

## Solicitud de cambio en las condiciones de la póliza

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.

Datos generales		
Lugar y fecha	Número de póliza	Registro Federal de Contribuyentes <input type="text"/>
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Nombre de la empresa (en caso de ser persona moral )		
El que suscribe Asegurado o Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife Más, S.A. de C.V. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:		
Señale el(los) trámite(s) a efectuar por póliza		
DM <sup>1</sup> endoso sin afectación API <sup>2</sup>		DM <sup>1</sup> actualización de información artículo 492
Corrección de nombre y apellidos		Actualización de información artículo 492 (anexar formato 5 artículo 492 actualización de información)
Cambio de Contratante (anexar formato 5 artículo 492 actualización de información)		
Cambio de domicilio		DM <sup>1</sup> cancelaciones API <sup>2</sup>
Cambio de beneficiario (anexar formato identificación de beneficiarios)		Cancelación de póliza
Cartas estatus		DM <sup>1</sup> aclaración de pagos API <sup>2</sup>
Corrección Registro Federal de Contribuyentes		Devolución de primas
Duplicado de endoso		Aclaración de pagos
Cambio clave de agente		<sup>1</sup> Direct Marketing (Mercados Directos) <sup>2</sup> API (Accidentes Personales Individual) *Anexar formato instrucción a la aseguradora para que el pago de primas sea realizado con cargo automático a cuenta bancaria personal y/o tarjeta de crédito)
Cambio de fecha de emisión		
Duplicado de recibo		
DM <sup>1</sup> endoso con afectación API <sup>2</sup>		
Rehabilitación (anexar solicitud de rehabilitación)		
Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito*		
Cambio de conducto de cobro a CLABE bancaria*		
Cambio de Suma Asegurada		
Cambio de forma de pago		
Cambio de plan		
Cambio de edad		
Reconsideración de dictamen		
Inclusión o exclusión de extra primas		
Inclusión o exclusión de beneficios adicionales		
Inclusión o exclusión del beneficio de no fumador		
Actualización de correo electrónico / número de teléfono celular		
Detalle de la modificación a efectuar		

**Autorización**

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios solicitados surtan efecto a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, de ser aprobados por la Aseguradora quedarán sin alteración.

La aceptación de MetLife Más, S.A. de C.V. de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife Más, S.A. de C.V. remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx). 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 de MetLife México S.A.

Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación	Clave agente	Sucursal	Clave y nombre de promotoría	Correo electrónico del promotor
Firma del Asegurado	Correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante		Firma del Contratante	

**UNE de MetLife Más, S.A. de C.V. (Unidad Especializada de la Aseguradora)**

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279 4542, lada sin costo 01 800 640 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 [unidad ESPECIALIZADA@metlife.com.mx](mailto:unidad ESPECIALIZADA@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 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, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://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 CGEN-S0058-0163-2013 de fecha 29 de agosto de 2013.**

**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.**