

Solicitud de cambios para pólizas gastos médicos mayores individual

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

Datos generales del Contratante		
Lugar y fecha		Número de póliza <input type="text"/>
Apellido paterno		Apellido materno
Registro Federal de Contribuyentes <input type="text"/>		Nombre(s) <input type="text"/>
El que suscribe como Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife México, S.A. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones:		
Señala solo un trámite a efectuar por póliza:		
Modificación de nombre y apellidos		Cambio de forma de pago
Cambio de Contratante (anexar formato 5 actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)		Reconsideración de dictamen
		Inclusión o exclusión de extraprimas
		Inclusión o exclusión de coberturas
Cambio de domicilio		Inclusión y exclusión de dependientes
Corrección Registro Federal de Contribuyentes		Inclusión o exclusión de asegurados
Cambio de beneficiario cobertura Muerte Accidental y últimos gastos (anexar formato identificación de beneficiarios)		Cancelación de póliza
		Cancelación gastos médicos mayores devolución nota de crédito
Duplicado de póliza		Devolución de primas
Duplicado de endoso		Aclaración de pagos
Cambio clave de agente		Duplicado de recibo
Reconocimiento de antigüedad gastos médicos mayores		Otro
Rehabilitación*		
Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito y débito*		<ul style="list-style-type: none"> Los cambios solicitados serán afectados por la tarifa vigente a la fecha del cambio En caso de existir algún siniestro, la aceptación de la solicitud quedará sujeta a valoración
Cambio de conducto de cobro a CLABE Interbancaria*		
Cambio de conducto de cobro a agente*		
Actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas		
Detalle de la modificación a efectuar (indicar dato nuevo)		
*Anexar formato correspondiente		

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 _____ del _____. 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 México, S.A. de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife México, S.A. 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. 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.

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

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 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 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

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
Firma del Asegurado	Correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante		Firma del Contratante	