

## Solicitud FlexiLife

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 esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

Número de solicitud CP DES: \_\_\_\_\_

Número de solicitud: \_\_\_\_\_

### 1. Datos generales del Contratante\* / solicitante

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Año Mes Día \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Clave Única de Registro de Población \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Unión libre

Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Tipo de identificación oficial vigente \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_

#### Lugar de nacimiento:

Ciudad / Población \_\_\_\_\_ Estado / Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Nacionalidad(es) \_\_\_\_\_  
 @ \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_

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

### 2. Domicilio y datos de contacto del Contratante / solicitante

#### Domicilio particular

Calle / Avenida \_\_\_\_\_ Número exterior \_\_\_\_\_ Número interior \_\_\_\_\_  
 Código postal \_\_\_\_\_ Colonia / Barrio \_\_\_\_\_ Municipio / Alcaldía \_\_\_\_\_ Ciudad / Población \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

#### Teléfonos de contacto:

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Particular \_\_\_\_\_ Oficina / Laboral \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_

### 3. Ocupación del Contratante / solicitante

#### Ocupación o profesión

Empleado activo  Comerciante  Ama de casa  Otro  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Profesional independiente  Jubilado  Estudiante  Ingreso mensual \$ \_\_\_\_\_  
 aproximado (pesos)

Detalle de la ocupación o profesión

**Sector económico**

Denominación o razón social de la empresa o dependencia donde laboras

Industria

Servicios

Gobierno

Actividades agropecuarias

Otro

Detalle giro mercantil, actividad u objeto social

\*El Contratante es la persona que se obliga con MetLife a pagar la prima y en su caso realizar las aportaciones adicionales.

Especificar: \_\_\_\_\_

**4. Forma de pago**

Periodicidad de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Modo de pago: Efectivo  Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE  Día de cargo: \_\_\_\_\_

En caso de seleccionar cargo automático indicar los instrumentos bancarios de cobro y el orden:

**Información bancaria del solicitante**

Opción	Banco emisor de tarjeta / CLABE	CLABE	Número de token	
			Crédito <input type="checkbox"/>	Débito <input type="checkbox"/>
1				
2				
3				

**5. Perfil transaccional del solicitante**

Indica volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

	Aportaciones	Retiros
Número aproximado de transacciones anuales		
Monto aproximado de transacciones anuales (en moneda nacional)	\$	\$

**6. Declaraciones**

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? Sí  No

En caso afirmativo indica: País(es) \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos \_\_\_\_\_

¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? Sí  No

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, llenar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos y contestar la siguiente pregunta:

¿Eres accionista (vínculo patrimonial) de alguna sociedad o asociación? Sí  No

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 4 para sociedades y asociaciones relacionadas

En caso de tener nacionalidad extranjera o tener residencia en el extranjero, especifica las razones por las cuales es de tu interés la contratación de un seguro en territorio nacional:

¿Actúas por cuenta propia?

Sí  No

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 2 para propietario real

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife? Sí  No

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 3 para proveedor de recursos

### 7. Beneficiarios del solicitante titular

**Advertencia:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

	Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
1	Domicilio particular completo:					
2	Domicilio particular completo:					
3	Domicilio particular completo:					
4	Domicilio particular completo:					
5	Domicilio particular completo:					

En caso de designar a una persona moral llenar los siguientes datos:

	Denominación o razón social	Relación	Fecha de constitución	Porcentaje participación
1				

Domicilio completo

### Información adicional

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Datos del plan

Moneda: Moneda nacional

Plan: FlexiLife

Suma Asegurada \$ \_\_\_\_\_

Plazo: 10 años

20 años

Edad alcanzada 65 años

¿Cuál es tu estatura? \_\_\_\_\_ metros

¿Cuál es tu peso? \_\_\_\_\_ kilogramos

¿Fumas? Sí  No

### 9. Opción de liquidación

Registro de cuenta para el pago de los retiros parciales.

Abono a mi cuenta personal que tengo con:

Santander Serfin

Scotiabank - Inverlat

Cuenta \_\_\_\_\_

BBVA - Bancomer

HSBC

Sucursal \_\_\_\_\_ Plaza \_\_\_\_\_

Banamex

Otro banco

CLABE

Cheque para su entrega en oficinas de MetLife México, S.A.

**Importante:**

- 1.- Para efectos de seguridad en los retiros de la reserva, el titular de la cuenta bancaria deberá ser el Asegurado.
- 2.- La llave para efectuar consulta de saldos o retiros, será a través de su clave de referencia, la cual será entregada por su ejecutivo o agente en forma confidencial.
- 3.- La clave de referencia es absolutamente confidencial y el Asegurado será responsable por el mal uso que dé a la misma, sin responsabilidad alguna para MetLife México, S.A.
- 4.- MetLife México, S.A. queda liberada del pago desde el momento en que están a disposición del Asegurado las cantidades solicitadas en la cuenta arriba indicada.
- 5.- En caso de cambio de cuenta bancaria, el Asegurado deberá notificarlo personalmente a MetLife México, S.A.
- 6.- La transferencia a cuentas bajo el rubro de "otro banco" será aplicada en 24 horas y la disposición quedará de acuerdo a los montos requeridos, apegados a la política del banco respectivo.

**10. Declaraciones de salud**

Declaro que estoy actualmente en buen estado de salud y que durante los últimos 3 años no he sufrido, ni padezco en el presente, ninguna de las enfermedades / afecciones siguientes:

Ataque al corazón, apoplejía, cáncer, enfermedad del riñón, hipertensión arterial, desorden de pulmones o sistema respiratorio, desorden del sistema músculo - esquelético o desorden del sistema nervioso. Tampoco soy portador del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o padezco del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y declaro que no consumo drogas o estupefacientes, ni soy alcohólico y que al momento de firmar esta declaración no tengo ninguna cirugía pendiente de realizarme o se me haya indicado que tengo una enfermedad terminal.

En caso de que la declaración establecida en la propuesta de aseguramiento no se apegue a su realidad, favor de indicar las enfermedades, afecciones, padecimientos y/o hábitos de las cuales ha sido diagnosticado o que se encuentre en tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

**11. Cuestionario (solo llenar para Sumas Aseguradas mayores o iguales a \$150,000 pesos)**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad (incluyendo cáncer), afección o lesión?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿En los últimos 5 años has consultado a algún médico, o has estado sujeto a tratamiento médico?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Has sido internado en algún hospital o sanatorio para diagnóstico o tratamiento quirúrgico en los últimos 5 años o tienes pendiente alguna intervención quirúrgica? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿En los últimos 3 años se te ha detectado algún tumor, afección cardiovascular o se te han practicado electrocardiogramas?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿En tu familia (padre, madre, hermanos o abuelos) han habido casos de diabetes, infarto o diagnóstico de cáncer antes de los 60 años de edad?                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Te han practicado en los últimos dos años estudios de laboratorio o gabinete?   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Has consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual, como sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o gonorrea?           | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Has variado de peso en los últimos 12 meses?  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Especifica causa: _____   |                             |                             |

12. Cuestionario general y hábitos del solicitante titular												
En la actualidad	Sí	No	Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuándo? (años)		Sí	No	Clase	Cantidad diaria	¿Desde cuándo? (años)	
9. ¿Fumas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarros <input type="checkbox"/>			10. ¿Ingieres bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whisky <input type="checkbox"/>			
			Pipa <input type="checkbox"/>						Cerveza <input type="checkbox"/>			
			Puro <input type="checkbox"/>						Vino <input type="checkbox"/>			
			Otros <input type="checkbox"/>						Licor <input type="checkbox"/>			
11. ¿Usas drogas o estimulantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? (años)							Ron <input type="checkbox"/>		
			_____							Brandy <input type="checkbox"/>		
			_____							Tequila <input type="checkbox"/>		
			_____							Otro <input type="checkbox"/>		
			_____									

12. ¿Practicas alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, ala delta, planeador), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, tauromaquia o charrería? Sí  No

Otros ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 12, llenar el cuestionario correspondiente**

**Sólo para ser requisitado por mujeres**

13. ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad de tipo ginecológico (ovarios o matriz)? Sí  No

14. ¿Estás embarazada? Sí  No  En caso afirmativo, indicar meses de embarazo: \_\_\_\_\_

**En caso de respuesta afirmativa de cualquier pregunta de la 1 a la 14, favor de ampliar la información:**

Pregunta número	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fechas en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual

**13. Otros seguros seguros de vida (llenar para sumas aseguradas mayores o iguales a \$150,000 pesos)**

(Esta información no faculta a la compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

¿Has solicitado y se encuentra en trámite otro seguro de vida? Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía                      Fecha                      \$  
Suma Asegurada

¿Estás actualmente asegurado y pagando primas de otro seguro de vida? Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía                      Fecha                      \$  
Suma Asegurada

**14. Información del agente (para aspectos internos de MetLife México, S.A.)**

¿Hace cuánto tiempo conoces al solicitante? \_\_\_\_\_

¿Solicita tu cliente esta póliza para reemplazar otra que tenga con MetLife México, S.A.? Sí  No

¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Sí  No

¿Con base en qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada? \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del promotor \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del promotor

Nombre completo del administrativo de la promotoría \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del administrativo de la promotoría

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del agente

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

Nombre y firma del agente quien realizó la entrevista \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Correo electrónico del agente

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

**I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos.** MetLife México, S.A., ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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

#### 15. Autorizaciones

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.

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por lo 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.**

Así mismo estoy consciente que la presente solicitud de seguro ampara un plan con los beneficios establecidos en los artículos 151 y 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y que en caso de contratar alguno o ambos planes, es mi deber cumplir con las disposiciones establecidas en la legislación fiscal vigente.

## Autorización para el caso de cargo automático de pago

Solicito y autorizo a la institución operadora antes señalada para que, con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente o el contrato de depósito en cuenta corriente, según corresponda, que tengo celebrado y respecto de los cuales me fue expedida la tarjeta citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado la institución operadora o la cuenta bancaria respectiva, se sirvan pagar por mi cuenta a MetLife México, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y montos que se detallan en la póliza suscrita con la citada aseguradora. MetLife México, S.A. se obliga y es responsable de cumplir con: i) la información generada correcta y oportuna de los cargos al tarjetahabiente o pagador. ii) de la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a la institución operadora de toda reclamación que se generara por parte del tarjetahabiente. Los cargos los podrá realizar MetLife México, S.A. por conducto de sus apoderados con facultades suficientes a través del servicio elegido y los depósitos se harán en la(s) cuenta(s) instruida(s) que la aseguradora tiene contratadas con la institución operadora a través del mismo procedimiento o de cualquier otro que convengan a la institución operadora y a MetLife México, S.A. Cada uno de los cargos se efectuará en la fecha de vencimiento de cada prima que corresponda. En caso de que por causas imputables al Asegurado y/o Contratante no pueda efectuarse el cargo correspondiente en las fechas convenidas, o bien, cuando a más tardar el quinto día hábil siguiente a la fecha propuesta para el cargo automático de prima a tarjeta de crédito / débito / CLABE, el Asegurado y/o Contratante no advierta la realización del cargo a la cuenta indicada, y mientras la obligación del pago se encuentre dentro del plazo establecido para el pago de prima, deberá pagarse directamente en las oficinas de MetLife México, S.A. o a través de depósito en la cuenta bancaria de la aseguradora las cantidades correspondientes. Los números de cuenta para el depósito bancario podrán ser obtenidos llamando al call center de la aseguradora, accediendo a la página web de la aseguradora o bien con su agente de seguros. Los pagos recibidos fuera del plazo establecido en el contrato de seguro no implica la continuidad de las coberturas contratadas. Si el plan de seguro prevea futuras modificaciones a la misma prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad que resulte, sin que sea necesario firmar una nueva solicitud-autorización de cargo automático a tarjeta. Esta autorización estará vigente mientras no sea expresamente revocada por medio de un escrito firmado y dirigido a la aseguradora, con 30 días naturales previos a la fecha de terminación de la vigencia de la autorización señalada. El suscrito expresamente libera a la institución operadora señalada, de toda responsabilidad que pudiera derivarse de los cargos que se efectúen con base en las presentes instrucciones.

Doy mi consentimiento a MetLife México S.A. para compartir la información contenida en este documento, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, conforme a la regulación aplicable, misma que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales y calidad en el servicio, resaltando que la misma tiene el carácter de confidencial.

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingrese a MetLife ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

### 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

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha en que se firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

### UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 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 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@metlife.com.mx) o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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](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)

**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 22 de enero de 2008 con el número CNSF-S0034-0067-2008 / CONDUSEF-000180-02; en tanto que las disposiciones derivadas del artículo 492 de la Ley de las Instituciones de Seguros y de Fianzas, quedaron registradas el día 25 de noviembre de 2020 bajo el RESP-S0034-0003-2020.**





## 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 o de 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 este documento te entregamos los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro.**

### ¿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/o 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 del 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 del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima del 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.

Recuerda que puedes tener mayor información de tu seguro directamente con tu agente de seguros, en [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.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 Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

#### **Ciudad de México:**

- **Reforma:** Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- **Guadalajara:** Avenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan, Jalisco.
- **Monterrey:** Calzada del Valle número 120 oriente, planta baja, Colonia del Valle, Código postal 66220, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.

Atentamente

**MetLife México, S.A.**

**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 folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios, quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 23 de marzo de 2015, con número RESP-S0034-0049-2015 / CONDUSEF-G-000780-01.**