

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

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	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"/>			
Tipo de identificación oficial vigente			Número de identificación		
Lugar de nacimiento:					
País		Estado / Provincia		Ciudad / Población	Nacionalidad(es)

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
Correo electrónico			
Personal	@	Laboral	@

3. Ocupación del Contratante

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 _____

***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"/>	Registro Federal de Contribuyentes
Fecha de constitución:	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Nacionalidad	Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexicana)	
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"/>)	Extensión
Teléfono del contacto			
Correo electrónico @ <input type="text"/>			

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 <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
Modo de pago:	Efectivo <input type="checkbox"/>	Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE <input type="checkbox"/>	Día de cargo: <input type="text"/>	

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 (número de tarjeta) 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 composición accionaria y estructura corporativa

Composición accionaria - principales accionistas

Número de accionista					Porcentaje de participación en el capital social
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	

Estructura corporativa - (especificar las funciones que mejor se adecuen a la estructura de la persona moral)

			Director-gerente general	Director-gerente ejecutivo	Gerente operativo
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno		
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno		

7. 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.

8. Datos generales del solicitante titular

Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad ____ Registro Federal de Contribuyentes ____ Clave Única de Registro de Población ____

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

Lugar de nacimiento:

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

9. Domicilio y datos de contacto del solicitante titular

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfonos:

() _____ () _____ () _____

Teléfono 1 _____ Teléfono 2 _____ Móvil _____

Correo electrónico personal @ _____ Correo electrónico laboral @ _____

10. Ocupación del solicitante titular

Empleado activo ☐ Comerciante ☐ Ama de casa ☐ Otro ☐ Especificar: _____

Profesional ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Ingreso mensual \$ _____

independiente _____ aproximado (pesos)

Detalle de la ocupación o profesión _____

Sector económico

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras _____

Industria ☐ Servicios ☐

Gobierno ☐ Actividades agropecuarias ☐

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social _____ Otro ☐ Especificar: _____

11. 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:					

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
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						
12. Detalles adicionales de la ocupación del solicitante						
Población y estado del lugar de trabajo						
Medio de transporte al lugar de trabajo: Auto <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Avión <input type="checkbox"/> Tren <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/>						
Lugar de trabajo: Calle <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____						
Horario laboral: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>						
Frecuencia de viajes: Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>						
13. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Nombre de la compañía Ramo Número de póliza Suma Asegurada Beneficios adicionales						
¿Has sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
¿Cuál? _____						
¿Estás solicitando actualmente otro seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> \$ _____						
Suma Asegurada solicitada Compañía						
14. Favor de contestar el siguiente cuestionario						
1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
2. ¿Trabajas con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

14. Favor de contestar el siguiente cuestionario

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

15. Moneda

Moneda Nacional☐

Dólares☐

Datos del plan

Plan	Riesgo	Plazo de pago	Plan Horizonte MetLife
	Estándar <input type="checkbox"/>	Plazo de seguro	Retiro (no deducible) <input type="checkbox"/>
	Preferente ¹ <input type="checkbox"/>	Vidas conjuntas <input type="checkbox"/>	Cuenta persona especial de ahorro (deducible) <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada básica \$		Deberás llenar tu solicitud por separado	

Beneficios adicionales

Invalidéz Total y Permanente	EP <input type="checkbox"/>	PASI <input type="checkbox"/>	\$	EP: Exención de pago de primas por Invalidéz Total y Permanente PASI: Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidéz Total y Permanente	
Muerte Accidental ²	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

¹ Riesgo preferente solo puede ser seleccionado para los planes TempoLife y FlexiLife Sueños.

² Los beneficios por Muerte Accidental son excluyentes entre sí.

7 de 16

16. 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"/>				7. Frecuencia: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/>				8. ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>				Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>							
				Otro: _____							
17. 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"/>									
<p>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 _____</p> <p>¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos ¿Cuál es tu estatura? _____ metros</p> <p>¿Has aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Kilogramos aumentados _____ Kilogramos disminuidos _____</p> <p>Nombre del médico que acostumbras consultar: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Teléfono: () _____</p>											
18. 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2. ¿En los últimos 5 años has consultado a algún médico?										Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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

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

19. 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

20. 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			

9 de 16

21. 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? _____

22. 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

23. 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.

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 de correo electrónico antes señalado. Sí ☐ No ☐

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.

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 o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad.

IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos. Si deseas que tus datos no sean tratados 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, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla ☐.

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, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla ☐.

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.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328 7000, lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, 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 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 la cláusula de Aviso de privacidad se encuentra registrada a partir del día 2 de junio de 2016, con el número CGEN-S0034-0069-2016.

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:	\$

Compañía	Cesión	Retención	Contratos	Facultativo	Dictamen

Revisó (nombre y firma)

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.



MetLife México, S.A.

**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 ☐

La notificación de los cambios a la normatividad en materia de seguros. Sí ☐ No ☐

Expresamente solicito y autorizo que me manden vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información relativa. Sí ☐ No ☐ , a la siguiente dirección: _____@_____

Nombre

Firma

Fecha

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: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

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.

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 21 de abril del 2015, con el número RESP-S0034-0402-2015, en tanto que el folleto de información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios bajo el registro número RESP-S0034-0049-2015 de fecha 23 de marzo de 2015 / CONDUSEF-G-00078001.

Atentamente

MetLife México, S.A.

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, 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 documento anexo te estamos entregando folleto que establece los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro.

