

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

MédicaLife Familiar Exservidores

MetLife

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. Solo llenar si es diferente al solicitante)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Registro Federal de Contribuyentes	Lugar de nacimiento (Población / Estado / País)			Día	Mes Año
Calle / Avenida			Número exterior	Número interior	
Colonia	Código Postal	Delegación	Estado		
Nacionalidad(es)	Teléfono particular	Teléfono oficina	Correo electrónico @		

Datos del Solicitante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Registro Federal de Contribuyentes	Lugar de nacimiento (Población / Estado / País)			Día	Mes Año
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>		
Femenino <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>			
Estatura	Peso				
Calle / Avenida			Número exterior	Número interior	
Colonia	Código Postal	Delegación	Estado		
Nacionalidad(es)	Teléfono particular	Teléfono oficina	Correo electrónico @		

Datos del seguro de Gastos Médicos Mayores solicitado

Cobertura básica	Internacional <input type="checkbox"/>	Ejecutivo <input type="checkbox"/>	Más <input type="checkbox"/>	Básico <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro _____%		

Coberturas adicionales

Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/>	Cobertura de enfermedades catastróficas en el extranjero <input type="checkbox"/>	Cobertura MetDental Plus <input type="checkbox"/>	Renta diaria hospitalaria \$ _____	Muerte accidental \$ _____
		Cobertura Visión <input type="checkbox"/>	\$ _____	Últimos gastos \$ _____

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código Postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México. Teléfono: 5328 7000,

Forma de pago solicitada

Mensual* Trimestral Semestral Anual (*)Solo cargo automático

Cargo automático a tarjeta de crédito

Bancomer Banamex Otros* _____

(*) Llenar formato adicional con número de folio de autorización de cargo a tarjeta o descuento. Número de Token (Número de tarjeta)

Datos de la familia asegurada (en caso de pólizas familiares detalle los miembros solicitantes. Solo dependientes económicos)

	Apellido paterno, materno, nombre(s)	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo		Ocupación	Peso (kg ³)	Altura (mts ⁴)
				M ¹	F ²			
1			____/____/____ Día Mes Año					
2			____/____/____ Día Mes Año					
3			____/____/____ Día Mes Año					
4			____/____/____ Día Mes Año					
5			____/____/____ Día Mes Año					
6			____/____/____ Día Mes Año					

(¹) Masculino, (²) Femenino, (³) kilogramos, (⁴) metros

Información sobre su ocupación (solicitante titular y cónyuge)

Titular

Nombre de la empresa _____ Población / Estado _____

Detalle de la ocupación _____ Giro _____ Teléfono _____

Lugar de trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Otro

¿Conduces algún vehículo en tu ocupación? Sí No ¿Cuál? _____ Ingresos anuales: _____

¿Haces uso de aeronaves? Sí No Particulares Comerciales Piloto Pasajero Número de horas anuales: _____

Cónyuge

Nombre de la empresa _____ Población / Estado _____

Detalle de la ocupación _____ Giro _____ Teléfono _____

Lugar de trabajo: Oficina Fábrica Taller Calle Otro

¿Conduces algún vehículo en tu ocupación? Sí No ¿Cuál? _____ Ingresos anuales: _____

¿Haces uso de aeronaves? Sí No Particulares Comerciales Piloto Pasajero Número de horas anuales: _____

Aviación, deportes y/o aficiones (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

¿Tienes o has tenido licencia de piloto aviador? Sí No

¿Vuelas aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí No

¿Utilizas motocicleta? Sí No Frecuencia: _____ En caso afirmativo, ¿deseas cubrir el riesgo? Sí No

Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado:

Frecuencia: Diario Semanal Quincenal Mensual Otro

¿Participas en competencias? Sí No Amateur Profesional ¿Deseas cubrir el riesgo? Sí No

Nota Importante: Si practicas algún deporte peligroso como motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza, juegos de azar, apuestas, etcétera, es necesario llenar el cuestionario correspondiente en caso de que desees cubrir el riesgo.

Cuestionario general de hábitos (deberá llenarse en todos los casos)

	¿Fumas?	¿Desde cuándo?	Cantidad diaria	¿Haces uso de bebidas alcohólicas?	¿Desde cuándo?	Frecuencia	Cantidad por ocasión	¿Cuáles?
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Historia familiar (deberá contestarlo el titular y el cónyuge)

Padecimiento de padres o hermanos	Titular	Cónyuge		Titular	Cónyuge
1. Insuficiencia renal	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. Cáncer	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Afecciones cardíacas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7. Afección coronaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Hipertensión arterial	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. Afección congénita	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. Afección reumática	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Epilepsia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de respuestas afirmativas, favor de detallar la información.

	Enfermedades o afecciones	Número de veces que la ha padecido	Parentesco	Edad cuando ocurrió	Edad actual	Estado actual
1						
2						

Nombre del médico familiar _____

Teléfono _____

Dirección _____

Correo electrónico _____ @ _____

Cuestionario médico (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Padeces actualmente de alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Usas o has usado sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, anfetaminas, barbitúricos, etcétera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Estás sujeto a algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Se te han practicado estudios de rayos "X" por algún padecimiento o alteración de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica, ya sea en un hospital o en un consultorio (ambulancia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Padeces o has padecido enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Padeces o has padecido presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has sido internado en algún hospital o clínica para diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Padeces o has padecido afecciones del aparato circulatorio como várices, aneurismas, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Has consultado al médico en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Tienes anemia u otras enfermedades sanguíneas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se te ha administrado sangre o sus derivados por transfusión en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Se te han practicado electrocardiogramas? (No check-up o revisión rutinaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario médico (aplica para el solicitante titular y/o dependientes)

	Sí	No		Sí	No
15. ¿Padeces o has padecido de pérdida del conocimiento o ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. ¿Padeces, se te ha detectado o has padecido diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Has presentado aparición de moretones sin golpe y/o heridas pequeñas con sangrado profundo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Se le han practicado pruebas especiales de laboratorio para diagnosticar alguna enfermedad específica como diabetes, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Pérdidas espontáneas de sangre por algún orificio (oidos, nariz, boca, recto y/o genitales)? (Si eres mujer, excepto menstruación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Has padecido enfermedades transmisibles (incluyendo hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Padeces o has padecido reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Has consultado al médico por infecciones de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tienes problemas con el sistema óseo (huesos o articulaciones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad de la tiroides, suprarrenales o cualquier otra glándula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tienes alguna deformidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. ¿Padeces o has padecido osoriasis, vitiligo o cualquier otra enfermedad de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tienes o has tenido pérdida de movimiento en forma temporal y/o permanente de alguna de sus extremidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. ¿Has sufrido algún accidente cuyas lesiones, secuelas o complicaciones hayan durado más de 2 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Te falta algún órgano y/o miembro o parte de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. ¿Has padecido o padeces de algún mal congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tienes alguna anomalía o alteración de la vista? (en su caso indicar número de dioptrías en el recuadro de respuestas afirmativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. ¿Has padecido o padeces de gota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Tienes alguna anomalía o alteración auditiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. ¿Has padecido o padeces de colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Has padecido o padeces problemas de anginas, sinusitis y/o nariz tapada por tabique desviado o alguna otra causa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. ¿Has padecido o padeces problemas del sistema respiratorio? (tuberculosis, bronquitis crónica, asma, neumonía, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Has tenido enfermedades del aparato digestivo, intestino delgado, hígado, colon y/o páncreas, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. ¿Has padecido o padeces de fibrosis quística?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Padeces o has padecido de enfermedad de la vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. ¿Has padecido o padeces de alguna enfermedad, afección o lesión diferente a las señaladas anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Has tenido padecimientos del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Solo mujeres		
29. ¿Padeces o has padecido enfermedad del sistema nervioso o músculo - esquelético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. ¿Padeces o has padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Has presentado cuadros de ansiedad, depresión o alguna enfermedad mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. ¿Se te ha practicado operación cesárea o legrado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Has tenido cáncer de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. ¿Tienes o has tenido problemas relacionados con la menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Padeces o has padecido lupus eritematoso, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier otra enfermedad del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. ¿Has sufrido algún aborto y/o te has sometido a tratamientos por esterilidad o infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Se te ha diagnosticado o tienes indicios de la existencia de cualquier tipo de estructura anormal como tumores, miomas, quistes, calcificaciones, piedras, hernias o cualquier otra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. ¿Actualmente estás embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Has padecido o padeces enfermedad vascular cerebral (embolia, trombosis, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meses de embarazo _____		
			Fecha última menstruación _____		

En caso de respuestas afirmativas del cuestionario médico, favor de ampliar información.

Solicitante número	Número de Pregunta	Nombre de las enfermedades afección, lesiones, estudios	Número de veces que las ha sufrido	Fecha	Duración	Estado actual

Solicitante número	Hospital y/o médico quien te atendió	Correo electrónico	Teléfono

Antigüedad

Si tienes póliza en esta u otra compañía, anota la fecha de antigüedad. Favor de anexar la documentación comprobatoria.

	Antigüedad	Compañía	Personas aseguradas con la compañía anterior	Número de póliza						
1	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								
2	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								
3	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								
4	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								
5	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								
6	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año								

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos skl, 14 al 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 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.cable.

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

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación

Nombre del promotor _____ Clave del promotor _____ Correo electrónico del promotor _____

Correo electrónico del agente _____ Sucursal _____

- ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____
- ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No
- ¿Recomiendas al solicitante y sus familiares tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Sí No
- ¿Conoces algún hecho en contradicción con las respuestas del solicitante? Sí No

En caso de responder afirmativamente en las preguntas 3 y 4, identifica las causas _____

Revisó (nombre y firma) _____

Beneficiarios de la cobertura últimos gastos y muerte accidental

Nombre del solicitante	Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
	1			
	2			

Domicilio completo

Nombre del solicitante	Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
	1			
	2			

Domicilio completo

Nombre del solicitante	Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
	1			
	2			

Domicilio completo

Advertencias

En 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 solo 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.

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 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.

Asimismo 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 solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MetLife México, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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.

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.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de Gastos Médicos Mayores, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

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

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante

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

Nombre del representante legal

Parentesco o relación con el solicitante

Firma

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, pisos 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

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretendan contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a MetLife México, 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 detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0407-2014 de fecha 4 de Julio de 2014 / CONDUSEF-000313-01.

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 27 de Enero de 2016, con el número CGEN-S0034-0221-2015 / CONDUSEF-000313-01. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0175-2015 de fecha 18 de agosto de 2015; y la modificación a las referencias de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas quedaron registrados a partir del día 21 de abril del 2015, con el número RESP-S0034-0401-2015.

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-S0034-0401-2015, en tanto que el folleto de información de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios bajo el registro número RESP-S0034-0048-2015 de fecha 23 de marzo de 2015 / CONDUSEF-G-00128001.

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.^{momento} Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último y estarás mejor protegido.

Asegurados

En documento anexo te estamos entregando folleto que establece los derechos básicos de los Contratantes, 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 la Ciudad de México 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, Ciudad de México.
- **INSURGENTES:** Avenida de los Insurgentes Número 1738, Planta Baja, Colonia Florida, C.P. 01030, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México.
- **TONALÁ:** Tonalá Número 10, Planta Baja, Colonia Roma, Código Postal 06700, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

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.