

## Solicitud de cambios para pólizas de gastos médicos mayores individual

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)

| Datos generales del Contratante (es quien paga la prima)   |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| Lugar y fecha  | Número de póliza   | Registro Federal de Contribuyentes |
| Apellido paterno   | Apellido materno   | Nombre(s)                          |
| Teléfono   | Correo electrónico   |                                    |
| <b>El que suscribe como Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife México, S.A. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:</b> |  |                                    |
| <b>Señala el o los trámites a efectuar:</b>  |  |                                    |
| <b>OI cambios sin afectación GMM (anexar formato 5** - actualización de información)</b>   | <b>OI Cambios con afectación</b>   |                                    |
| Modificación de nombre y apellidos**   | Cambio de forma de pago  |                                    |
| Cambio de Contratante (anexar formato 5 actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)**  | Reconsideración de dictamen  |                                    |
| Cambio de domicilio**  | Inclusión o exclusión de extraprimas   |                                    |
| Corrección Registro Federal de Contribuyentes**  | Inclusión o exclusión de coberturas (otros)  |                                    |
| Cambio de beneficiario cobertura Muerte Accidental y últimos gastos (anexar formato identificación de beneficiarios)   | Inclusión o exclusión de asegurados  |                                    |
| Duplicado de póliza  | <b>OI Rescates, retiros y cancelaciones</b>  |                                    |
| Duplicado de recibo  | Cancelación de póliza  |                                    |
| Duplicado de endoso  | <b>OI Cob solicitud de cheques</b>   |                                    |
| Cambio clave de agente   | Devolución de primas   |                                    |
| Reconocimiento de antigüedad gastos médicos mayores  | <b>OI Aclaración de pagos</b>  |                                    |
| Actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas   | Aclaración de pagos  |                                    |
| Cambio en autorización de envío de documentación contractual vía correo electrónico  | <b>OI Cob solicitud de aplicación de pagos</b>   |                                    |
| <b>OI Rehabilitación (anexar solicitud de rehabilitación)</b>  | Aplicación de prima  |                                    |
| Rehabilitación*  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Los cambios solicitados serán afectados por la tarifa vigente a la fecha del cambio</li> <li>En caso de existir algún siniestro, la aceptación de la solicitud quedará sujeta a valoración</li> </ul> |                                    |
| <b>OI cambio de conducto de cobro (anexar formato instrucción de pago de prima con cuenta CLABE o tarjeta de crédito / débito)</b>   |  |                                    |
| Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito y débito*   |  |                                    |
| Cambio de conducto de cobro a CLABE Interbancaria*   |  |                                    |
| Cambio de conducto de cobro  |  |                                    |

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555328 7000, Lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433), [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

**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 \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_. 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 las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife México, S.A. 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](http://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.

**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)

| Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación | Clave del agente                                     | Sucursal | Clave y nombre de la promotoría o corredor | Correo electrónico del promotor o corredor |
|---|--|----------|--|--|
|   |  |          |  |  |
| Firma del Asegurado                                     | Correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante |          | Firma del Contratante                      |  |
|   |  |          |  |  |