

Solicitud de Pago - Seguro Separación Individualizado (SSI)



d

d

m

m

a

a

Fecha de la solicitud

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.
Lugar de elaboración de la Solicitud _____

MARQUE EL TRÁMITE SOLICITADO

☐ Pago de Suma Asegurada Total

☐ Rescate Aportaciones Voluntarias

\$ _____

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Número de Cuenta _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

R.F.C.

C.U.R.P.

Lugar de Nacimiento

Ciudad o Población

Estado o Provincia

País

Nacionalidad

Género: Masculino

☐

Femenino

☐

Estado Civil: Soltero

☐

Casado

☐

Fecha de Nacimiento

☐ Credencial para votar IFE

☐ Pasaporte
Secretaría de Relaciones Exteriores

☐ Tarjeta de afiliación al
Instituto Nacional de las Personas
Adultas Mayores

☐ Cédula Profesional
Secretaría de Educación Pública

☐ Certificado de Matrícula Consular
Secretaría de Relaciones Exteriores

☐ Forma migratoria inmigrante (FM2)
Forma migratoria No inmigrante (FM3)
Credencial de inmigrado
Instituto Nacional de Migración

Identificación Oficial
Vigente - Emisor

¿Es usted Contribuyente de impuestos en E.U.A?

☐ SI

☐ NO

Social Security Number (SSN)
(requisitar para contribuyentes de
impuestos en E.U.A)

Número de Identificación: _____

Profesión u Ocupación actual _____ Centro de Trabajo _____

¿Desempeña o ha desempeñado usted, su cónyuge o un familiar por consanguinidad o afinidad de hasta segundo grado funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Se considera Persona Políticamente Expuesta, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

☐ SI

☐ NO

En caso de respuesta positiva y ser extranjero requisitar el formato ART. 140 para cónyuge y dependientes económicos.

DATOS DE CONTACTO DEL ASEGURADO

Domicilio Particular

Calle / Avenida

No. Exterior

No. Interior

Colonia / Barrio

Ciudad / Población

Municipio / Delegación

Entidad Federativa

País

C.P.

¿Zona
Fronteriza?

☐ SI

☐ NO

MetLife México, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel: 5328-7000, Lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433) www.metlife.com.mx

GV-1-025 VER.1

Solicitud de Pago - Seguro Separación Individualizado (SSI)



Teléfonos de contacto

Domicilio

Oficina / Trabajo

Celular

Correo Electrónico @

AVISO DE PRIVACIDAD METLIFE

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A. (en lo sucesivo “MetLife”), se encuentra ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F.

II. FINALIDADES. Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios financieros. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos patrimoniales o financieros, y datos sensibles (ejemplo: estado de salud).

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. Para conocer los requisitos y plazos puedes visitar nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada.

IV. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS PERSONALES. Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o servicios puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad el cual encontrarás en el vínculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx.

V. TRANSFERENCIA DE DATOS. Podremos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para cumplir las finalidades previstas en este aviso de privacidad.

VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD. Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad puedes ingresar a nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

MODO DE PAGO

Caja: Centros de Servicio Promotoría Zona

Garantía de Administración Patrimonial FlexiLife Inversión Otro producto de inversión o ahorro Póliza No.

Dependiendo del conducto de pago elegido, a partir del momento en que se reciba el pago, depósito en cuenta o se aplique en la póliza de GAP u otro producto de inversión o ahorro indicado, se otorga a MetLife México, S.A. el mas amplio finiquito que en derecho proceda.

CHECK LIST DE DOCUMENTOS

- Solicitud de Pago Seguro de Separación Individualizado (SSI)
- Comprobante de Domicilio*
- Identificación Oficial Vigente
- Último Talón de Pago con descuento
- Baja Original de la Dependencia**

* Recibo de luz, teléfono fijo, predial, agua, gas natural, estado de cuenta bancario no mayores a 3 meses de antigüedad
** Solo en caso de Pago de Suma asegurada Total

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar los datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a informarles lo anterior, así como los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Nombre y Firma del responsable de cotejar la documentación del Solicitante Firma del Solicitante

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0034-0057-2012 de fecha 19/09/2012.