

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre completo del Solicitante

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
-----------	------------------	------------------

Fecha de nacimiento	Sexo	Edad	Nacionalidad
Día / Mes / Año	M H		

	Estado Civil	Ciudad y Estado de nacimiento
--	--------------	-------------------------------

**Datos Laborales**

Nombre de la empresa donde trabaja	RFC con homoclave	Curp
------------------------------------	-------------------	------

Profesión u ocupación principal	Nombre de su puesto y en que consisten sus labores
---------------------------------	--

Giro de la empresa	Domicilio del lugar de trabajo
--------------------	--------------------------------

Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores
-----------------------	---------------------------------------

Empresa en que desempeña su labor
-----------------------------------

**Domicilio Particular**

Calle y número exterior	Número interior
-------------------------	-----------------

Colonia	Ciudad o población	Municipio o Delegación
---------	--------------------	------------------------

Estado	CP	Teléfono particular	Teléfono oficina	Correo electrónico:
--------	----	---------------------	------------------	---------------------

**DATOS DEL CONTRATANTE (en caso de ser diferente al solicitante)**

Nombre completo del contratante

Nombre y/o razón social

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Relación con el solicitante

RFC con Homoclave	CURP	Nacionalidad	Sexo	M	H
-------------------	------	--------------	------	---	---

Correo electrónico	Teléfono particular
--------------------	---------------------

**Domicilio Particular**

Calle y número exterior	Número interior	Colonia
-------------------------	-----------------	---------

Delegación o municipio		Ciudad o población	Estado	Codigo Postal
<b>DATOS DEL PLAN</b>				
Seguro Básico de Accidentes Personales		Suma asegurada (Moneda nacional) Eligir una sola opción: 200,000 ( ) 100,000 ( )		
Forma de pago: Anual				
<b>DATOS DE LOS BENEFICIARIOS</b>				
<p>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.</p> <p>Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como un instrumento adecuado para tales designaciones.</p> <p>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.</p>				
Nombre(s) del(los) Beneficiario(s)		Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada	
<b>OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES</b>				
¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si ( ) No ( )				
Compañía		Suma asegurada		
¿Le han rechazado, limitado, o extraprimado alguna solicitud? Si ( ) No ( )		En caso afirmativo ¿Por qué motivo?		
Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma Asegurada	Estado Actual	Plan	Moneda

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, santorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que hayan acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a MetLife Más, aun cuando no exista un orden judicial o administrativa toda la información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que MetLife Más, lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a MetLife Más la información de su conocimiento y que a su vez MetLife Más, proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

**PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (de acuerdo al conducto de venta)**

**“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro Básico Estandarizado de Accidentes Personales quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Abril de 2016, con el número CNSF-S0058-0164-2016”. / CONDUSEF-000086-02.**

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@metlife.com.mx) o en la dirección Boulevard Manuel Avila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000 México, Distrito Federal.

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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx). y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Distrito Federal o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)”