

Solicitud de seguro MetaLife

Número de solicitud CP DES*: _____

Número de solicitud: _____

La presente solicitud 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, ¿El solicitante es el mismo que el Contratante? Sí ☐ No ☐
En caso de ser la misma persona no debería llenar la sección de solicitante.

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"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		
	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>			
Tipo de identificación oficial vigente _____	Número de identificación _____	Emisor de identificación _____	País de nacimiento _____		
Estado / Provincia _____	Ciudad / Población _____	Nacionalidad(es) _____	Correo electrónico _____		

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 del correo electrónico antes señalado. Sí ☐ No ☐

2. Domicilio y datos del Contratante persona física

Domicilio particular

Calle / Avenida _____	Número exterior _____	Número interior _____	Código postal _____
Colonia / Barrio _____	Municipio / Alcaldía _____		
Estado _____	País _____		

Teléfonos

() _____	() _____
Particular	Móvil

3. Ocupación del Contratante persona física

Ocupación o profesión _____

Detalle de la ocupación o profesión _____

Nombre de la empresa donde laboras _____

Actividad o giro de la empresa _____

Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____

***La abreviatura "CP DES" es un sistema informático con información para uso interno de MetLife.**

4. Datos generales del Contratante persona moral

Denominación o razón social _____

Nombre comercial _____

--	--	--

Fecha de constitución: | |
Día Mes Año

Nacionalidad _____

Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexicana)

Sector económico:

Industrial ☐ Gobierno ☐ Servicios ☐ Actividades agropecuarias ☐ Otro ☐ Especificar:

5. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona moral

Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	Código postal
-----------------	-----------------	-----------------	---------------

Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____

Estado País

Nombre del contacto	Posición / Puesto	Teléfono del contacto
---------------------	-------------------	-----------------------

() @

Teléfono	Extensión	Correo electrónico laboral
----------	-----------	----------------------------

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 del correo electrónico antes señalado. Sí ☐ No ☐

6. 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
-----------	------------------	------------------

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 respuesta positiva, llenar las secciones de estructura corporativa y accionistas del formato 4.

7. Datos generales del solicitante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
-----------	------------------	------------------

Fecha de nacimiento:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div>
	Día	Mes	Año	Edad	Registro Federal de Contribuyentes		Clave Única de Registro de Población

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐

Unión libre ☐ Viudo(a) ☐

País de nacimiento	Estado / Provincia	Ciudad / Población	Nacionalidad(es)
--------------------	--------------------	--------------------	------------------

8. Domicilio y datos de contacto del solicitante**Domicilio particular**

Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	Código postal
Colonia / Barrio	Municipio / Alcaldía		
Estado	País		
Teléfonos			
()			@
Particular	Móvil	Correo electrónico	

9. Ocupación del solicitante

Ocupación o profesión _____

Detalle de la ocupación o profesión _____

Nombre de la empresa donde laboras _____

Actividad o giro de la empresa _____

Ingreso bruto mensual aproximado (pesos) \$ _____

¿Tienes alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____ Monto de ingreso mensual adicional _____

10. Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas y/o maquinarias pesadas? Sí ☐ No ☐

2. ¿Trabajas en lugares subterráneos, plataformas petroleras o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____

11. Beneficiarios del solicitante

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.

Número	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Domicilio particular completo:					
2						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	Domicilio particular completo:					
3						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
	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. Formas de pago

Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐
Modo de pago: Efectivo ☐ Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE ☐ Día de cargo: _____
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	
			Crédito <input type="checkbox"/>	Débito <input type="checkbox"/>
1				
2				
3				

Autorizo a MetLife, me contacte a través de los siguientes medios (seleccionar una opción):
Mensaje de texto ☐ Llamada ☐ Día y horario de contacto: _____ Correo electrónico ☐

13. Perfil transaccional

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales		
Monto aproximado de transacciones anuales (en Moneda Nacional)	\$	\$

14. Declaraciones

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo indica: País(es) _____ Número de identificación fiscal del/ los país(es) _____
¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas? (persona políticamente expuesta) Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva, a la pregunta anterior y ser de nacionalidad extranjera, llenar formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos y contestar lo siguiente:

En caso de ser extranjero, o tener residencia en el extranjero, especifica las razones para contratar un seguro en territorio nacional:

¿Eres accionista (vínculo patrimonial) de alguna sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 4 para sociedades y asociaciones relacionadas

¿Actúas por cuenta de un tercero? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 2 para propietario real.

¿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.

En caso de ser persona moral, se deberán llenar los formatos de identificación de residencia fiscal (W8 BENE o W9) y tipo de entidad (CRS).

15. Otros seguros de vida del solicitante

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.

¿Estas asegurado actualmente en otra compañía? Sí ☐ No ☐

Favor de indicar Suma Asegurada acumulada total en Moneda Nacional \$ _____

16. Datos del plan

Moneda: Nacional ☐ Dólares ☐ Cobertura **A** ☐ **B** ☐

Empaquetamiento: Educación ☐ Mujer ☐ Tu futuro ☐ Retiro ☐

Cobertura básica: Suma Asegurada \$ _____ Meta de ahorro _____ Años _____

Beneficios adicionales

Invalidez Total y Permanente

☐ EP: Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente

☐ PASI: Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente

Muerte Accidental

☐ IMA: Indemnización por Muerte Accidental

☐ IMAPO: Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas

☐ DIMAPO: Doble Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas

Otros

☐ GE: Graves Enfermedades (Suma Asegurada es de 3,000,000 pesos o 230,000 dólares)

☒ ET: Enfermedad en fase Terminal

En caso de sumas aseguradas mayores a \$6,000,000 de pesos o equivalente en dólares, favor de llenar el formato financiero adicional.

Prima adicional anual y/o aportaciones anual programada	Distribución en fondos	*PPR	**CPEA
\$ _____	<div>% %</div> <div>Fijo Variable</div>	<div>% %</div> <div>Fijo Variable</div>	<div>% %</div> <div>Fijo Variable</div>

* Plan Personal de Retiro

** Cuenta Personal Especial para el Ahorro

17. Aviación, deportes y/o aficiones del solicitante

1. ¿Vuelas como piloto o pasajero en líneas o aeronaves privadas incluyendo helicóptero? Sí ☐ No ☐

2. ¿Utilizas motocicleta? Sí ☐ No ☐ Frecuencia _____ Cilindrada _____

3. En más de 5 veces al año, ¿Practicas automovilismo, vuelos no motorizados (paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor), o practicas caza, equitación, buceo, montañismo, lancha de motor, esquí de nieve, esquí acuático, corrida de toros o charrería o algún otro deporte o afición de alto riesgo o deportes extremos? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? _____

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, favor de llenar el cuestionario de aficiones y deportes.

1. ¿Fumas? (considerar cigarro electrónico) Sí ☐ No ☐ ¿Usas drogas o estimulantes? Sí ☐ No ☐

2. ¿Cuál es tu peso? _____ Kilogramos ¿Cuál es tu estatura? _____ Metros

3. ¿Has aumentado o disminuido más de 7 kilogramos de tu peso habitual en los últimos 12 meses? Sí ☐ No ☐

1. ¿Te ha sido diagnosticado o estas bajo seguimiento médico o en tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: presión arterial alta, hipertensión, diabetes, cardiovasculares, infarto al miocardio, insuficiencia renal, cáncer o tumor, SIDA, parálisis, paraplejia, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda), hígado, riñones, digestivo, próstata o matriz o consumes algún medicamento?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. En los últimos 10 años ¿Has estado hospitalizado o en urgencias por una operación, tratamiento o te han practicado estudios de laboratorio y/o gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc. (excepto check up o chequeos de rutina)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Tienes o has tenido algún padecimiento, condición, afección, cirugía y/o molestia física y/o enfermedad a parte de las ya mencionadas, así mismo has solicitado o percibido alguna indemnización por incapacidad de cualquier tipo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual

¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí ☐ No ☐

Nombre del agente	Clave	Promotoría	Participación

Firma del agente

21. 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.

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.

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.

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 ☐

Autorización para el caso de cargo automático de pago

En mi carácter de Contratante solicito y autorizo el cargo recurrente materia de esta autorización a la institución financiera emisora arriba señalada a fin de que, con base en el contrato que tengo celebrado con la misma y respecto del cual se me expidió la tarjeta de crédito y/o débito plenamente identificada con el número arriba citado, se sirva pagar por mi cuenta a MetLife México S. A., los cargos por los conceptos de pago de primas que se lleguen a detallar en la póliza respectiva, siempre y cuando esta solicitud de seguro sea aceptada en todos sus términos. Cada uno de los cargos se efectuará en la fecha de vencimiento de cada prima que corresponda.

Enterado de que es mi derecho revocar en cualquier momento la presente autorización, ya sea por conducto de la institución financiera o a través de MetLife mediante el formato respectivo, consciente de que es mi absoluta responsabilidad consultar la disponibilidad de la línea de crédito y/o saldo de la cuenta, así como las fechas de cobro y montos y su periodicidad futura, para efecto de la viabilidad los cargos recurrentes.

En caso de que por causas imputables al 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 pago de prima a tarjeta de crédito/débito/CLABE, no se haya efectuado el cargo a la cuenta indicada, y mientras la póliza se encuentre dentro del periodo de gracia, el Contratante 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.

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.

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.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

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

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

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

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 28 de enero de 2019, con número de registro CGEN-S0034-0117-2018/ CONDUSEF G-01052-001.

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 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:** Avenida 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 23 de marzo de 2015, con número RESP-S0034-0049-2015 / CONDUSEF-G-000780-01.