

Solicitud maestra para emisión del seguro colectivo de accidentes personales círculos de protección

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.

A efecto de obtener de MetLife Más, S.A. de C.V., la expedición de una póliza de accidentes personales colectivo, cuyas características se mencionan enseguida.

Datos del Contratante

Denominación o razón social _____ Folio mercantil (empresa nacional) _____

Fecha de constitución | _____ | _____ | _____
Registro Federal de Contribuyentes _____ Día Mes Año Nacionalidad _____
Giro de la empresa _____

Domicilio del Contratante

Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____
Colonia _____ Alcaldía o municipio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____ @ _____

Apoderado o representante legal

Nombre completo del apoderado o representante legal que con su firma se pueda llevar la operación de que se trate _____
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Descripción de la colectividad - números asegurados

Información del riesgo

Ubicación geográfica _____ Actividad genérica de la colectividad asegurable _____
Cobertura específica _____ Tipo de asegurados _____ Tipo de riesgo _____
El objeto del seguro es proporcionar una prestación Sí No Experiencia y porcentaje de dividendos _____
Inicio de vigencia Fin de vigencia

Obligaciones del contratante:

- 1.- Administrar la póliza
- 2.- Formar el registro de asegurados
- 3.- Recabar el consentimiento por escrito de cada uno de los asegurados y resguardar dichos documentos
- 4.- Expedir los certificados individuales

Forma de pago

Porcentaje de participación del empleado en el pago de la prima

Coberturas	Suma Asegurada o regla	Comentarios

Se acompañan las constancias del consentimiento de cada uno de los miembros de la colectividad, que al celebrarse el contrato serán asegurados, los cuales contienen tanto los datos para apreciar los riesgos como la designación de beneficiarios. El Contratante debe indicar si al momento de contratación de la póliza existen integrantes que se encuentren en proceso de dictamen de invalidez.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por 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.

Conducto

Nombre del conducto

Declaraciones

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 las secciones de estructura corporativa y accionistas formato 4

Declaraciones propietario real / Persona que ejerce el control (campos obligatorios)

Declaraciones propietario real: 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 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%.

Estructura corporativa y composición accionaria**Número de accionistas (personas físicas)**

Porcentaje de participación en el capital social

- | | | | | | |
|----|--------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------|---|
| 1. | _____
Nombre(s) | _____
Apellido paterno | _____
Apellido materno | _____
Nacionalidad | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2. | _____
Nombre(s) | _____
Apellido paterno | _____
Apellido materno | _____
Nacionalidad | <input type="text"/> <input type="text"/> % |

Número de accionistas (personas morales)

- | | | | |
|----|--------------------------------------|-----------------------|---|
| 1. | _____
Denominación o Razón Social | _____
Nacionalidad | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2. | _____
Denominación o Razón Social | _____
Nacionalidad | <input type="text"/> <input type="text"/> % |

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. (campos obligatorios):

				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 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.

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 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.

Nombre y firma del representante legal del cliente

Firma del agente / broker

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 Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, 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 servicio, 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 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.metlifemas.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 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. **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.

UNE de MetLife Más, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555279 4542, lada sin costo 800 640 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 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, 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 555340-0999 o lada sin costo 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

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- S0058-0017-2010 de fecha 1 de junio de 2010 / CONDUSEF-000070-02.

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. En tanto que las disposiciones derivadas del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, quedaron registradas el día 25 de noviembre de 2020 bajo RESP-S0058-0004-2020/ CONDUSEF-G-01292-001.

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-S0058-0415-2015 de la fecha 29 de abril de 2015/ CONDUSEF-G-000910-02.

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 un 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?

Antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Solicitar a los agentes, 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 periodo 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 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 su Área Metropolitana el 555279 4542 y desde el Interior de la República el 800 640 2010.
