

Solicitud de cambios en las condiciones de la póliza de vida individual

Número de póliza _____

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

Datos generales del Contratante (es quien paga la prima) o Asegurado según requerimiento	
Nombre(s) _____	Apellido paterno _____ Apellido materno _____
_____ @ _____	_____
Registro Federal de Contribuyentes _____	Correo electrónico _____ Teléfono _____
El que suscribe, Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife México, S.A. de C.V. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:	
Señala el trámite a efectuar por póliza, si cuentas con más de una póliza, llenar un formato para cada una de ellas	
OI Cambios sin afectación vida (anexar formato 5 - actualización de información)	OI Cambios con afectación vida
Corrección de nombre y apellidos** <input type="checkbox"/>	Cambio de moneda <input type="checkbox"/>
Cambio de Contratante <input type="checkbox"/>	Cambio de Suma Asegurada <input type="checkbox"/>
Cambio de domicilio <input type="checkbox"/>	Cambio de forma de pago <input type="checkbox"/>
Corrección Registro Federal de Contribuyentes** <input type="checkbox"/>	Cambio de plan <input type="checkbox"/>
Corrección de género** <input type="checkbox"/>	Corrección de edad/corrección de fecha de nacimiento** <input type="checkbox"/>
Corrección de estado civil** <input type="checkbox"/>	Reconsideración de dictamen <input type="checkbox"/>
Actualización de información artículo 492 Ley de Instituciones de Seguro y de Fianzas <input type="checkbox"/>	Inclusión o exclusión de extra primas <input type="checkbox"/>
OI Cambios sin afectación vida	OI Rescates, retiros y cancelaciones
Cambio de beneficiario (anexar formato de identificación de beneficiarios) <input type="checkbox"/>	Inclusión o exclusión de beneficios adicionales <input type="checkbox"/>
Aclaración de estado de cuenta <input type="checkbox"/>	Inclusión o exclusión del beneficio de no fumador <input type="checkbox"/>
Carta estatus <input type="checkbox"/>	Inclusión de plan capitalizable corto plazo <input type="checkbox"/>
Duplicado de póliza <input type="checkbox"/>	Cambio de seguro prorrogado <input type="checkbox"/>
Duplicado de recibo <input type="checkbox"/>	Cambio de seguro saldado <input type="checkbox"/>
Duplicado de endoso <input type="checkbox"/>	Cancelación de póliza <input type="checkbox"/>
Cambio clave de agente <input type="checkbox"/>	Rescate de fondo de pólizas de jubilación y capitalizable a corto plazo para pago de prima-pólizas de vida mismo Asegurado <input type="checkbox"/>
Estado de cuenta por jubilación y capitalizable a corto plazo <input type="checkbox"/>	Rescate total <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	Rescate parcial (MetaLife, CCP y Jubilación) <input type="checkbox"/>
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. <input type="checkbox"/>	OI Cob solicitud de cheques
OI Rehabilitación (anexar solicitud de rehabilitación)	Devolución de primas <input type="checkbox"/>
Rehabilitación (titular cónyuge e hijos) <input type="checkbox"/>	OI Aclaración de pagos
OI cambio de conducto de cobro (anexar formato instrucción de pago de prima con cuenta CLABE o tarjeta de crédito / débito)	Aclaración de pagos <input type="checkbox"/>
Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito y débito* <input type="checkbox"/>	OI Cob Solicitud de aplicación de Pagos
Cambio de conducto de cobro a CLABE bancaria* <input type="checkbox"/>	Aplicación de pagos <input type="checkbox"/>
Cambio de conducto de cobro a agente <input type="checkbox"/>	

**Los cambios instruidos a estos servicios aplicarán para las pólizas que se encuentren vigentes a esta fecha cuando el cambio sea solicitado por el Contratante.

Detalle de la modificación a efectuar (indicar dato nuevo) *Anexar formato correspondiente**Autorización**

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios solicitados surtan efecto a partir del _____ de _____ de _____. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, de ser aprobados por la aseguradora quedarán sin alteración.

La aceptación de MetLife México, S.A. de C.V. de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife México, S.A. de C.V. remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx
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 de MetLife México, S.A. de C.V.

Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación	Clave del agente	Sucursal	Clave y nombre de promotoría o corredor	Correo electrónico del promotor o corredor
Lugar y fecha	Firma del Contratante y/o Asegurado según corresponda a la solicitud		Correo electrónico del Contratante y/o Asegurado	

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx