

Solicitud de seguro Met4U

Número de solicitud CP DES*: _____

Número de solicitud: _____

La presente solicitud no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro que se encuentran disponibles en la página www.metlife.com.mx

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

1. Datos generales del Contratante persona física, ¿El solicitante es el mismo que el Contratante?** Sí ☐ No ☐
En caso de ser la misma persona no debería llenar la sección de solicitante

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Edad	Registro Federal de Contribuyentes	Clave Única de Registro de Población	
Sexo: Masculino ☐	Femenino ☐	Estado civil:		Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐	
				Divorciado(a) ☐ Unión libre ☐	
				Viudo(a) ☐	
Tipo de identificación oficial vigente		Número de identificación		Emisor de identificación	
País de nacimiento		Estado / Provincia		Ciudad / 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 / Alcaldía	
Estado	País		

Teléfonos

()	()	@
Particular	Móvil	Correo electrónico

3. Ocupación del Contratante persona física

Ocupación o profesión:
Detalle de la ocupación o profesión:
Nombre y lugar de la empresa donde laboras:
Actividad o giro de la empresa:
Ingreso mensual aproximado (pesos) \$

La abreviatura "CP DES" es un sistema informático con información para uso interno de MetLife***El Contratante es la persona que se obliga con MetLife a pagar la prima y en su caso realizar las aportaciones adicionales.**

4. 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:

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

5. Domicilio y datos de contacto del Contratante persona moral

Calle / Avenida

Número exterior

Número interior

Código postal

Colonia / Barrio

Municipio / Alcaldía

Estado

País

Nombre del contacto

Posición / Puesto

Teléfono de contacto

()

@

Telefono

Extensión

Correo electrónico

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 la sección 6. Declaraciones propietario real / Persona que ejerce el control

6. Declaraciones propietario real / Persona que ejerce el control

Declaraciones propietario real: Se entiende a la persona física que no siendo el cliente o beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo obtiene los beneficios derivados de este contrato u operación que se pretende celebrar, y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos.

En caso de aplicar, por favor llena la siguiente sección: Favor de declarar a la(s) persona(s) física(s) que tiene(n) el carácter de propietario real. Para contratantes persona moral, declara al o los accionista(s) que posea(n) un porcentaje de participación en el capital social igual o mayor al 25%.

Estructura corporativa y composición accionaria

Número de accionistas (personas físicas)

Porcentaje de participación en el capital social

1. _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad

%

2. _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno Nacionalidad

%

Número de accionistas (personas morales)

1. _____
Denominación o Razón Social Nacionalidad

%

2. _____
Denominación o Razón Social Nacionalidad

%

En caso de que los accionistas declarados sean personas morales o bien, nadie posea dicho porcentaje, declarar al administrador único de la empresa, o a los miembros de su consejo de administración, o bien aquella persona física que ejerce el control de la persona moral directa o indirectamente.

				Administrador Único / Miembro del consejo de administración	Persona Física que ejerce el control / Propietario real
1.	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	☐
2.	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad	☐

Agregar la identificación oficial de las personas que fueron declaradas en esta sección, en caso de haber declarado a una persona moral como principal accionista, adjuntar la identificación oficial de los (i) propietarios reales, o (ii) administrador único o en su caso, (iii) de los Miembros del Consejo de Administración.

En caso de que existan más de dos personas con el carácter de propietarios reales, miembros del consejo de administración o personas que ejerzan el control, favor de completar la información en el formato 4.

7. Datos generales del solicitante

Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Edad	Registro Federal de Contribuyentes	Clave Única de Registro de Población	
Sexo: Masculino	☐	Femenino	☐	Estado civil:	
		Soltero(a)		☐	Casado(a)
		Divorciado(a)		☐	Unión libre
		Viudo(a)		☐	
País de nacimiento		Estado / Provincia		Ciudad / Población	Nacionalidad(es)

8. Domicilio y datos de contacto del solicitante

Domicilio particular

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

9. Ocupación del solicitante

Ocupación o profesión: _____

Detalle de la ocupación o profesión: _____

Nombre y lugar de la empresa donde laboras: _____

Actividad o giro de la empresa: _____

Ingreso bruto mensual aproximado (pesos) \$ _____

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

¿Cuál? _____ Monto de ingreso mensual adicional _____

10. Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas y/o maquinarias pesadas? Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____
2. ¿Trabajas en lugares subterráneos, plataformas petroleras o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____

11. Beneficiarios del solicitante

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí ☐ No ☐					
	Domicilio particular completo:					
2						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí ☐ No ☐					
	Domicilio particular completo:					
3						
	Es el mismo domicilio que el titular: Sí ☐ No ☐					
	Domicilio particular completo:					

En caso de designar a una persona moral llenar los siguientes datos:

	Denominación o razón social	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

Información adicional

12. Formas de pago

Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Modo de pago: Efectivo ☐ Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE ☐ Día de cargo: _____

En caso de seleccionar cargo automático indicar los instrumentos bancarios de cobro y el orden:

Información bancaria			
Opción	Banco emisor de tarjeta / CLABE	CLABE	Número de token Crédito ☐ Débito ☐
1			
2			
3			

Autorizo a MetLife, me contacte a través de los siguientes medios (seleccionar una opción):

Mensaje de texto ☐ Llamada ☐ Día y horario de contacto: _____ Correo electrónico ☐

13. Perfil transaccional

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

14. Declaraciones

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

En caso afirmativo indica: País(es) _____ Número de identificación fiscal del/ los país(es) _____

¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas? (persona políticamente expuesta) Sí ☐ No ☐

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

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

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

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

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

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

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 3 para proveedor de recursos

15. Otros seguros de vida del solicitante

(Esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

¿Estás asegurado actualmente en otras compañías?

Sí ☐ No ☐

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

16. Datos del plan

Moneda: Nacional ☐

Cobertura: B ☐

Empaquetamiento: Retiro ☐

Cobertura Básica Fallecimiento: Suma Asegurada fallecimiento \$ _____ Meta de ahorro _____ Años _____

Cobertura Básica de Invalidez: Porcentaje % _____ Suma Asegurada invalidez \$ _____

Beneficios adicionales

☐ Cobertura de Cáncer (CAT)

Suma Asegurada \$ _____

☐ Cobertura de Enfermedades y/o Padecimientos Graves (GE) Suma Asegurada \$ _____

☐ Cobertura de Diabetes (DIAB)

Suma Asegurada \$ _____

☒ Enfermedad en fase terminal (ET)

Favor de llenar el formato financiero adicional conforme a los criterios establecidos en la tabla vigente de requisitos financieros.

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

* Plan Personal de Retiro

** Cuenta Personal Especial para el Ahorro

17. Aviación, deportes y/o aficiones del solicitante

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

2. ¿Realizas algún deporte y/o afición? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

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

18. Cuestionario de hábitos del solicitante

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

2. ¿Cuál es tu medio de transporte habitual? ☐ Motocicleta ☐ Auto/Transporte público ☐ Transporte de dos ruedas (scooter, bicicleta, otro)

19. Cuestionario médico del solicitante (solo llenar cuando no se requiera examen médico, lo cual será indicado expresamente por MetLife)			
1. ¿Padeces o has padecido de alguna cirrosis, falla en el corazón, pulmón o riñón, uso de marcapasos, esclerosis múltiple, SIDA, EPOC, enfermedades musculoesqueléticas, neurológicas y/o epilepsia severa?			Sí ☐ No ☐
2. ¿Padeces o has padecido de diabetes, hipertensión, cáncer, VIH, lupus severo, artritis reumatoide, leucemia y/o linfoma?			Sí ☐ No ☐
3. ¿Tienes pendiente alguna cirugía de alguna enfermedad y/o accidente o previamente te operaron del corazón, riñón y/u ortopédicas?			Sí ☐ No ☐
4. ¿Has tenido o tienes secuelas derivado de accidentes, enfermedades o cirugías previas?			Sí ☐ No ☐
5. ¿Tienes debilidad visual y requieres de apoyo para realizar tus actividades diarias?			Sí ☐ No ☐
6. ¿Tienes o has tenido otras enfermedades o padecimientos que no se hayan mencionado en las preguntas anteriores?			Sí ☐ No ☐
7. ¿Consumes o has consumido medicamentos durante más de 6 meses por temas de trastornos de ansiedad y/o depresión severa?			Sí ☐ No ☐
8. ¿Has aumentado o disminuido más de 7 kilos sin haber hecho cambios en tu estilo de vida en los últimos 12 meses?			Sí ☐ No ☐
9. ¿Cuál es tu peso? _____ kilogramos ¿Cuál es tu estatura? _____ Metros			
En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información			
Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios, cirugías o tratamientos	Fecha en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual
20. Información del agente (para aspectos internos de MetLife México, S.A. de C.V.)			
¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____ ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí ☐ No ☐			
Nombre del agente	Clave	Promotoría	Participación
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 mismo 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 detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.			
Firma del agente		Firma del agente	

21. Historia médica familiar

1. ¿Alguno de tus familiares directos (abuelos, padre y/o madre) padecen o padecieron Diabetes Mellitus?	Sí ☐ No ☐
2. ¿Alguno de tus familiares directos (abuelos, padre y/o madre) padecen o padecieron hipertensión arterial?	Sí ☐ No ☐
3. ¿Tienes más de dos familiares cercanos (padre, madre, abuelos, hijos) padecen o padecieron de esquizofrenia, trastorno bipolar y/o demencia?	Sí ☐ No ☐

22. 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. de C.V. 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. de C.V., 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. de C.V. 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. de C.V. lo considere oportuno. Así mismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Doy mi consentimiento a MetLife México, S.A. de C.V., 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, así como cualquier otro documento que se derive de la operación del producto contratado en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico que se menciona anteriormente. Sí ☐ No ☐

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa, correcta y me comprometo a actualizarla en caso de algún cambio.

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

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

Recibí:

La información total y completa del seguro que se propone. Sí ☐ No ☐

La información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios. Sí ☐ No ☐

Autorización para el caso de cargo automático de pago

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

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

En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo correspondiente en las fechas convenidas, o bien, cuando a más tardar el quinto día hábil siguiente a la fecha propuesta para el cargo automático de pago de prima a tarjeta de crédito/débito/CLABE, no se haya efectuado el cargo a la cuenta indicada, y mientras la póliza se encuentre dentro del periodo de gracia, el Contratante deberá pagar directamente en las oficinas de MetLife México, S.A. de C.V., o a través de depósito en la cuenta bancaria de la aseguradora las cantidades correspondientes.

Si el plan de seguro prevea futuras modificaciones a la misma prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad que resulte, sin que sea necesario firmar una nueva solicitud-autorización de cargo automático a tarjeta.

23. Aviso de privacidad de MetLife México, S.A de C.V.

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México S.A. de C.V., ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 1457 del piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México, Código postal 03920. **II. Finalidades.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, verificar tu identidad, 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, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. 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, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial, para los cuales recabamos tu consentimiento. Podemos utilizar tecnología de Inteligencia Artificial, para el análisis de reclamaciones, automatización de nuestros procesos, suscripción de riesgos, desarrollo de productos, prevención de fraudes, campañas de marketing, uso de chatbots, personalizar y mejorar la experiencia al cliente y para entrenamiento de modelos de Inteligencia Artificial, entre otros. MetLife implementará mecanismos y salvaguardas coherentes con un nivel razonable de control humano basado en el riesgo, en estricto cumplimiento de las leyes y normativas aplicables. Las interacciones con los recursos de Inteligencia Artificial dentro de MetLife se tratan con el mismo rigor y compromiso con la privacidad y seguridad que el resto de nuestras operaciones. **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 privacidad@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos.** Si deseas que tus datos no sean tratados o transferidos con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios. **V. Transferencia de datos.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para darte un servicio o tramitar tus siniestros; con el contratante de la póliza y/o bróker o agente y/o cualquier tercero relacionado o participante en la atención u operación del seguro; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral, para verificar que los datos contenidos en la credencial para votar y en su caso, biométricos, coincidan con los que obran en poder del Instituto, sin que ello implique en forma alguna la entrega de los mismos. A nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial; así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines. **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. Puedes conocer este aviso de manera integral en www.metlife.com.mx

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. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del solicitante

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 27 de febrero de 2026, con número de registro CNSF-S0034-0079-2026 / CONDUSEF-007165-01

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 es muy común que se desconozcan los derechos que tienes como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación. Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

En este documento te entregamos los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro.

¿Cómo saber cuáles son los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios antes y durante la contratación del seguro, así como cuando ocurra el siniestro?

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

- Solicitar a los agentes, empleados y/o apoderados de las personas morales que participen en la contratación de tu seguro, la identificación que los acredite como tales.
- Solicitar se te informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que participen en la contratación de tu seguro.
- Recibir toda información que te permita conocer las condiciones generales del contrato del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Cuando ocurra el siniestro tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada aunque la prima del contrato del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima del seguro.
- Cobrar una indemnización por mora a la institución de seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
- Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

Recuerda que puedes tener mayor información de tu seguro directamente con tu agente de seguros, en www.metlife.com.mx o bien, en cualquiera de nuestros centros de servicio.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

Ciudad de México:

- **Reforma:** Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- **Guadalajara:** Avenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan, Jalisco.
- **Monterrey:** Calzada del Valle número 120 oriente, planta baja, Colonia del Valle, Código postal 66220, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.

Atentamente

MetLife México, S.A. de C.V.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 27 de febrero de 2026 , con número de registro CNSF-S0034-0079-2026 / CONDUSEF-007165-01