MetLife

Solicitud de seguro de gastos médicos mayores MédicaLife familiar

Número de folio: _____

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)

Persona física ☐ **Persona moral** ☐

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____ Colonia _____

Código postal _____ Alcaldía _____ Estado _____ Población _____

País _____ Estado civil _____

Clave Única de Registro de Población ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Registro Federal de Contribuyentes ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Correo electrónico _____ @ _____ Teléfono _____

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.

Información del Contratante (persona física)

Lugar de nacimiento **Fecha de nacimiento** ☐☐☐☐☐☐ **Sexo:** Masculino ☐ Femenino ☐

Ciudad / Población _____ Estado / Provincia _____ País _____ Nacionalidad(es) _____

Identificación oficial vigente / emisor

- Credencial para votar vigente Instituto Nacional Electoral ☐
- Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores ☐
- Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores ☐
- Cédula profesional Secretaría de Educación Pública ☐
- Certificado de matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores ☐
- Tarjeta de residencia temporal o permanente Instituto Nacional de Migración ☐

Número de identificación: _____

Datos del contacto

Teléfonos de contacto

Domicilio _____ Oficina / Trabajo _____ Móvil _____

_____ @ _____
Correo electrónico

Información laboral y financiera

Ocupación

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

Ingreso total mensual aproximado $ _____

Detalle de actividad, giro u ocupación: _____

Empresa, dependencia o entidad donde prestas tus servicios: _____

Actividad o giro de la empresa donde prestas tus servicios u ocupación:

Industrial ☐ Servicios ☐ Actividades agropecuarias ☐ Gobierno ☐ Otro ☐ Especifica:

Origen de recursos

Detalle de actividad, giro, ocupación u otro: _____

Información del Contratante (persona moral)

_____
Denominación o razón social

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐ _____
Registro Federal de Contribuyentes Folio mercantil (empresa nacional)

_____
Giro mercantil, actividad u objeto social

_____ _____
Nombre completo del apoderado o representante legal, administradores, director, gerente general con facultades para celebrar operaciones de seguros para empresas nacionales. Nacionalidad

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Domicilio y datos de contacto de la empresa

_____ _____ _____
Calle / Avenida Número exterior Número interior

_____ _____ _____
Colonia / Barrio Ciudad / Población Municipio / Alcaldía

_____ _____ _____ ¿Zona fronteriza? Sí ☐ No ☐
Entidad federativa País Código postal

Teléfonos de contacto

( ) _____ ( ) _____
(Lada) teléfono 1 (Lada) teléfono 2

Correo electrónico: _____ @ _____

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.

Datos del solicitante titular (solo llenar si es diferente al Contratante)

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____ Colonia _____

Código postal _____ Alcaldía _____ Estado _____ Población _____

Nacionalidad _____ Estado civil _____

Registro Federal de Contribuyentes ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐ Clave Única de Registro de Población ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Correo electrónico _____ @ _____ ( ) (Lada) teléfono _____

Datos del seguro de gastos médicos mayores solicitado (estos datos deben coincidir con la cotización)

MédicaLife	Suma Asegurada en la UMAM[1]	Deducible en pesos[2]	Deducible en dólares	Coaseguro
Internacional ☐		(Aplica para todos los planes)	(Solo aplica para el plan Internacional)	10% ☐ 16% ☐
Ejecutivo ☐				12% ☐ 20% ☐
Más ☐				14% ☐ 25% ☐
Básico ☐				15% ☐ 30% ☐
Práctico ☐	Indicar monto	Indicar monto	Indicar monto	
Smart ☐				

[1]UMAM = Unidad de Medida de Actualización Mensual
[2]Deducible para el plan Smart es reinstalable

Coberturas adicionales

Emergencia en el Extranjero ☐	Enfermedades Catastróficas en el Extranjero ☐	Incremento Suma Asegurada ☐
Franja Fronteriza ☐	Renta Diaria por Hospitalización ☐	Indicar monto _____M.N.[4]
Visión ☐	Incremento a Tabulador de Honorarios Quirúrgicos ☐	Indicar porcentaje _____%
MetDental Plus ☐	Últimos Gastos ☐	Indicar monto _____M.N.[4]
Reducción de Deducible por Accidente ☐	Muerte Accidental ☐	Indicar monto _____M.N.[4]
Estudiante en el Extranjero[3] ☐	Protección Garantizada ☐	Otra: _____

[3]Debe haber por lo menos 2 asegurados en la póliza, [4]Moneda Nacional.

Indicar si tu solicitud corresponde a una conversión a individual de un contrato colectivo

Sí ☐ No ☐ Deducible a elegir para la conversión _____

Formas de pago

En términos de las Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros, se hace constar que la falta de pago de prima en los términos convenidos, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del plazo convenido.

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			

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

Solicitante	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de nacimiento			Estado civil	Nacionalidad	Parentesco con el titular
				M[4]	F[5]	Día	Mes	Año			
Titular											Titular
2											
3											
4											
5											
6											

[4]Masculino, [5]Femenino.

Información sobre tu ocupación

Solicitante	Ocupación	Nombre de la empresa	Giro de la empresa	Antigüedad en la empresa	Sueldo mensual	¿Conduces vehículos en tu ocupación? ¿de qué tipo?		
						Sí	No	
Titular	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐							

Detalle de la ocupación: _____ **Página web:** _____

Información sobre tu ocupación

Solicitante	Ocupación	Nombre de la empresa	Giro de la empresa	Antigüedad en la empresa	Sueldo mensual	¿Conduces vehículos en tu ocupación? ¿de qué tipo?		
						Sí	No	
2	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐ **Detalle de la ocupación:** _____ **Página web:** _____							
3	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐ **Detalle de la ocupación:** _____ **Página web:** _____							
4	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐ **Detalle de la ocupación:** _____ **Página web:** _____							
5	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐ **Detalle de la ocupación:** _____ **Página web:** _____							
6	Profesionista ☐ Inversionista ☐ Directivo ☐ Empresario ☐ Empleado ☐ Otra ☐ **Detalle de la ocupación:** _____ **Página web:** _____							

Deportes y/o aficiones - contestar para cada uno de los solicitantes

	Solicitante					
	Titular	2	3	4	5	6
Deportes y/o aficiones que practicas o hayas practicado						
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual)						

Nota importante: Si practicas alguno de los siguientes deportes, es necesario que llenes el cuestionario correspondiente: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza, tienes licencia de piloto aviador o practicas deportes peligrosos.

Cuestionario general de hábitos - contestar para cada uno de los solicitantes

En caso de respuesta afirmativa, indica con una cruz		Solicitante											
		Titular		2		3		4		5		6	
Tabaco	¿Fumas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Desde cuándo?												
	Cantidad diaria												
Bebidas alcohólicas	¿Haces uso de bebidas alcohólicas?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	¿Desde cuándo?												
	Frecuencia y cantidad												
	Tipo de bebida												
Peso y estatura	¿Cuál es tu peso?												
	¿Cuál es tu estatura?												
	¿Has aumentado o disminuido más de 5 kilogramos en el último año?	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
	Causa del cambio en peso												

Historia familiar (deberá contestarlo el solicitante titular y el cónyuge o concubina(o))

Solicitante titular					Cónyuge / Concubina(o)				
Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre		Indica con una cruz si tus padres han padecido:	Madre		Padre	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Insuficiencia renal					Insuficiencia renal				
Afecciones cardiacas					Afecciones cardiacas				
Hipertensión arterial					Hipertensión arterial				
Diabetes					Diabetes				
Epilepsia					Epilepsia				
Cáncer					Cáncer				
Afección coronaria					Afección coronaria				
Afección congénita					Afección congénita				
Afección reumática					Afección reumática				
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales					Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales				

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes

En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.	Solicitante											
	Titular		2		3		4		5		6	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
1. ¿Padeces o has padecido molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas como anemia, presión arterial, afecciones cardiacas, hipertensión arterial, embolia o trombosis?												
2. ¿Tienes o has tenido problemas en el sistema respiratorio como bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema?												

Cuestionario médico - contestar para cada uno de los solicitantes												
En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz.	**Solicitante**											
	Titular		**2**		**3**		**4**		**5**		**6**	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Si	No
3. ¿Tienes o has tenido enfermedades relacionadas con intestinos, hígado, vesícula biliar, colon o páncreas?												
4. ¿Tienes o has tenido padecimientos relacionados con riñón, vejiga, próstata o insuficiencia renal?												
5. ¿Has padecido o padeces diabetes?												
6. ¿Has padecido o padeces hipertiroidismo?												
7. ¿Has padecido o padeces alteraciones del colesterol o triglicéridos?												
8. ¿Padeces o has padecido enfermedades del sistema nervioso como cuadros de ansiedad, epilepsia, depresión, enfermedad mental, esquizofrenia o trastornos mentales?												
9. ¿Padeces o has padecido algún problema óseo de articulaciones como reumatismo, deformidad o la pérdida de algún miembro?												
10. ¿Has padecido o padeces cáncer o tumores en alguna parte del cuerpo?												
11. ¿Tienes alguna anomalía auditiva o de la vista?												
12. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica?												
13. ¿Tienes pendiente alguna intervención quirúrgica?												
14. Durante el último año, ¿se te han practicado los siguientes estudios? (no check-up) a) electrocardiogramas b) pruebas de laboratorio c) radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética												
15. ¿Padeces o se te ha diagnosticado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?												
16. ¿Has padecido hepatitis o enfermedades de transmisión sexual? En caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de enfermedad. Por ejemplo: hepatitis A, hepatitis C.												
17. ¿Has padecido o padeces alguna afección, enfermedad o lesión diferente a las señaladas anteriormente?												
Preguntas solo para mujeres												
18. ¿Padeces o has padecido enfermedades en los ovarios y/o en la matriz y/o en las mamas y/o menstrúas anormalmente?												
19. ¿Se te ha practicado operación cesárea?												
20. ¿Actualmente estás embarazada? En caso de respuesta afirmativa, indicar los meses de embarazo												

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información utilizando la siguiente tabla:

Solicitante	Número de pregunta	Enfermedad o afección	Fecha de diagnóstico	Estado actual

Antigüedad

Si tienes alguna póliza de gastos médicos mayores de la que solicitas el reconocimiento de antigüedad, indica la fecha de antigüedad de la misma y anexa la documentación comprobatoria de una cobertura continua e ininterrumpida desde esa fecha.

Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza	Solicitante	Antigüedad			Compañía	Número de póliza
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
Titular						4					
2						5					
3						6					

Anexo 2 - Datos complementarios artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Declaraciones personas físicas (campos obligatorios)

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

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

¿Desempeñas o has desempeñado tú o tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o extranjero? Sí ☐ No ☐

En caso de respuesta positiva y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, requisitar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, contestar:

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

En caso de respuesta positiva requisitar el formato 4 para sociedades o asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera:

Especifica las razones para efectuar un contrato en territorio nacional: _____

Declaraciones Personas morales (campos obligatorios)

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 siguiente sección: Declaraciones propietario real / persona que ejerce el control

Declaraciones propietario real / persona que ejerce al control: 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%.

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.

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

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. de C.V., si esta 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.

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.

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.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de gastos médicos mayores Médicalife familiar, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma, así como haber recibido el folleto de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

Autorización

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 ☐

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingresé 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 titular

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

Nombre de representante legal	Parentesco o relación con el solicitante	Firma del representante legal

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

Nombre de agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación

Tipo de autorización	Número de cédula	Vigencia de la cédula	Domicilio donde realiza sus actividades

_____ @ _____ Correo electrónico del promotor

_____ @ _____ Correo electrónico del agente

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante? _____

2. ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? _____

3. Con base en su trato directo con el solicitante, ¿manifiesta que la información proporcionada por éste y, en su caso, por sus familiares en los cuestionarios de la presente solicitud es veraz y que desempeña(n) una ocupación legítima? Sí ☐ No ☐

4. ¿Conoces algún hecho en contradicción con las respuestas del solicitante? _____

5. En caso de responder afirmativamente en la pregunta 4, identifica la causa _____

Nombre de quien revisó	Firma de quien revisó

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 como se menciona en el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 deben 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 seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Beneficiarios de la cobertura Muerte Accidental

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
Titular			%	4			%
			%				%
			%				%
2			%	5			%
			%				%
			%				%
3			%	6			%
			%				%
			%				%

Beneficiarios de la cobertura Últimos Gastos

Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje	Solicitante	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s)	Parentesco	Porcentaje
Titular			%	4			%
			%				%
			%				%
2			%	5			%
			%				%
			%				%
3			%	6			%
			%				%
			%				%

Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas Muerte Accidental y Últimos Gastos

En mi carácter de Asegurado, a efecto de dar cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, efectúo la identificación de los beneficiarios de la Suma Asegurada que resulte procedente, designados por el suscrito en la solicitud y/o póliza, en los términos siguientes:

El Asegurado declara que el domicilio de los beneficiarios designados, es el mismo que él ha señalado para sí mismo.
En caso contrario, indique domicilio correspondiente.

Datos de identificación de beneficiario(s) de coberturas Muerte Accidental y Últimos Gastos

Beneficiario 1

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Beneficiario 2

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Beneficiario 3

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Beneficiario 4

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Beneficiario 5

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Beneficiario 6

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento | Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Municipio / Alcaldía | Código postal | Ciudad / Población | Estado

Domicilio de país de origen (sólo para el caso de solicitantes extranjeros)

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Calle | Número exterior | Número interior

Colonia | Código postal | País | Estado

Nota: Se considera figura pública aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando, entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, en el 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 u 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 u 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

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 7 de agosto de 2026, con número CNSF-S0034-0346-2026 / CONDUSEF-007324-01.

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 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 Sanas Prácticas 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.
• 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 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 para el resto del país 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 por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 7 de agosto de 2026, con número CNSF-S0034-0346-2026 / CONDUSEF-007324-01.

VG-1-006 VER. 5