

Solicitud de rehabilitación

Número de póliza _____				
Nombre completo del solicitante (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)				
Enviar correspondencia al domicilio				
Particular <input type="checkbox"/> De cobro <input type="checkbox"/>				
Domicilio particular		Domicilio de cobro		
Calle y número _____		Calle y número _____		
Colonia _____		Colonia _____		
Población _____		Población _____		
Contesta íntegramente este cuestionario				
1. ¿Te ha sido rechazada, cancelada o extraprimada la solicitud o la renovación de la póliza de seguro de vida?		6. ¿Cuánto mides? _____ mts.		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		7. ¿Cuánto pesas? _____ kgs.		
2. ¿Has padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad ameritando hospitalización?		8. ¿Has padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad venérea?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. ¿Has sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad?		9. ¿Se te han practicado pruebas del SIDA?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad o estás sujeto a algún tratamiento médico?		10. ¿Has donado o recibido transfusión de sangre en los últimos cinco años?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica?				
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
(Contestar las siguientes preguntas si el solicitante es mujer)				
11. ¿Estás embarazada?		12. ¿Has tenido abortos?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Qué mes cursa tu embarazo? _____				
En caso de respuestas afirmativas, dar amplia información en el cuadro siguiente				
Pregunta número	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual
Sección complementaria				
¿Cuál es tu ocupación actualmente y detállala?				
¿Qué deportes practicas actualmente?		¿Vuelas actualmente en líneas aéreas?		

Importe de la prima de depósito

Conducto de cobro: Efectivo Cheque

Entregado a: Agente Compañía

Fecha de vencimiento de la primera
prima vencida y no pagada

Si solicita algún cambio en la póliza a partir de la rehabilitación favor de indicarlo.
Declaro que las respuestas han sido estrictamente apegadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de rehabilitación quedará condicionado a la prima de depósito y a la presentación de los registros de asegurabilidad que me sean solicitados por MetLife Más, S.A. de C.V., de acuerdo a la cláusula de rehabilitación de las condiciones generales de la póliza.
Quedo enterado que la rehabilitación se hará a partir del momento en que sea aceptada expresamente por MetLife Más, S.A. de C.V.

Lugar y fecha

Nombre del agente

Clave número

Participación

Sucursal

Firma del Asegurado

Firma del agente