



Para facilitar los trámites de esta solicitud te pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta negra. No será atendida tu propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras 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](http://www.metlifemas.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.

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

**Datos del solicitante**

Nombre completo del solicitante

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino  Femenino  Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)

En caso de ser mujer, ¿estás embarazada? Sí  No

Nacionalidad(es)

País, ciudad y estado de nacimiento

**Datos laborales**

Nombre de la empresa donde trabajas

Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave

Clave Única de Registro de Población

Profesión u ocupación principal

Nombre de tu puesto y en qué consisten tus labores

Giro de la empresa

Domicilio del lugar de trabajo

Alguna otra ocupación

Describe en qué consisten tus labores

Empresa donde laboras

**Domicilio particular**

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Ciudad o Población

Delegación o Municipio

Estado

Código Postal

Teléfono particular

Teléfono oficina

Correo electrónico

@

**Datos del contratante (en caso de ser diferente al solicitante)**

Nombre y/o Razón Social

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Relación con el solicitante

Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave

Clave Única de Registro de Población

Nacionalidad(es)

País

D D M M A A A A

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino  Femenino 

Correo electrónico @

Teléfono particular

**Domicilio particular**

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Ciudad o Población

Delegación o Municipio

Estado

Código Postal

**Datos del plan**

Suma Asegurada (Moneda Nacional): elegir sólo una opción

TEMPORAL A 5 AÑOS RENOVABLE

Nombre del plan

\$100,000 \$200,000 \$300,000 ANUAL

Forma de pago

**Datos de los beneficiarios**

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.

	Nombre(s) del(los) beneficiarios	Parentesco (Para efectos de identificación)	Fecha de nacimiento	% Participación
1				
	Domicilio particular completo:			
2				
	Domicilio particular completo:			
3				
	Domicilio particular completo:			

	Nombre(s) del(los) beneficiarios	Parentesco (Para efectos de identificación)	Fecha de nacimiento	% Participación
4				
Domicilio particular completo:				
5				
Domicilio particular completo:				
6				
Domicilio particular completo:				

**Otros seguros de vida (esta información no faculta a MetLife para rescindir el contrato de seguro)**

¿Estás solicitando o has solicitado seguros de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios?  
Seguros expedidos (en vigor o cancelados)

Sí  No

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

**Cuestionario médico**

Peso \_\_\_\_\_ kilogramos      Talla \_\_\_\_\_ centímetros

Sí      No

¿Fumas?

¿Padeces o has padecido algunas de las siguientes enfermedades?

1.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Cirrosis hepática, hepatitis "C" o insuficiencia hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Insuficiencia renal o pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifica:

**Autorización (de interés para el solicitante, debe leerlo antes de firmar)**

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya 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, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudio de laboratorio y gabinete y cualquier 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, 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.

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MetLife 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.

\*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 de 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 ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante  
(en caso de ser distinto al Contratante)

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

**Para aspectos internos de la compañía**

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre completo del agente	Porcentaje	Clave
Nombre completo del promotor	Porcentaje	Clave

Nombre del agente	Clave del agente	Oficina de envío	Número de promotoría	Participación	Firma del agente

¿Estás seguro que el cliente llenó y firmó esta solicitud?      Sí       No

## 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](http://www.metlifemas.com.mx) o enviando un correo a [centrodecontacto@metlife.com.mx](mailto:centrodecontacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlifemas.com.mx](http://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](http://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](http://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.

### UNE DE METLIFE MÁS (Unidad Especializada de la Aseguradora)

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](http://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](mailto: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](mailto: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](http://www.condusef.gob.mx)

**En cumplimiento a lo dispuesto por 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 10 de Mayo de 2016 con el número CNSF-S0058-0204-2016 / CONDUSEF-000103-01. En tanto que la cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada a partir del día 2 de junio de 2016, con el número CGEN-S0058-0070-2016.**