Detalle de actividad, giro, ocupación u otro: \_\_\_\_\_

**Información del Contratante (persona moral)**

Denominación o razón social

Registro Federal de Contribuyentes

Folio mercantil (empresa nacional)

Giro mercantil, actividad u objeto social

Nombre completo del apoderado o representante legal, administradores, director, gerente general con facultades para celebrar operaciones de seguros para empresas nacionales. Nacionalidad

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

**Domicilio y datos de contacto de la empresa**

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Colonia / Barrio

Ciudad / Población

Municipio / Alcaldía

¿Zona fronteriza? Sí ☐ No ☐

Entidad federativa

País

Código postal

**Teléfonos de contacto**

( ) ( )

(Lada) teléfono 1

(Lada) teléfono 2

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 ☐

**Datos del solicitante titular (solo llenar si es diferente al Contratante)**

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Colonia

Código postal

Alcaldía

Estado

Población

Nacionalidad

Estado civil

## Registro Federal de Contribuyentes

Clave Única de Registro de Población

Correo electrónico

( )

(Lada) teléfono

**Datos del seguro de gastos médicos mayores solicitado (estos datos deben coincidir con la cotización)**

MédicaLife	Suma Asegurada en la UMAM*	Deducible en pesos	Deducible en dólares	Coaseguro
Internacional <input type="checkbox"/>		(Aplica para todos los planes)	(Solo aplica para el plan Internacional)	10% <input type="checkbox"/> 16% <input type="checkbox"/>
Ejecutivo <input type="checkbox"/>				12% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>
Más <input type="checkbox"/>				14% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/>
Básico <input type="checkbox"/>				15% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/>
Práctico <input type="checkbox"/>				
	Indicar monto	Indicar monto	Indicar monto	

\*UMAM = Unidad de Medida de Actualización Mensual

## Coberturas adicionales

Emergencia en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Catastróficas en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	Incremento Suma Asegurada	<input type="checkbox"/>
Franja Fronteriza	<input type="checkbox"/>	Renta Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/>	Indicar monto	_____ M.N. <sup>3</sup>
Visión	<input type="checkbox"/>	Incremento a Tabulador de Honorarios Quirúrgicos	<input type="checkbox"/>	Indicar porcentaje	_____ %
MetDental Plus	<input type="checkbox"/>	Últimos Gastos	<input type="checkbox"/>	Indicar monto	_____ M.N. <sup>3</sup>
Reducción de Deducible por Accidente	<input type="checkbox"/>	Muerte Accidental	<input type="checkbox"/>	Indicar monto	_____ M.N. <sup>3</sup>
Estudiante en el Extranjero <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>	Protección Garantizada	<input type="checkbox"/>	Otra:	_____
Conversión Colectiva	<input type="checkbox"/>			Deducible a elegir para la conversión	

<sup>2</sup>Debe haber por lo menos 2 asegurados en la póliza, <sup>3</sup>Moneda Nacional.

## 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="text"/>	Débito <input type="text"/>
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"/>

**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 <sup>4</sup>	F <sup>5</sup>	Día	Mes	Año			
Titular											Titular
2											
3											
4											
5											
6											

<sup>4</sup>Masculino, <sup>5</sup>Femenino.

**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"/>							
	<b>Detalle de la ocupación:</b> _____	<b>Página web:</b> _____						
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"/>							
	<b>Detalle de la ocupación:</b> _____	<b>Página web:</b> _____						
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"/>							
	<b>Detalle de la ocupación:</b> _____	<b>Página web:</b> _____						
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"/>							
	<b>Detalle de la ocupación:</b> _____	<b>Página web:</b> _____						

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)													
<b>Nota importante:</b> 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						

  

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
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"/>											

**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%.



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)				Porcentaje de participación en el capital social	
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.

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](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://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](http://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](http://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.

Prevía 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

### 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 ☐

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			%
			%				%
			%				%

**Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas Muerte Accidental y Últimos Gastos**

En mi carácter de Asegurado, a efecto de dar cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, efectúo la identificación de los beneficiarios de la Suma Asegurada que resulte procedente, designados por el suscrito en la solicitud y/o póliza, en los términos siguientes:

El Asegurado declara que el domicilio de los beneficiarios designados, es el mismo que él ha señalado para sí mismo. En caso contrario, indique domicilio correspondiente.

**Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas Muerte Accidental y Últimos Gastos****Beneficiario 1**

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

**Beneficiario 2**

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

**Beneficiario 3**

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

**Beneficiario 4**

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

**Beneficiario 5**

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

**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](http://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](mailto: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](mailto: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](http://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 19 de mayo de 2016, con número CNSF-S0034-0263-2016 / CONDUSEF-000311-04. 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](http://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.**