



México, _____, a _____ de _____ de 20 ____.

Asunto: Ratificación de solicitud.

METLIFE MÉXICO, S.A. DE C.V
Avenida Insurgentes Sur 1457
Benito Juárez, Ciudad de México

Presente. -

Por medio de la presente, ratifico el contenido y las firmas plasmadas en la solicitud de cambios de fecha/identificada con número DCN _____, las cuales resultan la manifestación expresa de mi voluntad libre de cualquier vicio del consentimiento, por lo que, autorizó a MetLife México, S.A. de C.V., proceder con los cambios de mi Póliza: _____, a nombre del Contratante: _____, con el fin de realizar el trámite de:

- ☐ Cancelación
- ☐ Retiro Parcial.
- ☐ Retiro Total
- ☐ Otros: _____

Sin más por el momento quedo a sus órdenes,

Nombre y firma de Contratante _____.

Nombre y firma del Asegurado _____.

*Adjuntar copia de identificación legible y cotejada.

El llenado de este formato debe ser de puño y letra del contratante.

Llenado exclusivo del Agente/ Promotor.

Declaro expresamente que el Contratante y/o asegurado estuvo presente y firmó este documento., me comprometo a entregar la documentación original de este trámite a MetLife México S.A. de C.V., para su resguardo.

Nombre y firma del Agente/Promotor: _____.

No Agente: _____.

No. Promotoría: _____.