

Solicitud de Seguro de Accidentes Personales



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.metlifemas.com.mx

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

Número de agente: _____ Folio _____
Referencia del depósito _____

1. Datos del solicitante

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Registro Federal de Contribuyentes _____

Clave Única de Registro de Población _____

Sexo: Masculino

Femenino

Número de hijos _____

Lugar de nacimiento _____ Nacionalidad(es) _____ Fecha de nacimiento _____ Día _____ Mes _____ Año _____ Estado civil _____

2. Domicilio

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Colonia _____

Delegación o Municipio _____ Código Postal _____ Estado _____ Correo electrónico _____@_____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

3. Información laboral

Empresa donde trabajas actualmente

Nombre de la empresa _____ Giro de la empresa _____

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____

Colonia _____ Delegación o Municipio _____ Código Postal _____ Estado _____

Teléfono _____ Descripción de puesto y labores _____

Ingresos anuales

Tipo de actividad: Supervisando labores Labores manuales con maquinaria Labores manuales sin maquinaria Otro

Lugar de trabajo: Oficina Viajando Exterior Comercio Otro

Tipo de riesgo _____

4. Datos del Contratante (en caso de ser distinto al solicitante)

Si las primas no fueran pagadas por el solicitante o es menor de edad, favor de llenar el siguiente espacio: Contratante (persona que pagará las primas o representante legal)

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

6. ¿Tú o algún miembro de tu familia propuesto para este seguro, tiene o ha tenido licencia de aviador o vuela en aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales, ya sea como piloto o pasajero? En caso afirmativo, favor de llenar cuestionario y detallar. Sí No
7. ¿Realizas viajes al extranjero? Sí No Especifica _____

8. Declaraciones de salud

1. Estatura _____ metros Peso _____ kilogramos ¿Has cambiado de peso en el último año? Sí No
 Motivo: _____
2. Has sido tratado, padeces o has padecido de: Sí No
- a) Hipertensión arterial, diabetes, o afecciones de tiroides, otras glándulas o desórdenes endocrinológicos. Sí No
 - b) Enfermedad cardiovascular, del corazón, fiebre reumática, desórdenes cardiacos, circulatorios, dolor de pecho o colesterol elevado. Sí No
 - c) Enfermedades respiratorias, asma, enfisema o desórdenes pulmonares. Sí No
 - d) Afecciones renales, de transmisión sexual, próstata o desórdenes del aparato urinario o genitales. Sí No
 - e) Sistema digestivo; incluyendo estómago, hígado, páncreas, hepatitis, cirrosis, intestino o colon. Sí No
 - f) Cáncer, tumores, pólipos, lupus, linfoma, melanoma, enfermedades o alteraciones del sistema inmune. Sí No
 - g) Enfermedades o desórdenes hematológicos, trastornos hemorrágicos, anemias, leucemia u otra enfermedad de la sangre. Sí No
 - h) Sistema nervioso, afecciones neurológicas, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, derrame cerebral, enfermedades psiquiátricas, depresión o trastornos alimenticios. Sí No
 - i) Enfermedades del aparato reproductor o ginecológico (senos, ovarios, matriz) cualquier otra enfermedad (o si eres mujer ¿estás embarazada?). Sí No
 - j) Trastornos o cualquier defecto severo de la vista u ojos, oídos, nariz, garganta o defectos físicos. Sí No
 - k) Condiciones relacionadas al sistema muscular, articulaciones, columna vertebral, dolor de espalda, artritis enfermedades de los huesos. Sí No
3. ¿Has sufrido algún accidente y/o traumatismo que haya dejado alguna secuela, lesión o complicación? Sí No
4. ¿En los últimos 5 años has acudido al médico o te han practicado alguna prueba especial de laboratorio u otros exámenes o estudios? Sí No
5. ¿Has estado internado en alguna institución médica para estudios, observación, operación, tratamiento o tienes pendiente algún ingreso a hospital, intervención quirúrgica o análisis? Sí No
6. ¿Has sido diagnosticado y/o padeces Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o alguna complicación relacionada con Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida? Sí No
7. ¿Padeces o has sido tratado de otras enfermedades, afecciones o padecimientos no mencionados anteriormente? Sí No

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de estas preguntas, favor de detallar o añadir cuestionario.

Pregunta número	Condiciones, diagnóstico, duración y recuperación	Fecha	Médicos y hospitales

9. Historia familiar

- ¿Hay en tu familia antecedentes de enfermedades del corazón, derrame cerebral, cáncer, diabetes, hipertensión o desórdenes hereditarios? Sí No

Historia familiar	Edad (si viven)	Estado de salud	Edad al morir y causa de muerte (si aplica)
Padre			
Madre			
Hermanos(as) Número de vivos _____ Número de muertos _____			

- ¿Has presentado alguna solicitud de seguros que haya sido rechazada, pospuesta, extraprimada, o bien, la renovación haya sido negada? Sí No

Causa	Compañía

10. Planes y beneficios accidentes personales

Tipo de cobertura:

Círculos de Protección (CP) Renta Asegurada (RA) Titular, cónyuge e hijos (1) Familiar Titular
 Educación Segura (ES) Paquete Familiar (1) Titular y cónyuge (2) Titular e hijos Titular

Suma Asegurada por M.A.			R.M.M.A.		R.G.M.A			I.D.P.H			Prima según forma de pago
Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Titular	Cónyuge	Hijos	Titular	Cónyuge	Hijos	
CP											
ES											
RA											

(1) En el paquete familiar la Suma Asegurada del cónyuge será el 50% de las Sumas Aseguradas del titular y las Sumas Aseguradas de los hijos serán del 25 % de las Sumas Aseguradas del titular.

(2) En la opción titular y cónyuge, la Suma Asegurada de este último será del 50% de las Sumas Aseguradas del titular.

Planes y beneficios accidentes personales (informativo no llenar)

Coberturas	Círculos de Protección	Educación Segura	Renta Asegurada
Muerte Accidental (MA)(3)	Aplica	Aplica	Aplica
Indemnización por Muerte Accidental en transporte público, terrestre o acuático.	Suma Asegurada igual a MA	No aplica	Suma Asegurada igual a MA
Indemnización por Muerte Accidental en transporte aéreo	Suma Asegurada doble de MA	No aplica	Suma Asegurada doble de MA
Pérdidas orgánicas	Suma Asegurada igual a MA Escala B	Suma Asegurada igual a MA Escala A	No aplica
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (RGMA)	Aplica	Aplica (solo hijos)	No aplica
Indemnización diaria por hospitalización (IDPH)	Aplica	No aplica	No aplica
Renta Mensual por Muerte Accidental (RMMA)	No aplica	72 rentas mensuales	36 rentas mensuales

11. Planes y beneficios de graves enfermedades Accidentes Personales (AP)

Individual <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Titular y cónyuge <input type="checkbox"/>	Oncológico <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada	
Coberturas graves enfermedades		Suma Asegurada	Coberturas oncológico	Hombre	Mujer
Muerte Accidental			Diagnóstico de cáncer		
Enfermedades Graves			Cáncer de próstata		
Enfermedades graves cubiertas: infarto al miocardio, cirugía coronaria, infarto y/o hemorragia cerebral, insuficiencia renal crónica, trasplante de un órgano vital, parálisis de las extremidades, diagnóstico de cáncer terminal, quemaduras graves, esclerosis múltiple, distrofia muscular, ceguera.			Indemnización diaria por hospitalización por cáncer		
			Indemnización diaria por intervención quirúrgica por cáncer		
			Cáncer cérvico uterino		
			Prótesis por cirugía radical cáncer de mama		
			Cirugía reconstructiva por cáncer		

Cirugías

Individual Familiar

Coberturas cirugías	Suma Asegurada	Prima según forma de pago	Folio
Indemnización por procedimiento quirúrgico		Total a pagar	
Indemnización diaria por procedimiento quirúrgico		Total a pagar	
No se puede vender Graves Enfermedades con Oncológico			

Educación segura

Kit Junior Master

Renta asegurada

Estándar Silver Gold Platinum

12. Declaraciones adicionales

1. ¿Eres familiar del agente? En caso afirmativo, indica el parentesco: _____ Sí No

2. ¿Alguno de los solicitantes o personas mencionadas en esta solicitud es residente o ciudadano de los Estados Unidos de Norteamérica? En caso afirmativo, indica quién: _____ Sí No

Estados Unidos de Norteamérica? En caso afirmativo, indica quién: _____

13. Designación de beneficiarios

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 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.

El total de los porcentajes de la Suma Asegurada asignado a los beneficiarios para cada participante, deberá ser igual al 100% .

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

Domicilio completo de los beneficiarios:

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

Domicilio completo de los beneficiarios:

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

Domicilio completo de los beneficiarios:

14. Formas y periodicidad de pago

Mensual Trimestral Semestral Anual Pago con referencia bancaria (interpago)

15. Forma de pago subsecuentes

Pago a través de tarjeta de crédito: MasterCard/VISA _____
Número de tarjeta

American Express _____
Número de tarjeta

Pago a través de Chequera:

Banco

Plaza

Número de cuenta

Número de CLABE

Independientemente de la forma de pago y su periodicidad, se hace de su conocimiento que la obligación de pago de la prima del seguro contratado con MetLife Más, S.A. de C.V., a través de la presente solicitud, será la que corresponda a la totalidad de la vigencia solicitada, es decir, que la prima deberá pagarse por toda la vigencia pactada en el seguro de que se trate. Lo anterior, con fundamento en el Artículo 44 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

La Institución Bancaria descrita, tendrá absoluta libertad de cancelarme este servicio si en mi cuenta no existieran fondos suficientes para cubrir los pagos contratados, o bien, ésta estuviera bloqueada por algún motivo válido.

16. Declaraciones adicionales del Solicitante1. ¿Eres familiar del agente? Sí No

En caso afirmativo, indica el parentesco

Padre Madre Cuñado(a) Tío(a) Hijo(a) Primo(a) Otro _____2. ¿Eres ciudadano o residente de los Estados Unidos de Norteamérica?: Sí No

De interés para el solicitante: (debe leerlo antes de firmar). De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se le pregunten en esta solicitud tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se le pregunte podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Por la presente, hago constar que todas las declaraciones y respuestas consignadas en esta solicitud, así como también las hechas o que hayan de hacerse al médico examinador, cuestionarios y enmiendas, son completas, y verídicas para todas las partes interesadas en la póliza solicitada, que ningún agente está facultado para exonerar ninguna condición de MetLife Más.

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimientos y registros de mi persona o mi salud, para que pueda proporcionar cualquier información solicitada por MetLife Más, S.A. de C.V., y a su vez faculto a esta última, para que solicite y obtenga copia de los antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas.

17. Para aspectos internos de MetLife Más

¿Hace cuánto tiempo conoces al(los) solicitante(s)? _____

¿Tu cliente solicita esta póliza para reemplazar otra que tenga con MetLife Más? Sí No ¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí No

¿Con base en qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada? _____

	@	
Nombre y apellido del promotor		Correo electrónico del promotor

Nombre completo del administrativo de la promotoría	Teléfono
@	
Correo electrónico del administrativo de la promotoría	

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quienes 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, adversos o que causen daño en cualquier forma a las instituciones de seguros.

	@	
Nombre y firma del agente quien realizó la entrevista		Correo electrónico del agente

18. Aviso de privacidad MetLife Más, S.A. de C.V.

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife Más, S.A. de C.V. ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, Deleg. 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.metlifemas.com.mx o enviando un correo a centrodecontacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlifemas.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.metlifemas.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.metlifemas.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.

19. Autorización

Autorizo a que los pagos de primas que se generan de acuerdo con el plan de seguro solicitado, se carguen a la cuenta o tarjeta aquí indicadas, con la frecuencia que también se ha indicado. Asimismo reconozco y acepto que en caso de que no sea posible el cargo por causas ajenas a MetLife Más dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima respectiva, cesarán los efectos del contrato por la falta de pago oportuno, en cuyo caso, si es de su interés se podrá rehabilitar la póliza conforme a las condiciones generales de la misma.

No se aceptan pagos en efectivo. Todo cheque debe ser elaborado a nombre de MetLife Más, S.A. de C.V. y con la leyenda de "Para abono en cuenta" y "No negociable" anotando al reverso del mismo el nombre del Asegurado invariablemente. Los pagos realizados en forma distinta a la mencionada son bajo tu cuenta y riesgo.

La cuenta bancaria identificada por la CLABE (Clabe Bancaria Estandarizada) o tarjeta de crédito arriba citada, así como en su caso el número de tarjeta que por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco, será conducto de cobro al cual autorizo para que se sirvan a pagar por mi cuenta a MetLife Más, S.A. de C.V. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se señalan.

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

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingrese a MetLife Más, S.A. de C.V. 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.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro de accidentes personales 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.

Lugar y fecha de firma

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

UNE DE METLIFE MÁS, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279-4542, lada sin costo 01800-640-2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. 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 No. 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

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 PPAQ- S0058-0015-2010 de fecha 9 de Julio de 2010 / CONDUSEF-000072-02.

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-S0058-0223-2015. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0058-0072-2016 de fecha 2 de Junio de 2016; 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-S0058-0403-2015.

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

Domicilio completo

MetLife Más, S.A. de C.V. representante autorizado

Clave del agente _____

Firma de aceptación

1. Se entenderá por accidente aquel evento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales en la persona del solicitante.

Por lo tanto, no se considera accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el solicitante.

2. Si el solicitante fallece a causa de algún accidente ocurrido dentro del período de vigencia de esta cobertura, MetLife Más pagará la Suma Asegurada correspondiente para este beneficio.

3. La edad máxima de aceptación es de sesenta y cuatro (64) años.

4. La indemnización de esta cobertura procederá si los beneficiarios presentan a MetLife Más prueba fehaciente de que el fallecimiento se debió a un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura.

5. En caso de que MetLife Más rechace expresamente la solicitud de seguro antes de los treinta (30) días naturales, o lo haga tácitamente al no comunicar su resolución al vencimiento de dicho plazo, se conviene que esta cobertura quedará cancelada sin responsabilidad alguna para MetLife Más.

EXCLUSIONES

- Si la muerte ocurre después de transcurrir noventa (90) días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el accidente que la originó.
- Si la muerte se debe a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, ocasionadas directamente por un accidente no cubierto.
- Envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
- Inhalación de gas de cualquier clase, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.
- Muerte a consecuencia de riña, cuando el solicitante haya sido el provocador.
- Accidentes ocurridos por culpa grave del solicitante por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.
- Muerte resultante de la participación directa del solicitante en actos delictivos.
- Suicidio o intento de él, cualquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- Muerte sufrida al estar en el servicio militar o naval en tiempos de guerra, participar en revolución, alborotos populares, insurrecciones o manifestaciones. Si la muerte ocurre cuando el solicitante se encuentra en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contenidos de seguridad, resistencia o velocidad o si viajara en motocicleta en forma profesional o amateur u otro vehículo similar de motor.
- Participación en cualquier tipo de navegación aérea, excepto cuando el solicitante viaje como pasajero en un avión de línea comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.
- Participación en cualquier forma de navegación submarina.
- Si la muerte es a consecuencia de la práctica de actividades de paracaidismo, motociclismo, vuelos en alas delta, equitación, charrería, buceo, alpinismo, bungee, tauromaquia, fútbol americano, artes marciales, boxeo y/o lucha de cualquier tipo.

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-S0058-0403-2015, en tanto que el folleto de información de los Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios bajo el registro número RESP-S0058-0050-2015 de fecha 23 de marzo de 2015 / CONDUSEF-G-00091001.

ATENTAMENTE

MetLife Más, S.A. de C.V.

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. 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 documento anexo te estamos entregando folleto que establece los derechos básicos de los contratantes, asegurados 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.metlifemas.com.mx

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en el Distrito Federal y su Área Metropolitana el 5279 4542 y desde el Interior de la República el 01 800 640 2010.