

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 esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

Número de solicitud CP DES _____

Número de solicitud _____

1. Datos generales del Contratante persona física

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 Femenino **Estado civil:** Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

Lugar de nacimiento:

País _____

Estado / Provincia _____

Cuidad / Población _____

Nacionalidad(es) _____

2. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona física

Domicilio particular

Calle / Avenida _____

Número exterior _____

Número interior _____

Código Postal _____

Colonia / Barrio _____

Municipio / Delegación _____

Ciudad / Población _____

Estado _____

País _____

Teléfonos

() Particular _____

() Oficina / Laboral _____

Extensión _____

() Móvil _____

Correo electrónico

Personal _____ @ _____

Laboral _____ @ _____

3. Ocupación del Contratante

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____

Profesional independiente

Jubilado

Estudiante

Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____

Detalle de la ocupación o profesión _____

Sector económico

Denominación o Razón Social de la empresa o dependencia donde laboras _____

Industria Servicios Gobierno Actividades agropecuarias

Detalle giro mercantil, actividad u objeto Social _____

Otro Especificar _____**4. Forma 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 tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> débito <input type="checkbox"/>
1		_____	_____
2		_____	_____
3		_____	_____

5. Perfil transaccional (contestar solo en caso de solicitar un Plan Horizonte, PerfectLife o Productos Flexibles)

Indicar volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales	_____	_____
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$ _____	\$ _____

6. Declaraciones¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí No

En caso afirmativo indica.

País(es) _____

Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos _____

¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?

Sí No

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA, A LA PREGUNTA ANTERIOR Y SER DE NACIONALIDAD DISTINTA A LA MEXICANA O BIEN SER RESIDENTE EN EL EXTRANJERO Y SOLICITAR UN PLAN HORIZONTE, PERFECTLIFE O PRODUCTOS FLEXIBLES EN MONEDA EXTRANJERA, LLENAR EL FORMATO 2 PARA TU CÓNYUGE Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS Y CONTESTAR LA SIGUIENTE PREGUNTA:

¿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

En caso de tener nacionalidad extranjera o tener residencia en el extranjero, especifica las razones por las cuales es de tu interés la contratación de un seguro en territorio nacional:

¿Actúas por cuenta propia? Sí No

EN CASO DE RESPUESTA NEGATIVA, LLENAR EL FORMATO 2 PARA PROPIETARIO REAL

CONTESTAR EN CASO DE SOLICITAR UN PLAN HORIZONTE, PERFECTLIFE O PRODUCTOS FLEXIBLES

¿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

1. Datos generales del Contratante persona moral

Denominación o Razón Social

Nombre comercial

Registro Federal de Contribuyentes

Fecha de constitución

Día

Mes

Año

Nacionalidad

Folio mercantil (empresas de nacionalidad mexicana)

Sector económico

Industria Gobierno Servicios Actividades agropecuarias Otro Especificar _____

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social _____

2. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona moral

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Código Postal

Colonia / Barrio

Municipio / Delegación

Ciudad / Población

Estado

País

Teléfonos:

() () @
Teléfono 1 Teléfono 2 Correo electrónico personal

Nombre del contacto

Posición / Puesto

()
Teléfono del contacto

Extensión

@
Correo electrónico laboral

3. 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

4. Forma 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 tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> débito <input type="checkbox"/>
1		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3		<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Perfil transaccional (contestar solo en caso de solicitar un Plan Horizonte, PerfectLife o Productos Flexibles)

Indicar volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

6. Declaraciones

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí No País(es) _____ Número de Identificación de Impuestos _____

¿Países con los que tienes operaciones bajo la misma Razón Social? _____

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? Sí No

EN CASO DE RESPUESTA POSITIVA, LLENAR LAS SECCIONES COMPOSICIÓN ACCIONARIA Y ESTRUCTURA CORPORATIVA

Composición accionaria - principales accionistas

Número de accionista					Porcentaje de participación en el capital social
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	

Estructura corporativa - (especificar las funciones que mejor se adecuen a la estructura de la persona moral)

			Director-gerente general	Director-gerente ejecutivo	Gerente operativo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno			

7. El solicitante es:

¿El solicitante es el mismo que el Contratante? Sí No

En caso que el solicitante sea el mismo que el Contratante pasar a la sección beneficiarios del solicitante titular

8. Datos generales del solicitante titular

Nombre(s)		Apellido paterno				Apellido materno											
Fecha de nacimiento	_____ _____ _____	_____	_____	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"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>								
Lugar de nacimiento:																	
País			Estado / Provincia				Cuidad / Población			Nacionalidad(es)							

9. Domicilio y datos de contacto del solicitante titular

Calle / Avenida						Número exterior		Número interior			
Código Postal		Colonia / Barrio		Municipio / Delegación		Ciudad / Población					
Estado			País								
Teléfonos:											
()		()		@							
Teléfono 1		Teléfono 2		Correo electrónico personal							
Nombre del contacto			Posición / Puesto			()		Teléfono del contacto			Extensión
@						correo electrónico laboral					

10. Ocupación del solicitante titular

Empleado activo <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especificar _____		
Profesional independiente <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Ingreso mensual aproximado (pesos) \$ _____			
Detalle de la ocupación o profesión _____						
Denominación o Razón Social de la empresa o dependencia donde laboras _____			Sector económico			
Detalle giro mercantil, actividad u objeto social _____			Industria <input type="checkbox"/>		Servicios <input type="checkbox"/>	
			Gobierno <input type="checkbox"/>		Actividades agropecuarias <input type="checkbox"/>	
			Otro <input type="checkbox"/>		Especificar _____	

11. Beneficiarios del solicitante titular

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.

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje Participación	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)
1	Domicilio particular completo					
2	Domicilio particular completo					
3	Domicilio particular completo					
4	Domicilio particular completo					
5	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. Referencias (nombre tres personas no familiares que conozcan al solicitante y tengan teléfono)

Nombre completo	Correo electrónico	Teléfono

13. Detalles adicionales de la ocupación del solicitante

Población y estado del lugar de trabajo

Medio de transporte al lugar de trabajo: Auto Autobús Avión Tren Helicóptero

Lugar de trabajo: Calle Fábrica Oficina Taller Otro _____

Frecuencia de viajes: Quincenal Semanal Mensual Anual

14. Otros seguros de vida del solicitante titular

(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)

¿Estás asegurado con otras compañías en vida o accidentes personales? Sí No

Nombre de la compañía _____ Ramo _____ Número de póliza _____ \$ Suma Asegurada _____ Beneficios adicionales _____

¿Has sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía? Sí No

¿Cuál? _____

¿Estás solicitando actualmente otro seguro? Sí No \$ Suma Asegurada solicitada _____ Compañía _____

15. Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Trabajas con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Trabajas con animales no domésticos o peligrosos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Trabajas en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿Manejas, trabajas o das mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (excluir equipo de oficina)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Tu ocupación requiere que conduzcas algún tipo de vehículo? (excluir auto de uso particular)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. ¿Realizas actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿Realizas actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿Realizas investigaciones o manejas información que pueda poner en peligro tu integridad física?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (no incluir rentas o inversiones)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

Pregunta	Detalle

16. Moneda

Moneda Nacional Dólares UVAC's (Unidades de Valor Adquisitivo Constante)

Datos del plan

Plan	Riesgo <input type="checkbox"/>	Plazo de pago	Plan Horizonte MetLife
	Estándar <input type="checkbox"/>	Plazo de seguro	Retiro (no deducible) <input type="checkbox"/>
	Preferente ¹ <input type="checkbox"/>	Vidas conjuntas <input type="checkbox"/>	Cuenta Persona Especial de Ahorro (deducible) <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada básica \$ _____		Deberás llenar tu solicitud por separado	

Beneficios adicionales	Invalidez total y permanente EP <input type="checkbox"/> PASI <input type="checkbox"/> \$ _____	EP: Exención de Pago de primas por invalidez total y permanente PASI: Pago Anticipado de la Suma Asegurada por invalidez total y permanente
	Muerte accidental ² IMA <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> \$ _____	IMA: Indemnización por Muerte Accidental DI: Indemnización por Muerte accidental y pérdidas orgánicas TI: Triple Indemnización por muerte accidental y pérdidas orgánicas
	Otros GF <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> ET <input checked="" type="checkbox"/> \$ _____	GF: Gastos Funerarios GE: Graves Enfermedades ET: Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal

¹ Riesgo Preferente sólo puede ser seleccionado para los Planes TempoLife y FlexiLife Sueños

² Los beneficios por muerte accidental son excluyentes entre sí

17. Aviación, deportes y/o aficiones del solicitante titular

1. ¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Utilizas motocicleta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Vuelas aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo ¿Deseas cubrir el riesgo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿Practicas alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, tauromaquia o charrería?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Otros, ¿Cuál? _____ Sí No

En caso de que tu respuesta sea afirmativa llenar el cuestionario correspondiente

5. ¿Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado? _____

6. ¿Participas en competencias? Sí No
Amateur Profesional

7. Frecuencia: Diario Semanal
Quincenal Mensual
Otro: _____

8. ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí No

18. Cuestionario general y hábitos del solicitante titular

En la actualidad	Sí	No	Clase	Cantidad diaria	Frecuencia ¿Desde cuándo? (años)	¿Fumas?			Cantidad diaria	Frecuencia ¿Desde cuándo? (años)
						Sí	No	Clase		
¿Ingieres bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whisky <input type="checkbox"/>					Cigarros <input type="checkbox"/>		
			Cerveza <input type="checkbox"/>					Pipa <input type="checkbox"/>		
			Vino <input type="checkbox"/>					Puro <input type="checkbox"/>		
			Licor <input type="checkbox"/>					Otros <input type="checkbox"/>		
			Ron <input type="checkbox"/>							
			Brandy <input type="checkbox"/>							
			Tequila <input type="checkbox"/>							
			Otro <input type="checkbox"/>							
¿Usas drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Si en el pasado hiciste uso de uno o varios de estos productos indica fecha de inicio, fecha de término y causa por la cual se dejaron de consumir _____

¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos ¿Cuál es tu estatura? _____ metros

¿Has aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Sí No

Kilogramos aumentados _____ Kilogramos disminuidos _____

Nombre del médico que acostumbras consultar _____

Domicilio _____

Teléfono () _____

19. Cuestionario médico del solicitante titular (solo llenar cuando no se requiera examen médico, lo cual será indicado expresamente por MetLife)

1. ¿Tienes algún defecto visual o auditivo? Sí No
2. ¿En los últimos 5 años has consultado a algún médico? Sí No
3. ¿Estás sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico? Sí No
4. ¿En los últimos 2 años te han practicado alguna prueba especial de laboratorio? Sí No
5. ¿Has padecido o padeces alguna enfermedad infecciosa como hepatitis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, herpes, etc.? Sí No
6. ¿Has recibido transfusiones de sangre? Sí No
7. ¿Se te han practicado o tienes pendiente alguna intervención quirúrgica? Sí No
8. ¿Padeces o has padecido enfermedades del corazón, presión arterial alta, diabetes? Sí No
9. ¿Padeces enfermedades del sistema nervioso, tumores, o alguna otra enfermedad crónica grave? Sí No
10. ¿Has estado internado en alguna institución médica para estudios, observación, operación o tratamiento? Sí No
11. ¿Te han practicado estudios de gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc.? Sí No
12. ¿Te falta algún miembro, parte de él, tienes alguna deformidad, o sufres de parálisis de alguno de ellos? Sí No
13. ¿Has recibido tratamiento por alcoholismo o adicción de drogas? Sí No
14. ¿Otras enfermedades o padecimientos que deba conocer MetLife México, S.A? Sí No

Si el solicitante es mujer, contestar:¿Padeces o has padecido enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz? Sí No ¿Estás embarazada? Sí No Meses de embarazo _____**En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información**

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

20. Datos adicionales del Contratante, si el solicitante no tiene ingresos propios

Nombre completo de quien pagará las primas _____

Edad _____

¿Por cuánto está asegurado el contratante a favor del solicitante y en qué compañía? (contestar solo para Sumas Aseguradas mayores o iguales a 150,000 pesos o su equivalente en dólares y/o Unidad de Valor Adquisitivo Constante)

Si el Contratante no está asegurado, indica la causa _____

21. Historial médica familiar del solicitante titular

Parentesco con el solicitante titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Estado de salud	Causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hijos			

22. Favor de indicar si alguno de los ascendientes o descendientes directos del solicitante padecen o han padecido de:Diabetes Sí No Demencia Sí No Infarto al miocardio Sí No Epilepsia Sí No Cáncer Sí No

¿Quién o quiénes? _____

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

¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____

¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

¿Solicita tu cliente esta póliza para reemplazar

¿Con base en qué necesidades del solicitante se calculó

otra que tenga con MetLife México, S.A.? Sí No

la Suma Asegurada? _____

Nombre y apellido del promotor _____

Correo electrónico del promotor _____@_____

Nombre completo del administrativo de la promotoría _____

Correo electrónico del administrativo de la promotoría _____@_____ Teléfono _____

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente

Comisiones Niveladas (aplica para PerfectLife y Horizonte MetLife):

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. Asimismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentes o adversos en cualquier forma para las mismas.

Nombre y Firma del agente quien realizó la entrevista _____

Correo electrónico del agente _____@_____

Nota importante para el agente:

En caso de haber utilizado el recibo cobertura de esta solicitud, indicar

24. 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. MetLife México, S.A. efectuará cualquier pago derivado de la eventualidad prevista en el contrato de la siguiente forma:

En caso de pagos menores a 35 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el D.F.: MetLife México, S.A. efectuará cualquier pago derivado de este contrato al Asegurado, si éste se encuentra con vida o a sus beneficiarios en caso contrario, tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife México, S.A. pide en las formas correspondientes.

En caso de pagos mayores a 35 salarios mínimos generales mensuales vigentes en el D.F.: Se aplica la Garantía de Administración Patrimonial (GAP). Tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife México, S.A., pide en las formas correspondientes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, acreditando el importe correspondiente a cualquier pago derivado de este contrato, a una reserva, de la cual el Asegurado, si éste se encuentra con vida o sus beneficiarios en caso contrario, gozarán de liquidez total e inmediata, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

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.

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita.

Autorización para el caso de cargo automático de pago

Solicito y autorizo a la Institución Operadora antes señalada para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente, según corresponda, que tengo celebrado y respecto de los cuales me fue expedida la Tarjeta citada o en su caso el número de Tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado la Institución Operadora o la cuenta bancaria respectiva, se sirvan pagar por mi cuenta a MetLife México, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en la póliza suscrita con la citada Aseguradora. MetLife México, S.A. se obliga y es responsable de cumplir con: i) la información generada correcta y oportuna de los cargos al Tarjetahabiente o pagador. ii) de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a la Institución Operadora de toda reclamación que se generará por parte del Tarjetahabiente. Los cargos los podrá realizar MetLife México, S.A. por conducto de sus apoderados con facultades suficientes a través del servicio elegido y los depósitos se harán en la(s) cuenta(s) instruidas que la Aseguradora tiene contratadas con la Institución Operadora a través del mismo procedimiento o de cualquier otro que convengan a la Institución Operadora y a MetLife México, S.A. Cada uno de los cargos se efectuará en la fecha de vencimiento de cada prima que corresponda. En caso de que por causas imputables al Asegurado y/o 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 prima a tarjeta de Crédito/Débito/CLABE, el Asegurado y/o Contratante no advierta la realización del cargo a la cuenta indicada, y mientras la obligación del pago se encuentre dentro del plazo establecido para el pago de prima, 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. Los números de cuenta para el depósito bancario podrán ser obtenidos llamando al Call Center de la Aseguradora, accediendo a la página web de la Aseguradora o bien con su agente de seguros. Los pagos recibidos fuera del plazo establecido en el contrato de seguro no implica la continuidad de las coberturas contratadas. 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. Esta autorización estará vigente mientras no sea expresamente revocada por medio de un escrito firmado y dirigido a la Aseguradora, con 30 días naturales previos a la fecha de terminación de la vigencia de la autorización señalada. El suscrito expresamente libera a la Institución Operadora señalada, de toda responsabilidad que pudiera derivarse de los cargos que se efectúen con base en las presentes instrucciones.

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.

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 de correo electrónico antes señalado.

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.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

Nombre del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

En caso de minoría de edad del Solicitante, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.

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, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, México, Distrito Federal. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de éstas 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 esta, los utilizamos para identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, 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 servicio, 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 y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas 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.

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 unidad ESPECIALIZADA@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000 México, Distrito Federal.

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, México, Distrito Federal 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 07 de enero de 2016, con número CGEN-S0034-0013-2016. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0172-2015 de fecha 18 de agosto de 2015.

25. Información financiera (sólo contestar en Sumas Aseguradas mayores a \$6,000,000 de pesos o su equivalente)

La información financiera (confidencial) que proporciono, revela con absoluta veracidad mi situación actual.

Activos		Pasivos	
Efectivo en Bancos	\$	Documentos por pagar	\$
Acciones, bonos y valores	\$	Cuentas por pagar	\$
Cuentas por Cobrar	\$	Impuestos pendientes de pago	\$
Bienes Raíces	\$	Obligaciones Hipotecarias	\$
Automóvil, mobiliario, etc.	\$	Otros Pasivos (especifique)	\$
Otros Activos (especifique)	\$		
Activo Total:	\$	Pasivo Total:	\$
		Capital Total	\$

Distribución de reaseguro (información para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Compañía	Cesión	Retención	Contratos	Facultativo	Dictamen

Folio número _____

Revisó (nombre y firma) _____

Cobertura provisional (aplica para Asegurado propuesto mayor de 12 años y menor de 70 años)

Folio número _____

Fecha _____
Día Mes Año\$ _____
Suma Asegurada solicitada

Cobertura _____

Con motivo de la solicitud de seguro presentada en esta fecha por:

Por el hecho de haber presentado la solicitud de aseguramiento, el asegurado propuesto queda amparado por muerte accidental por una Suma Asegurada igual a la solicitada o hasta la cantidad equivalente a 200 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, la cantidad que resulte menor y durante un plazo no mayor a treinta días naturales contados a partir de la fecha de esta solicitud o antes, al notificarle la aceptación de su solicitud de seguro, lo que suceda primero.

Clave del agente_____
Nombre del agente_____
MetLife México, S.A.

Estimado Asegurado

Condiciones bajo las cuales se expide la cobertura provisional.

1. El periodo de esta cobertura es de 30 días naturales a partir de la fecha de firma de la solicitud o a la fecha en que tenga conocimiento de la aceptación de la solicitud, lo que suceda primero, por una Suma Asegurada igual a la solicitada o hasta la cantidad equivalente a 200 veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, la cantidad que resulte menor.
2. La edad del solicitante debe estar entre los 12 y 70 años.
3. Al llenar la solicitud, el Solicitante deberá contestar todas las preguntas que correspondan a todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba de conocer en ese momento, advirtiéndose que el proporcionar respuestas inexactas será motivo para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro aunque éstas no hayan influido de manera directa en la realización del siniestro.

4. EXCLUSIONES: La indemnización contenida en este beneficio no se concede si la muerte se debe a:

- **Suicidio.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **El viajar como piloto o pasajero en cualquier tipo de motocicleta o motoneta, así como en aviones privados.**
- **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas, drogas o enervantes. Esta exclusión operará cuando de la documentación presentada a la aseguradora para el pago del siniestro se desprenda que existen indicios del influjo de drogas o enervantes o bebidas alcohólicas, salvo que se pruebe que el contenido alcohólico en la sangre era menor al 0.08%.**

5. Si el Solicitante fallece a consecuencia de algún accidente dentro del período de vigencia que otorga esta cobertura, la Compañía quedará obligada a pagar la Suma Asegurada. Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produce la muerte del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

* Lo declarado en la solicitud resulta aplicable a esta cobertura provisional.

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 21 de abril del 2015, con el número RESP-S0034-0402-2015, en tanto que el folleto de información de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios bajo el registro número RESP-S0034-0049-2015 de fecha 23 de marzo de 2015.

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



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

La notificación de los cambios a la normatividad en materia de Seguros Sí No

Expresamente solicito y autorizo que me manden vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información relativa Sí No , a la siguiente dirección: _____@_____

Nombre

Firma

Fecha

¿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 período 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.



Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

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 el Distrito Federal y su Área Metropolitana el 5328 7000 y desde el Interior de la República el 01 800 00 METLIFE (638 54 33).

Nuestros Centros de Servicio están ubicados en

DISTRITO FEDERAL:

- **REFORMA:** Avenida Paseo de la Reforma Número 265, Planta Baja, Colonia Cuauhtémoc, Código Postal 06500, Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal.
- **INSURGENTES:** Avenida de los Insurgentes Número 1738, Planta Baja, Colonia Florida, C.P. 01030, Delegación Álvaro Obregón, México Distrito Federal.
- **TONALÁ:** Tonalá Número 10, Planta Baja, Colonia Roma, Código Postal 06700, Delegación Cuauhtémoc, México, Distrito Federal.

GUADALAJARA: Pedro Moreno Número 1677, Penthouse 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.