

Solicitud única para el pago de siniestro de seguro de vida

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.

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.

Por este conducto solicito(amos) a MetLife México, S.A. el pago de la Suma Asegurada que corresponda en razón del siniestro ocurrido, de acuerdo con los términos que se anotan bajo protesta de decir verdad en esta solicitud.

Dependiendo de la forma de pago elegida, a partir del momento en que reciba(mos) el pago, depósito en cuenta o se aplique en otro producto de inversión o ahorro indicado, se otorga a MetLife México, S.A. el más amplio finiquito que en derecho proceda.

Lugar de elaboración de la solicitud _____ Fecha de solicitud: _____
 Día Mes Año

Indicar número de póliza _____

Marca con una X el(los) trámite(s) solicitado(s)

Seguro institucional o grupo Fondo de ahorro capitalizable de los trabajadores al servicio del estado Seguro de Separación Individualizado Retiro
 Individual Ex-servidores Vida deudores

Otros, especificar: _____

Información del siniestro

Tipo de siniestro: Fallecimiento Invalidez Cáncer Otro, especificar: _____

Fecha del siniestro: _____
 Día Mes Año

Información del Asegurado (datos para ser llenados por el(los) solicitante(s))

Nombre del Asegurado

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Clave Única de Registro de Población

Registro Federal de Contribuyentes

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

Nacionalidad(es)* _____

Profesión u ocupación _____

Actividad o giro del negocio _____

Centro de trabajo _____

Ocupación*Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____Profesional Jubilado Estudiante
independiente

Nombre de la empresa donde prestas tus servicios _____

Giro de la empresa _____

Domicilio particular*

Calle / Avenida _____

Número exterior _____

Número interior _____

Código postal _____

Colonia / Barrio _____

Municipio / Alcaldía _____

Ciudad / Población _____

Estado _____

País _____

Teléfono(s) de contacto**

() _____

Particular (lada)

() _____

Oficina / Laboral (lada)

() _____

Móvil (lada)

Correo electrónico** @ _____ Firma _____

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

En caso positivo, especifica tu Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés)

País(es): _____

Formas de pagoCaja Depósito en cuenta⁽²⁾ Promotoría Clave _____FlexiLife Inversión Otro producto de inversión o ahorro: _____

(1) Debes tener especial cuidado en anotar tu nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago.

(2) Si eliges como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

(*) Dato requerido. (**) Dato requerido en caso de contar con él.

Información del(los) solicitante(s) personas físicas ⁽¹⁾

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. Así mismo, autorizo a MetLife México, S.A. para que comparta mis datos personales y mis datos personales sensibles de salud, tales como padecimientos, diagnósticos, estado de salud, carta pase, suma remanente y los que se deriven de mi(s) siniestro(s) y/o de mis beneficiarios, con el contratante de mi póliza y/o broker o agente y/o cualquier tercero relacionado o participante en la atención u operación del seguro respectivo, a efecto de que dicha información sea utilizada en mi beneficio o el de mis citados beneficiarios y particularmente, de manera enunciativa, con las siguientes finalidades: seguimiento y revisión a mis trámites o reclamaciones, incluyendo finiquitos, cartas de programación de cirugías, reembolsos y reportes hospitalarios; auditorías vinculadas a reclamaciones de mis siniestros para garantizar que éstas cumplan los requisitos conforme a las coberturas contratadas; análisis de tendencias y posibles desviaciones en la siniestralidad; e identificación de casos de alto impacto en la siniestralidad de la colectividad o agotamiento de Suma Asegurada.

Apellido paterno* _____ Apellido materno* _____ Nombre(s)* _____ Parentesco (para efectos de identificación) _____

Edad: _____

Clave Única de Registro de Población**

Registro Federal de Contribuyentes**

Lugar de nacimiento*

Colonia / Población _____ Estado / Provincia _____ País _____ Nacionalidad(es)* _____
 Fecha de nacimiento*: _____ Número de identificación*: _____
 Día Mes Año

Identificación - emisor*

Credencial para votar vigente Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores Cédula profesional Secretaría de Educación Pública Certificado de matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores Forma Migratoria Inmigrante (F.M.2) o No Inmigrante (F.M.3) Credencial del inmigrado Instituto Nacional de Migración

Ocupación*

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____
 Profesional independiente Jubilado Estudiante

Nombre de la empresa donde prestas tus servicios _____ Giro de la empresa _____

Domicilio particular*

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____
 Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfono(s) de contacto**

() _____ () _____ () _____
 Particular (lada) _____ Oficina / Laboral (lada) _____ Móvil (lada) _____

Correo electrónico** @ _____ Firma _____

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí No En caso positivo, especifica tu Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés)

País(es): _____

Formas de pago

Caja Depósito en cuenta⁽²⁾ Promotoría Clave _____
 FlexiLife Inversión Otro producto de inversión o ahorro:

⁽¹⁾ Debes tener especial cuidado en anotar tu nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago.

⁽²⁾ Si eliges como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

(*) Dato requerido. (**) Dato requerido en caso de contar con él.

Información del(los) solicitante(s) persona(s) moral(es) ⁽¹⁾**Datos generales del solicitante:**

Denominación o razón social* _____ Nombre comercial _____

Giro mercantil, actividad u objeto social _____ País(es) _____ Registro Federal de Contribuyentes** _____

Nacionalidad* _____ Número de instrumento notarial de constitución _____ Folio mercantil⁽³⁾ _____

Fecha de constitución*: _____
 Día Mes Año

Datos de contacto**Domicilio de la empresa***

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Código postal

Colonia / Barrio

Municipio / Alcaldía

Ciudad / Población

Estado

País

()

@

Teléfono* (lada)

Correo electrónico**

Datos generales de apoderado y/o representante legal⁽³⁾

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.

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Nacionalidad

Firma del apoderado y/o representante legal

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

En caso positivo, especifica tu Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés)

País(es): _____

Formas de pagoCaja Depósito en cuenta⁽²⁾ Promotoría

Clave _____

FlexiLife Inversión Otro producto de inversión o ahorro:

⁽¹⁾ Debes tener especial cuidado en anotar tu nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago.

⁽²⁾ Si eliges como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

⁽³⁾ Dato adicional requerido para empresas de nacionalidad mexicana.

(*) Dato requerido. (**) Dato requerido en caso de contar con él.

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