

Solicitud de seguro de gastos médicos mayores

MédicaLife Servidores Públicos

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)

Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)		
Calle / Avenida				Número exterior		Número interior		Colonia
Código postal		Delegación		Estado		Población		
País			Estado civil					
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Clave Única de Registro de Población				Registro Federal de Contribuyentes				
Correo electrónico			@			Teléfono móvil		Teléfono particular

Información del Contratante (persona física)

Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		<input type="text"/>		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Ciudad / Población		Estado / Provincia		País		Nacionalidad(es)	

Identificación oficial vigente / emisor

Credencial <input type="checkbox"/> para votar vigente	Pasaporte <input type="checkbox"/> Secretaría de Relaciones Exteriores	Tarjeta de <input type="checkbox"/> afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	Cédula profesional <input type="checkbox"/> Secretaría de Educación Pública	Certificado de <input type="checkbox"/> matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores	Forma Migratoria <input type="checkbox"/> Inmigrante (F.M.2) o No Inmigrante (F.M.3) Credencial del Inmigrado Instituto Nacional de Migración
--	---	--	---	--	--

Número de identificación: _____

Información laboral y financiera

Ocupación

Empleado activo ☐ Jubilado ☐ Otro ☐ _____

Ingreso total mensual aproximado \$ _____

Detalle de actividad, giro u ocupación: _____

Dependencia, entidad u organismo donde prestas o prestabas tus servicios: _____

Origen de recursos: _____

Datos del solicitante titular (solo llenar si es diferente al Contratante)

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Colonia

Código postal

Delegación

Estado

Población

País

Estado civil

Clave Única de Registro de Población

Registro Federal de Contribuyentes

Correo electrónico

@

Teléfono móvil

Teléfono particular

Datos del producto solicitado

Plan	Suma Asegurada en UMAM*	Deducible en pesos	Coberturas adicionales	Coaseguro
Ejecutivo <input type="checkbox"/>	Indicar monto (misma que aparece en la cotización)	\$10,000 <input type="checkbox"/>	Emergencia en el Extranjero <input checked="" type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>
Más <input type="checkbox"/>		\$15,000 <input type="checkbox"/>		15% <input type="checkbox"/>
Básico <input type="checkbox"/>		\$20,000 <input type="checkbox"/>		20% <input type="checkbox"/>

*UMAM = Unidad de Medida de Actualización Mensual

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 (número de tarjeta) Crédito <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/>
1		<div></div>	<div></div>
2		<div></div>	<div></div>

Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares, detalle los miembros solicitantes. (Solo dependientes económicos)												
Solicitante	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento			Estado civil	Nacionalidad	Parentesco con el titular	
				M ⁴	F ⁵	Día	Mes	Año				
Titular											Titular	
2												
3												
4												
5												
6												

⁴Masculino, ⁵Femenino.

Cuestionario de salud

	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Estatura:						
Peso:						

	Titular		Dep. 1		Dep. 2		Dep.3		Dep. 4		Dep. 5	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad hepática, mental, renal, neurológica, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, epilepsia, esclerosis múltiple, fiebre reumática, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, cáncer, leucemia, lupus, sanguínea, metabólica, musculo-esquelética, de tiroides, del sistema nervioso, tumores, crónica grave, alcoholismo y uso o adicciones a las drogas o tienes pendiente realizarte alguna intervención quirúrgica?												
2. ¿Has aumentado o disminuido más de 10 kilos de tu peso habitual en los últimos 12 meses?												
3. ¿Tienes otras enfermedades o padecimientos que deba conocer MetLife México, S.A?												

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 3, favor de ampliar la información utilizando la siguiente tabla:

Solicitante	Enfermedad o padecimiento	Fecha de diagnóstico	Estado actual
Titular			
Dependiente 1			

Solicitante	Enfermedad o padecimiento	Fecha de diagnóstico	Estado actual
Dependiente 2			
Dependiente 3			
Dependiente 4			
Dependiente 5			

El solicitante, en su calidad de proponente, deberá declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones de contratación, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación para el dependiente económico.

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.

Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza	Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Titular						3					
1						4					
2						5					

Anexo 2 - Datos complementarios artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Contratante propietario real

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

En caso de respuesta positiva, requisitar el formato 2 artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para propietario real

Para extranjeros o personas y/o familiares con actividades relacionadas a la función pública

¿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 extranjero, requisitar el formato 2 artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 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 artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas para sociedades o asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera:

Especifica las razones para efectuar un contrato en territorio nacional: _____

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero?

Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva, especifica: país(es)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Seguridad Social o Número de
Identificación de Impuestos

Aviso de privacidad de MetLife México, S.A

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México. **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.

Autorización

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

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 de los beneficiarios 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 esta 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 para la correcta evaluación de mi solicitud. Sí ☐ No ☐

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.

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.

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.

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 ☐

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingresé a MetLife, ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante titular

En caso de minoría de edad del solicitante titular, se requiere el nombre y la firma de su representante legal.

Nombre de representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

Firma del representante legal

Información del agente (para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Nombre de agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación

Nombre del promotor

Clave del promotor

Sucursal

Correo electrónico del promotor @ _____

Correo electrónico del agente @ _____

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____

2. ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? _____

Nombre de quien revisó

Firma de quien revisó

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 como se menciona en el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-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 Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México.

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, Delegación 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 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 4 de diciembre de 2018, con número CGEN-S0034-0120-2018 / G-01054-001. En tanto, que la cláusula de aviso de privacidad se encuentra registrada bajo el registro CGEN-S0034-0076-2016 de fecha 7 de junio de 2016.

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 29 de abril de 2015, con el número RESP-S0034-0401-2015, en tanto que el folleto de información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios bajo el registro número RESP-S0034-0414-2015 de fecha 29 de abril de 2015 / CONDUSEF-G-001280-02.

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.

¿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?

Es muy fácil...

Antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Solicitar a los agentes, o a los empleados y 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 de 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 de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima de 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 su Área Metropolitana el 5279 4542 y desde el Interior de la República el 01 800 640 2010.

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, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Insurgentes:** Avenida de los Insurgentes número 1738, planta baja, Colonia Florida, Código postal 01030, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.

Guadalajara: Pedro Moreno número 1677, PH 1, Colonia Americana, Código postal 44100, Guadalajara, 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.