

## Solicitud de rehabilitación

Número de 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.

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.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

1. Datos generales del Asegurado			
Nombre(s) _____		Apellido paterno _____	
Apellido materno _____		_____	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Registro Federal de Contribuyentes		Clave Única de Registro de Población	
2. Domicilio y datos de contacto del Asegurado (solo aplica en caso de requerir actualización de domicilio)			
Calle / Avenida _____		Número exterior _____	Número interior _____
Código postal _____	Colonia / Barrio _____	Municipio / Delegación _____	Ciudad / Población _____
Estado _____	País _____		
Teléfonos			
( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____
Particular	Oficina / Laboral	Extensión	Móvil
3. Ocupación del Asegurado			
Empleado activo <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____
Profesional independiente <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Ingreso mensual \$ _____ aproximado (pesos)
Detalle de la ocupación o profesión _____			
Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras _____		<b>Sector económico</b> Industria <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Actividades agropecuarias <input type="checkbox"/> Gobierno <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
¿Qué deporte practicas? _____		¿Vuelas actualmente en líneas aéreas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Qué tipo de línea: Comercial <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	

Contesta íntegramente este cuestionario	
1. Te ha sido rechazada, cancelada o extraprimada la solicitud o la renovación de la póliza de seguro de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. ¿Has padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad venérea? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Has padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad ameritando hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. ¿Se te han practicado pruebas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Has sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Has donado o recibido transfusión de sangre en los últimos cinco años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Padeces actualmente alguna enfermedad o estás sujeto a algún tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Solo en caso de ser mujer contestar las siguientes preguntas: 11. ¿Estás embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué mes cursa tu embarazo? _____
5. ¿Se te ha practicado alguna intervención quirúrgica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Cuánto mides? _____ metros	12. ¿Has tenido abortos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Cuánto pesas? _____ kilogramos	

**En caso de respuestas afirmativas en algunas de las preguntas anteriores deberás ampliar la información en el cuadro siguiente**

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades	Lesiones, estudios o tratamientos	Fecha (Día / Mes / Año)	Duración (lesiones, estudios o tratamientos)	Condición física actual

#### Aviso de privacidad de MetLife México, S.A

**I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos.** MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 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.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.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.metlife.com.mx](http://www.metlife.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.metlife.com.mx](http://www.metlife.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 (Unidad Especializada de la Aseguradora)**

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 Ávila Camacho número 32, piso 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)

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 del correo electrónico antes señalado. Sí  No

Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación	Clave del agente	Sucursal	Clave y nombre de la promotoría o corredor	Correo electrónico del promotor o corredor
Lugar y fecha	Firma del Contratante y/o Asegurado según corresponda a la solicitud		Correo electrónico del Contratante y/o Asegurado	

**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-S0034-0194-2014 de fecha 16 de diciembre de 2014.**

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de octubre de 2016 con el número CGEN-S0034-0135-2016 / CONDUSEF-G-00105001. En tanto que la cláusula de aviso de privacidad se encuentra registrada a partir del día 02 de junio de 2016, con el número CGEN-S0034-0069-2016.**

**En tanto que el registro de la modificación a las referencias a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas quedó registrada a partir del día 21 de abril del 2015, con el número RESP-S0034-0402-2015.**

