

**Solicitud de seguro de vida individual**

Número de solicitud CP DES\*: \_\_\_\_\_

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

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 esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

**1. Datos generales del Contratante\*\* persona física**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Clave Única de Registro de Población \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

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

Tipo de identificación oficial vigente \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**

País \_\_\_\_\_ Estado / Provincia \_\_\_\_\_ Ciudad / Población \_\_\_\_\_ Nacionalidad(es) \_\_\_\_\_  
@ \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico antes señalado. Sí ☐ No ☐

**2. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona física****Domicilio particular**

Calle / Avenida \_\_\_\_\_ Número exterior \_\_\_\_\_ Número interior \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Colonia / Barrio \_\_\_\_\_ Municipio / Alcaldía \_\_\_\_\_ Ciudad / Población \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Teléfonos**

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Particular Oficina / Laboral Extensión Móvil

**3. Ocupación del Contratante**

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

Detalle de la ocupación o profesión \_\_\_\_\_

**\*La abreviatura "CP DES" es un sistema informático con información para uso interno de MetLife.**



¿Actúas por cuenta propia?

Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 2 para propietario real

Contestar en caso de solicitar un plan Horizonte, PerfectLife o productos flexibles.

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife?

Sí ☐ No ☐

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

### 1. Datos generales del Contratante persona moral

Denominación o razón social			Nombre comercial			<input type="text"/>									
Fecha de constitución: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			Nacionalidad			Registro Federal de Contribuyentes									
Sector económico:			Industrial <input type="checkbox"/>			Servicios <input type="checkbox"/>			Otro <input type="checkbox"/>						
			Gobierno <input type="checkbox"/>			Actividades agropecuarias <input type="checkbox"/>			Especificar: <input type="text"/>						
Detalle giro mercantil, actividad u objeto social: <input type="text"/>															

### 2. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona moral

Calle / Avenida				Número exterior		Número interior	
Código postal		Colonia / Barrio		Municipio / Alcaldía		Ciudad / Población	
Estado				País			
Teléfonos:							
( <input type="text"/> )				( <input type="text"/> )			
Teléfono 1				Teléfono 2			
Nombre del contacto				Posición / Puesto		( <input type="text"/> )	
				Teléfono del contacto		Extensión	
Correo electrónico @ <input type="text"/>							
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"/>							

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

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

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno

### 4. Formas de pago

Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Modo de pago: Efectivo ☐ Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE ☐ Día de cargo:

En caso de seleccionar cargo automático indicar los instrumentos bancarios de cobro y el orden:

**Información bancaria**

Opción	Banco emisor de tarjeta / CLABE	CLABE	Número de token Crédito <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. Perfil transaccional (contestar sólo en caso de solicitar un plan Horizonte, PerfectLife o productos flexibles)**

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

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

**6. Declaraciones**

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

En caso afirmativo indica:      País(es)      Número de identificación de impuestos

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

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

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

**7. Declaraciones propietario real / persona que ejerce el control (campos obligatorios)**

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

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

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

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

En caso de que existan más de dos personas con el carácter de propietarios reales, miembros del consejo de administración o personas que ejerzan el control, favor de completar la información en el formato 4.

#### 8. El solicitante es:

¿El solicitante es el mismo que el Contratante?      Sí ☐      No ☐

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

#### 9. Datos generales del solicitante titular

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad	Registro Federal de Contribuyentes
					Clave Única de Registro de Población
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			

#### Lugar de nacimiento:

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

#### 10. Domicilio y datos de contacto del solicitante titular

Calle / Avenida		Número exterior	Número interior
Código postal	Colonia / Barrio	Municipio / Alcaldía	Ciudad / Población
Estado	País		
<b>Teléfonos:</b>			
( )	( )	( )	
Teléfono 1	Teléfono 2	Móvil	
Correo electrónico personal @		Correo electrónico laboral @	

#### 11. Ocupación del solicitante titular

Empleado activo <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Profesional independiente <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Ingreso mensual \$ _____ aproximado (pesos)	

Detalle de la ocupación o profesión

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social

Sector económico

Industria ☐

Gobierno ☐

Otro ☐

Servicios ☐

Actividades agropecuarias ☐

Especificar: \_\_\_\_\_

12. Beneficiarios del solicitante titular

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1						
	Domicilio particular completo:					
2						
	Domicilio particular completo:					
3						
	Domicilio particular completo:					
4						
	Domicilio particular completo:					
5						
	Domicilio particular completo:					

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

	Denominación o razón social	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

Información adicional

13. Detalles adicionales de la ocupación del solicitante

Población y estado del lugar de trabajo

Medio de transporte al lugar de trabajo:

Auto ☐

Autobús ☐

Avión ☐

Tren ☐

Helicóptero ☐

Lugar de trabajo:

Calle ☐

Fábrica ☐

Oficina ☐

Taller ☐

Otro ☐

Horario laboral:

Diurno ☐

Nocturno ☐

Mixto ☐

Frecuencia de viajes:

Quincenal ☐

Semanal ☐

Mensual ☐

Anual ☐

14. Otros seguros de vida del solicitante titular

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

¿Estás asegurado con otras compañías en vida o accidentes personales?

Sí☐No☐

Nombre de la compañía

Ramo

Número de póliza

Suma Asegurada

Beneficios adicionales

¿Has sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía?

Sí☐No☐

¿Cuál?

¿Estás solicitando actualmente otro seguro?

Sí☐No☐

\$

Suma Asegurada solicitada

Compañía

15. Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas?

Sí☐No☐

2. ¿Trabajas con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos?

Sí☐No☐

3. ¿Trabajas con animales no domésticos o peligrosos?

Sí☐No☐

4. ¿Trabajas en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas?

Sí☐No☐

5. ¿Manejas, trabajas o das mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina)

Sí☐No☐

6. ¿Tu ocupación requiere que conduzcas algún tipo de vehículo? (excluir auto de uso particular)

Sí☐No☐

7. ¿Realizas actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?

Sí☐No☐

8. ¿Realizas actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional?

Sí☐No☐

9. ¿Realizas investigaciones o manejas información que pueda poner en peligro tu integridad física?

Sí☐No☐

10. ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (no incluir rentas o inversiones)

Sí☐No☐

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

Número de pregunta

Detalle

16. Moneda

Moneda Nacional☐

Dólares☐

Datos del plan

Plan

Riesgo☐

Estándar☐

Preferente<sup>1</sup>☐

Suma Asegurada básica \$

Plazo de pago

Plazo de seguro

Vidas conjuntas☐

Deberás llenar tu solicitud por separado

Plan Horizonte MetLife

Retiro (no deducible)☐

Cuenta persona especial de ahorro (deducible)☐

7 de 14

<b>Beneficios adicionales</b>	Invalidez Total y Permanente EP <input type="checkbox"/> PASI <input type="checkbox"/> \$ _____		EP: Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente PASI: Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
	Muerte Accidental <sup>2</sup> IMA <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> \$ _____		IMA: Indemnización por Muerte Accidental DI: Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas TI: Triple Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas
	Otros GF <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> \$ _____ ET <input checked="" type="checkbox"/>		GF: Gastos Funerarios GE: Graves Enfermedades ET: Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

<sup>1</sup> Riesgo preferente solo puede ser seleccionado para los planes TempoLife y FlexiLife Sueños.

<sup>2</sup> Los beneficios por Muerte Accidental son excluyentes entre sí.

### 17. Aviación, deportes y/o aficiones del solicitante titular

1. ¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Utilizas motocicleta?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuencia _____
3. ¿Vuelas aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, ¿Deseas cubrir el riesgo?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿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, tauromaquia o charrería?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros, ¿Cuál? _____		
En caso de que alguna respuesta haya sido afirmativa, llenar el cuestionario correspondiente.		
5. ¿Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado? _____		
6. ¿Participas en competencias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		
7. Frecuencia: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____		
8. ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

### 18. Cuestionario general y hábitos del solicitante titular

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

Si en el pasado hiciste uso de uno o varios de estos productos indica fecha de inicio, fecha de término y causa por la cual se dejaron de consumir \_\_\_\_\_



¿Cuál es tu peso? \_\_\_\_\_ kilogramos

¿Cuál es tu estatura? \_\_\_\_\_ metros

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

Kilogramos aumentados \_\_\_\_\_      Kilogramos disminuidos \_\_\_\_\_

Nombre del médico que acostumbras consultar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: (      ) \_\_\_\_\_

19. Cuestionario médico del solicitante titular (solo llenar cuando no se requiera examen médico, lo cual será indicado expresamente por MetLife)

1. ¿Tienes algún defecto visual o auditivo?

Sí ☐      No ☐

2. ¿En los últimos 5 años has consultado a algún médico?

Sí ☐      No ☐

3. ¿Estás sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?

Sí ☐      No ☐

4. ¿En los últimos 2 años te han practicado alguna prueba especial de laboratorio?

Sí ☐      No ☐

5. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad infecciosa como hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, herpes, etc.?

Sí ☐      No ☐

6. ¿Has recibido transfusiones de sangre?

Sí ☐      No ☐

7. ¿Se te han practicado o tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?

Sí ☐      No ☐

8. ¿Padeces o has padecido enfermedades del corazón, presión arterial alta, diabetes?

Sí ☐      No ☐

9. ¿Padeces enfermedades del sistema nervioso, tumores, o alguna otra enfermedad crónica grave?

Sí ☐      No ☐

10. ¿Has estado internado en alguna institución médica para estudios, observación, operación o tratamiento?

Sí ☐      No ☐

11. ¿Te han practicado estudios de gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc.?

Sí ☐      No ☐

12. ¿Te falta algún miembro, parte de él, tienes alguna deformidad, o sufres de parálisis de alguno de ellos?

Sí ☐      No ☐

13. ¿Has recibido tratamiento por alcoholismo o adicción de drogas?

Sí ☐      No ☐

14. ¿Otras enfermedades o padecimientos que deba conocer MetLife México, S.A.?

Sí ☐      No ☐

Si el solicitante es mujer, contestar:

¿Padeces o has padecido enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz?

Sí ☐      No ☐

¿Estás embarazada?

Sí ☐      No ☐      Meses de embarazo: \_\_\_\_\_

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

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

**20. Datos adicionales del Contratante, si el solicitante no tiene ingresos propios**

Nombre completo de quien pagará las primas

Edad

¿Por cuánto está asegurado el Contratante a favor del solicitante y en qué compañía? (contestar sólo para sumas aseguradas mayores o iguales a 150,000 pesos o su equivalente en dólares y/o Unidad de Valor Adquisitivo Constante).

Si el Contratante no está asegurado, indica la causa

**21. Historial médica familiar del solicitante titular**

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

**22. Favor de indicar si alguno de los ascendientes o descendientes directos del solicitante padecen o han padecido de:**Diabetes    Sí ☐    No ☐Demencia    Sí ☐    No ☐Infarto al miocardio    Sí ☐    No ☐Epilepsia    Sí ☐    No ☐Cáncer    Sí ☐    No ☐

¿Quién o quiénes? \_\_\_\_\_

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

¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? \_\_\_\_\_    ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?    Sí ☐    No ☐

¿Solicita tu cliente esta póliza para reemplazar otra que tenga con MetLife México, S.A.?    Sí ☐    No ☐    ¿Con base en qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada? \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del promotor \_\_\_\_\_    Correo electrónico del promotor \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nombre completo del administrativo de la promotoría \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_    Correo electrónico del administrativo de la promotoría \_\_\_\_\_    Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Correo electrónico del agente

**Nota importante para el agente:**

En caso de haber utilizado el recibo cobertura de esta solicitud, indicar

**24. Autorizaciones**

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 ésta 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.

**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.**

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita.

#### Autorización para el caso de cargo automático de pago

Solicito y autorizo a la institución operadora antes señalada para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente, según corresponda, que tengo celebrado y respecto de los cuales me fue expedida la tarjeta citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado la institución operadora o la cuenta bancaria respectiva, se sirvan pagar por mi cuenta a MetLife México, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en la póliza suscrita con la citada aseguradora. MetLife México, S.A. se obliga y es responsable de cumplir con: i) la información generada correcta y oportuna de los cargos al tarjetahabiente o pagador. ii) de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a la institución operadora de toda reclamación que se generará por parte del tarjetahabiente. Los cargos los podrá realizar MetLife México, S.A. por conducto de sus apoderados con facultades suficientes a través del servicio elegido y los depósitos se harán en la(s) cuenta(s) instruidas que la aseguradora tiene contratadas con la institución operadora a través del mismo procedimiento o de cualquier otro que convengan a la institución operadora y a MetLife México, S.A. Cada uno de los cargos se efectuará en la fecha de vencimiento de cada prima que corresponda. En caso de que por causas imputables al Asegurado y/o Contratante no pueda efectuarse el cargo correspondiente en las fechas convenidas, o bien, cuando a más tardar el quinto día hábil siguiente a la fecha propuesta para el cargo automático de prima a tarjeta de crédito/débito/CLABE, el Asegurado y/o Contratante no advierta la realización del cargo a la cuenta indicada, y mientras la obligación del pago se encuentre dentro del plazo establecido para el pago de prima, deberá pagarse directamente en las oficinas de MetLife México, S.A., o a través de depósito en la cuenta bancaria de la aseguradora las cantidades correspondientes. Los números de cuenta para el depósito bancario podrán ser obtenidos llamando al call center de la aseguradora, accediendo a la página web de la aseguradora o bien con su agente de seguros. Los pagos recibidos fuera del plazo establecido en el contrato de seguro no implica la continuidad de las coberturas contratadas. Si el plan de seguro prevea futuras modificaciones a la misma prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad que resulte, sin que sea necesario firmar una nueva solicitud-autorización de cargo automático a tarjeta. Esta autorización estará vigente mientras no sea expresamente revocada por medio de un escrito firmado y dirigido a la aseguradora, con 30 días naturales previos a la fecha de terminación de la vigencia de la autorización señalada. El suscrito expresamente libera a la institución operadora señalada, de toda responsabilidad que pudiera derivarse de los cargos que se efectúen con base en las presentes instrucciones.

Doy mi consentimiento a MetLife México, S.A., para compartir la información contenida en este documento, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, conforme a la regulación aplicable, misma que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales y calidad en el servicio, resaltando que la misma tiene el carácter de confidencial.

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

#### Recibí:

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

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

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

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

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

## 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.

### 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 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-00105001 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.**

25. Información financiera (sólo contestar en sumas aseguradas mayores a \$6,000,000 de pesos o su equivalente)

La información financiera (confidencial) que proporciono, revela con absoluta veracidad mi situación actual.

Activos		Pasivos	
Efectivo en bancos	\$	Documentos por pagar	\$
Acciones, bonos y valores	\$	Cuentas por pagar	\$
Cuentas por cobrar	\$	Impuestos pendientes de pago	\$
Bienes raíces	\$	Obligaciones hipotecarias	\$
Automóvil, mobiliario, etc.	\$	Otros pasivos (especifique)	\$
Otros activos (especifique)	\$		
Activo total:	\$	Pasivo total:	\$
		Capital total:	\$

Distribución de reaseguro (información para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Compañía	Cesión	Retención	Contratos	Facultativo	Dictamen

Folio número

Revisó (nombre y firma)

Cobertura provisional (aplica para Asegurado propuesto mayor de 12 años y menor de 70 años)

Folio número

Fecha    \$  Suma Asegurada solicitada  Cobertura

Con motivo de la solicitud de seguro presentada en esta fecha por:

Por el hecho de haber presentado la solicitud de aseguramiento, el Asegurado propuesto queda amparado por Muerte Accidental por una Suma Asegurada igual a la solicitada o hasta la cantidad equivalente a 200 veces el salario mínimo general mensual vigente en la Ciudad de México, la cantidad que resulte menor y durante un plazo no mayor a treinta días naturales contados a partir de la fecha de esta solicitud o antes, al notificarle la aceptación de su solicitud de seguro, lo que suceda primero.

Clave del agente  Nombre del agente  MetLife México, S.A.

---

Estimado Asegurado

Condiciones bajo las cuales se expide la cobertura provisional.

1. El periodo de esta cobertura es de 30 días naturales a partir de la fecha de firma de la solicitud o a la fecha en que tenga conocimiento de la aceptación de la solicitud, lo que suceda primero, por una Suma Asegurada igual a la solicitada o hasta la cantidad equivalente a 200 veces el salario mínimo general mensual vigente en la Ciudad de México, la cantidad que resulte menor.
2. La edad del solicitante debe estar entre los 12 y 70 años.
3. Al llenar la solicitud, el solicitante deberá contestar todas las preguntas que correspondan a todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba de conocer en ese momento, advirtiéndose que el proporcionar respuestas inexactas será motivo para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro aunque éstas no hayan influido de manera directa en la realización del siniestro.

**4. Exclusiones: La indemnización contenida en este beneficio no se concede si la muerte se debe a:**

- Suicidio.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- El viajar como piloto o pasajero en cualquier tipo de motocicleta o motoneta, así como en aviones privados.
- Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas, drogas o enervantes. Esta exclusión operará cuando de la documentación presentada a la aseguradora para el pago del siniestro se desprenda que existen indicios del influjo de drogas o enervantes o bebidas alcohólicas, salvo que se pruebe que el contenido alcohólico en la sangre era menor al 0.08%.

5. Si el solicitante fallece a consecuencia de algún accidente dentro del período de vigencia que otorga esta cobertura, la compañía quedará obligada a pagar la Suma Asegurada. Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produce la muerte del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

\* Lo declarado en la solicitud resulta aplicable a esta cobertura provisional.



## **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](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 23 de marzo de 2015, con número RESP-S0034-0049-2015 / CONDUSEF-G-000780-01.**