

# 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

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 matern	10	Nombre(s)	
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	Colonia
Código postal Alcaldía		Estado	Població	ón
País	Estado civil			
Clave Única de Registro de Población		Registro Fede	eral de Contribuyentes	
@.		-	•	
Correo electrónico		Te	léfono	
Autorizo recibir información y documentac Document Format) u otro formato electrón				
Información del Contratante (persona fi	ísica)			
Lugar de nacimiento	Fecha de nacir	niento	Sexo: Mascul	ino Femenino
Ciudad / Población Estado / Provincia		País	Naciona	lidad(es)
Identificación oficial vigente / emisor				
vigente Relaciones Institut Exteriores de las	afiliación al	cédula profesional Secretaría de ducación Pública	Certificado de matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de residencia temporal o permanente Instituto Nacional de Migración
Número de identificación:				
Datos del contacto				
Teléfonos de contacto				
Domicilio	Oficina / Trabaj	0	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

IG-1-002 VER. 20 1 de 13

Información labora	al y financiera			
Ocupación				
Empleado activo Ama de casa	Profesional indepe	endiente Comerciante Dtro	Jubilado	
Ingreso total mensi	_			
_				
	ncia o entidad donde pr			
Actividad o giro de		restas tus servicios u ocupad	ción:	
Industrial Origen de recurso	s	• • —	Gobierno Otro	Especifica:
		aval)		
Informacion del Co	ontratante (persona m	oral)		
Denominación o raz		Folio mercantil	(empresa nacional	)
Giro mercantil, activ	ridad u objeto social			
		entante legal, administradores, aciones de seguros para empre		Nacionalidad
Apellido paterno		Apellido materno	Nomb	pre(s)
Apellido paterno		Apellido materno	Nomb	pre(s)
Apellido paterno		Apellido materno	Nomb	pre(s)
Domicilio y datos	de contacto de la em	presa		
Calle / Avenida			Número ex	xterior Número interior
Colonia / Barrio	Ciudad	l / Población	Municipio / Alc	
Entidad federativa		<u> </u>	Código postal	Zona fronteriza? Sí No
Teléfonos de cont			oodigo pootai	
( )		( )		
(Lada) teléfono 1		(Lada) teléf	ono 2	
Correo electrónico:		@		
		on de mi seguro y en su caso la co equivalente, por medio del co		esultante en formato PDF (Portable tes señalado. Sí ☐ No ☐
Datos del solicitan	te titular (solo llenar s	si es diferente al Contratante	)	
Apellido paterno		Apellido materno	Nomb	pre(s)
Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	Colonia
Código postal	Alcaldía	Estado		Población
Nacionalidad		-stado civil		

Registro Federa	l de Contrik	ouyentes	Clave	Única de Re	egistro de Poblaci	ón	
Correo electróni	co	@		( (Lad	) la) teléfono		
		no mádicos mayo	was solisitado (sotos dato		,	tizoción)	
		a Asegurada	res solicitado (estos dato			lizacioni	
MédicaLife		la UMAM*	Deducible en pesos	Deducib	le en dólares	Coase	∍guro
Internacional			(Aplica para todos los planes)	(Solo aplic Inter	ca para el plan nacional)	10%	16%
Ejecutivo						12%	20%
Más						14%	25%
Básico						15%	30%
Práctico		dicar monto	Indicar monto	Indic	car monto		
*UMAM = Unidad		a de Actualización		muic	cai monto		
Coberturas adi	cionales						
Emergencia e	n el Extranj	ero Enfe	ermedades Catastróficas en Extranje		Incremento Sum	na Asegurada	
Fra	ınja Fronter	riza Re	enta Diaria por Hospitalizaci	ón 🗌	Indicar monto _		_M.N. <sup>3</sup>
	Vis	ión 📗	Incremento a Tabulador Honorarios Quirúrgic		Indicar porcenta	je	_%
N	/letDental P	Plus	Últimos Gast	os	Indicar monto		M.N. <sup>3</sup>
Reducción de	Deducible Accide		Muerte Acciden	tal	Indicar monto _	1	_ _M.N.³
Estudiante en			Protección Garantiza	da	Otra:		
Conver	sión Colect	tiva			Deducible a eleg		- versión
			<sup>2</sup> Debe haber por lo	menos 2 as	egurados en la po	óliza <sup>3</sup> Moneda	- a Nacional
Formas de page						<u> </u>	
las Instituciones	de Seguros	s, se hace constai	r General en Materia de Sar r que la falta de pago de prir 0 horas del último día del pl	na en los téi	rminos convenido		
Periodicidad de	pago: N	Mensual Trii	mestral Semestral	Anual			
Modo de pago:	[	Efectivo Carg	o automático a tarjeta de cré	dito / débito /	CLABE Día d	de cargo:	
En caso de sele	ccionar car	go automático, ind	dicar los instrumentos banca	rios de cobr	o y el orden:		
Información ba	ncaria						
()ncion i	emisor de a / CLABE		CLABE	С	Número d rédito		bito
1							
2							
3							

Datos de la	Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalle los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos)												
	Apellido	Apellido			Se	хо	Fech	a de naci	miento	Estado			Parentesco
Solicitante	paterno	materno	Nomb		M <sup>4</sup>	F <sup>5</sup>	Día	Mes	Año	civil	Naci	onalidad	con el titular
Titular													Titular
2													
3													
4													
5													
6													
				<u> </u>					J.	l	4	Masculino	, ⁵Femenino.
Informació	Información sobre tu ocupación												
Solicitante	Ocupación			Nombre de la				Antigüed la emp		Sueldo mensua		en tu oc de qı	s vehículos upación? ué tipo?
				Cilipicod							Sí	No	
	Profesionista												
Titular	Directive Empleade	H '	Otra										
	Detalle de la		Olla				Pá	gina wel	): :				
											<u> </u>		
	Profesionista												
2	Directive												
	Empleade Detaile de la		Otra										
		ocupacion.					Ра 	gina wel	o: 				
	Profesionista	a Inversi	onista										
	Directive	o Empre	esario										
3	Empleado		Otra										
	Detalle de la	ocupación:					Pá	gina wel	<b>o</b> :				
	Profesionista	a Inversi	onista										
4	Directive												
	Empleado	ο 🗌	Otra										
	Detalle de la	ocupación:	,				Página web:						

Información	sobre tu ocupación													
Solicitante	Ocupación		Nombi de la	G	iro de l mpresa		igüed empr		Sueld	lo	ent	tu oc	s vehíc upació é tipo?	n?
			empres	sa			Jp.			Sí	No			
5	Profesionista Inversi  Directivo Empre	onistaesario												
	Detalle de la ocupación:					Página	a web				1	l		
6	Profesionista Inversi Directivo Empre Empleado  Detalle de la ocupación:			ı	Página	a web								
Deportes v	/o aficiones - contestar pa	ra cada ur	no de los	solic	itantes									
.,,							Solici	tante						
		Titular		2		3			4		5		6	
Deportes y/o o hayas pra	o aficiones que practicas cticado													
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual)														
motociclism	tante: Si practicas alguno do, automovilismo, motonáula, caza, tienes licencia de p	tica, buceo,	artes ma	arciale	s, tiro a	ıl blan	co, eq							
Cuestionar	io general de hábitos - co	ntestar pai	ra cada ı	uno de	e los so	olicita	ntes							
En	caso de respuesta afirma	tiva,						Solic	itante					
	indica con una cruz			ular		2		3	4			5	_	6
	¿Fumas?		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Tabaco	¿Desde cuándo?													
	Cantidad diaria													
	¿Haces uso de bebidas a	ilcohólicas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Bebidas	¿Desde cuándo?													
alcohólicas	Frecuencia y cantidad													
	Tipo de bebida													
	¿Cuál es tu peso?													
Door	¿Cuál es tu estatura?													
Peso y estatura	¿Has aumentado o dismi de 5 kilogramos en el últi		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
	Causa del cambio en pes										•			

Historia familiar (deberá contestarlo e	l soli	citant	e titu	lar y el	cónyu	ge o co	ncubii	na(o))						
Solicitante titula	r						С	ónyug	e / Con	cubir	a(o)			
Indica con una cruz si tus	Ma	dre	Pa	dre	Indica	con u	na cruz	z si tus	;		Ма	dre	Pa	dre
padres han padecido:	Sí	No	Sí	No	padre	s han p	oadeci	do:			Sí	No	Sí	No
Insuficiencia renal					Insuficiencia renal									
Afecciones cardiacas					Afecci	ones ca	ardiaca	S						
Hipertensión arterial					Hipert	ensión	arterial							
Diabetes					Diabet	tes								
Epilepsia					Epilep	sia								
Cáncer					Cánce	er								
Afección coronaria					Afecci	ón coro	naria							
Afección congénita					Afecci	ón con	génita							
Afección reumática					Afecci	ón reun	nática							
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales					Demei menta	ncia, es les	squizofr	enia o	trastorn	nos				
Cuestionario médico - contestar para	cada	uno	de los	solici	tantes									
·	Т						Solic	itante			_			
En caso de respuesta afirmativa,		Titu	lar		2		3		4		5			 6
indicar con una cruz.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	N	0	Si	No
1. ¿Padeces o has padecido molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguínea como anemia, presión arterial, afecciones cardiacas, hipertensión arterial, embolia o trombosis?	S													
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 insuficiencia renal?	0													
5. ¿Has padecido o padeces diabetes?														
6. ¿Has padecido o padeces hipertiroidismo?														
7. ¿Has padecido o padeces alteraciones del colesterol o triglicéridos	s?													
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?	e													
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 médic	o - contestar p	ara cad	la uno	de los	solicita	antes								
								Solic	itante					
En caso de resp	puesta afirmativ on una cruz.	va,	Tite	ular		2	;	3		4	,	5		3
maicai cc	on ana craz.		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
13. ¿Tienes pendie intervención quirúrg														
14. Durante el últim practicado los sigui (no check-up) a) electrocardio b) pruebas de la c) radiografías, resonancia mag	entes estudios? gramas aboratorio ultrasonidos,	an												
15. ¿Padeces o se Síndrome de Inmur Adquirida?		ado												
16. ¿Has padecido enfermedades de tr En caso de respues especificar el tipo d Por ejemplo: hepati														
17. ¿Has padecido afección, enfermeda las señaladas ant	ad o lesión difere													
Preguntas solo pa	ra mujeres		•	•	•	•				•				
18. ¿Padeces o has enfermedades en lo matriz y/o en las ma anormalmente?	os ovarios y/o en													
19. ¿Se te ha practicesárea?	icado operación													
20. ¿Actualmente e embarazada? En ca respuesta afirmativa los meses de emba	aso de a, indicar	Meses												
En caso de respues	stas afirmativas	, favor	de am	pliar la	inform	ación	utilizar	ndo la s	siguien	te tabl	a:			
Solicitante	Número de pregunta	ı	Enferm	edad o	afecci	ón		echa d gnósti			Esta	do actu	ıal	

# 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.

Titular    Dia   Mes   Año   Compania   de póliza   Solicitante   Dia   Mes   Año   Compania   de póliza	0 - 11 - 14 4 -	An	tigüed	lad	0 21-	Número	Caliaitanta	Aı	ntigüe	dad	0 ~ / -	Número
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?	Solicitante	Día	Mes	Año	Compañía	de póliza	Solicitante	Día	Mes	Año	Compañía	de póliza
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?  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?  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?  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?	Titular						4					
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	2						5					
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?  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?	3						6					
¿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?	Anexo 2 - D	atos o	comple	ement	arios artículo 49	92 de la Ley d	e Institucion	es de	Segur	os y de	Fianzas	
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?  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?  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?	Declaracion	nes pe	rsona	s físic	as (campos obl	igatorios)						
¿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?  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?	¿Actúas por	cuenta	a de un	tercer	·o?						Sí [	No 🗌
tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o extranjero?  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?	En caso de	respue	sta po	sitiva,	requisitar el form	ato 2 para pro	pietario real					
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?	En caso de dependiente	cónyuç respue s ecor respue	ge) fundesta pos nómico esta po	ciones sitiva y s	públicas destaca y ser de nacional a la pregunta an	das en territorio	nacional o e la mexicana, r:	xtranje	ero?		Sí 2 2 para tu cónyu	ige y
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?	En caso de	resnue	esta no	eitiva r	equisitar el form	ato 4 nara soc	iedades o así	ociacio	nes re	laciona	das	
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?		-				uto i pala occ		00100.	71100 13	14010115		
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?					•	en territorio na	acional:					
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?	Declaracion	es Per	sonas	mora	les (campos ob	ligatorios)						
En caso de respuesta positiva, llenar las secciones de estructura corporativa y accionistas del formato 4	Dentro de la cónyuge(s) o cónyuge) de	compo famili sempe	osición iar(es)	accio (tales	naria de la perso como padres, he	ona moral, ¿alg ermanos, abue	los, hijos, nie	tos de	l accio	nista o	del	No 🗌
	En caso de r	espue	sta pos	sitiva, I	lenar las seccior	nes de estructu	ıra corporativ	a y ac	cionista	as del fo	ormato 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%.

						_	
N	úmero de accionistas (	(personas físicas)					aje de participación el capital social
1.							<b>%</b>
	Nombre(s)	Apellido paterno	o Apellido mat	erno	Nacior	nalidad	
2.							%
	Nombre(s)	Apellido patern	o Apellido mat	erno	Nacion	nalidad	
N	úmero de accionistas (	(personas morales)					
1.							%
•	Denominación o Razór	n social			Nacior	nalidad	
2.							%
	Denominación o Razón	social			Nacion	nalidad	
ac		empresa, o a los mier	mbros de su consejo		ninistrac	osea dicho porcentaje, de ión, o bien aquella perso Administrador Único / Miembro del consejo de administración	
1.						_	
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacion	alidad		
2.						_	
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacion	alidad		
pe úr E	ersona moral como princ nico o en su caso, (iii) de	cipal accionista, adjun e los Miembros del Co nás de dos personas o	itar la identificación onsejo de Administra con el carácter de p	oficial do ación. ropietari	e los (i) p os reale:	ción, en caso de haber d propietarios reales, o (ii) s, miembros del consejo n en el formato 4.	administrador

#### 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 o transferidos con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios. V. Transferencia de datos. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para 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 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 firm	ar)							
De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Se del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal d inteligencia de que la declaración inexacta o pérdida de los derechos del Asegurado o de	como los conoz falsa declaraci	zca o deba de conocer er ión de los hechos importa	n el momento de firma antes que se le pregur	r el mismo, en la Iten podría originar la					
Enterado de lo que antecede y para efecto d examen médico por cuenta de MetLife Méxic que me hayan asistido o examinado, a los ho cualquier enfermedad, para que proporcione todos los datos de enfermedades anteriores, en este caso, aceptando que se proporcione requerida al momento de presentar mi solicit México, S.A. lo considere oportuno.	co, S.A., si esta ospitales o clín en a MetLife Mé . Para tal efecto a MetLife Méx	a lo estima conveniente. A icas a los que haya ingre exico, S.A. todos los infor o, relevo a las personas a tico, S.A. los datos menci	Además autorizo a los sado para diagnóstico mes que se refieren a arriba mencionadas de onados. Esta informad	médicos o personas o tratamiento de mi salud, inclusive el secreto profesional ción puede ser					
Este documento sólo constituye u alguna de que la misma será acept la aceptación concuerde totalment	tada por la e	empresa de seguros	s, ni de que, en ca	nta garantía aso de aceptarse,					
Consiento y autorizo que mis datos personal titulares, sean tratados conforme a lo previst	es, patrimonial o en el aviso d	es o financieros y sensib e privacidad.	les, o los que haya pro	oporcionado de otros					
Previa 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 o	que se propone	e. Sí 🗌 No 🗌							
La información de los derechos básicos de l	los contratante	s, asegurados y beneficia	arios. Sí 🗌 No 🗌						
Con la firma de la presente solicitud, manifi concepto de pago de prima o cualquier otra			idades que ingresé a	MetLife, ya sea por					
Lugar y fecha en que se firma	Firma del Co	ntratante	Firma del solici	tante titular					
En caso de minoría de edad del soli	citante titular,	se requiere el nombre	y la firma de su rep	resentante legal.					
Nambra da ramasantanta la cal	Deventors	valación con el calicidad	Firms dal same	- outouto lo vol					
Nombre de representante legal		relación con el solicitant	e Firma del repre	senianie legal					
Información del agente (para aspetos inte		• •	<b>D</b> ( )	<b>.</b>					
Nombre de agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación					
Nombre del promotor	Clave de	promotor	Sucursal						
Correo electrónico del promotor		Correo electrónico							

1. ¿Cuánto	tiempo hace que conoc	es al solicitante	e?				
-	sta que el cliente llenó y						
-	iendas al solicitante y su			oecto saludat	ole como por su moralid	ad,	Sí 🗌 No 🗌
•	es algún hecho en contra	adicción con las	s respuestas o	del solicitante	<del>?</del> ?		
-	de responder afirmativa		•				
o. <u>-</u> o					•		
	Nombre de quie	n revisó			Firma de quie	n revisó	
alcance rea	es de seguros deberán ir al de su cobertura y form ones de Seguros y de F	na de conservar	era amplia y la o darla por	detallada a q r terminada, a	uien pretenda contratar así como se menciona e	un seguro, sob en el artículo 96	re el de la Ley
edad como porque las u otros caro La designa edad de ell una obligad	ia: En el caso de que se representante de los me legislaciones civiles pre gos similares y no consición que se hiciera de u os, legalmente puede in ción moral, pues la designado de disponer de la S	enores para efevienen la forma deran al contrat n mayor de eda nplicar que se r gnación que se	ecto de que, en que debe de en que debe do de seguro de ad como repre dombra benefi hace de bene	en su represe en designarse como el instre esentante de iciario al may	entación, cobre la indem e tutores, albaceas, repr umento adecuado para menores beneficiarios, vor de edad quien, en to	nización. Lo an esentantes de l tales designaci durante la mino do caso, solo te	nterior, herederos ones. oría de endría
Beneficiario	os de la cobertura Mue	rte 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			%
			%				%
Beneficiari	os de la cobertura Últir	mos Gastos	76				70
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 identificacion	ón de beneficiario	o(s) de	coberturas Mue	erte Accidental	y Últimos G	astos	
Beneficiario 1							
Apellido paterno	Apellido materno			Nombre(s)			
Fecha de nacimiento		Calle			Número ex	terior	Número interior
Colonia	Municipio / Alcald	lía	Código postal	Ciudad / Pobla	ción	Estado	
Beneficiario 2							
Apellido paterno	Apellido materno			Nombre(s)			
Fecha de nacimiento	-	Calle			Número ex	terior	Número interior
Colonia	Municipio / Alcald	lía	Código postal	Ciudad / Pobla	ción	Estado	
Beneficiario 3							
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)				
Fecha de nacimiento		Calle			Número ex	kterior	Número interior
Colonia	Municipio / Alcalo	día	Código postal	Ciudad / Pobla	ción	Estado	
Beneficiario 4							
Apellido paterno		Apel	llido materno		Nombre	e(s)	
Fecha de nacimiento		Calle			Número ex	kterior	Número interior
Colonia	Municipio / Alcalo	día	Código postal	Ciudad / Pobla	ción	Estado	
Beneficiario 5							
Apellido paterno	Apellido materno		Nombre(s)				
Fecha de nacimiento		Calle			Número ex	terior	Número interior
Colonia	Municipio / Alcald	lía	Código postal	Ciudad / Pobla	ción	Estado	

Beneficiario 6						
Apellido paterno	Apellido materno			Nombre(s)		
Fecha de nacimiento	Ca	Calle		Número exterior		Número interior
Colonia	Municipio / Alcaldía	Código postal	Ciudad / Pok	olación	Estado	
Domicilio de país de	origen (sólo para el	caso de solicitante	s extranjeros	)		
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Calle				Número e	exterior	Número interior
Colonia		Código postal	País		Estado	
Nota: Se considera fi un país extranjero o e funcionarios guberna miembros importante	en territorio nacional, o mentales, judiciales o	considerando, entre d militares de alta jera	otros, a los jefe	es de estado	o de gobierr	
UNE de MetLife (Uni	dad Especializada d	e la Aseguradora)				
Para cualquier duda o o en nuestro portal wv		contáctanos en el telé	fono 555328 7	000, lada sin	costo 800 0	0 METLIFE (638 5433)
En caso de inconformi o lada sin costo en el Insurgentes Sur núme Código postal 03920.	800-907-1111, en el co	orreo electrónico unid	adespecializad	da@metlife.c	om.mx o en	la dirección Avenida
También puedes conta (CONDUSEF) en los t y/o en la dirección Ave México o en su portal	eléfonos 555340-0999 enida Insurgentes Sur	o lada sin costo 800 762, Colonia del Vall	-999-8080, en	el correo ele	ctrónico ases	soria@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 13 de julio de 2021, con número CNSF-S0034-0261-2021 / CONDUSEF-004961-01. 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 noviembro, bajo el PESP 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 o bien, en cualquiera de nuestros centros de servicio.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

## Ciudad de México:

- Reforma: Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- Guadalajara: Ávenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan, Jalisco.
- Monterrey: Calzada del Valle número 120 oriente, planta baja, Colonia del Valle, Código postal 66220, San Pedro Garza García. Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.

# Atentamente

## MetLife México, S.A.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 29 de abril de 2015, con número RESP-S0034-0414-2015 / CONDUSEF-G-001280-01.