

Solicitud de Seguro Educativo EducaLife



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

Número _____

1. Datos del Contratante			
El Contratante es: Persona Física ☐ Persona Moral ☐			
Apellido Paterno, Materno y Nombre o Nombre de la Persona Moral		R.F.C.	C.U.R.P.
2. Domicilio Particular (Contratante)			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Código Postal
Colonia	Delegación o Municipio		
Población o Ciudad	Estado	Teléfono	
3. Domicilio Pago (Contratante)			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Código Postal
Colonia	Delegación o Municipio		
Población o Ciudad	Estado	Teléfono	
4. Datos del Asegurado Titular			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre
_____ _____ _____ _____ _____ _____	Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Unión Libre ☐		
Fecha de Nacimiento (AAAA-MM-DD)		Edad / Años	
R.F.C.		Sexo F ☐ M ☐	Lugar de Nacimiento (Población, Estado y País)
Teléfono Celular		Dirección de Correo Electrónico	Enviar correspondencia al domicilio El Solicitante es el mismo que el contratante
		Casa ☐ Trabajo ☐	Si ☐ No ☐
5. Domicilio Particular (Solicitante Titular)			
Calle	Número Exterior	Número Interior	Código Postal
Colonia	Delegación o Municipio		
Población o Ciudad	Estado	Teléfono	
6. Beneficiarios del Solicitante Titular (Cobertura por Fallecimiento del Asegurado Titular)			
No.	Nombre(s) y Apellidos de los Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación %

Advertencias: 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 efectos 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.

7. Moneda **Dólares** ☐ **UVAC's** (Unidad de Valor Adquisitivo Constante) ☐

Detalles del Plan (Coberturas del Asegurado Titular)

Fumador	Temporal ¹	Suma Asegurada	GPPF ¹	GPPI ¹	GF ²
Si ☐ No ☐	Si ☒ No ☐	\$ _____	Si ☒ No ☐	Si ☒ No ☐	Si ☐ No ☐
PASi ³		Suma Asegurada	GE ⁴	Suma Asegurada	
Si ☐ No ☐		\$ _____	Si ☐ No ☐	\$ _____	

¹ Se incluyen de forma automática las coberturas de Seguro Temporal, Garantía de Pago de Primas por Fallecimiento (GPPF) y la Garantía de Pago de Primas por Invalidez (GPPI), cuyo costo será reflejado en la prima total de la póliza del seguro.
² GF= Gastos Funerarios, la Suma Asegurada será de \$8,000 Dólares ó 7,000 UVAC's de acuerdo a la moneda seleccionada para el producto.
³ PASI= Pago Adicional de Suma Asegurada por Invalidez.
⁴ GE= Graves Enfermedades.

8. Beneficio adicional de accidentes para el Asegurado Titular (Indique sólo una cobertura pues son excluyentes entre sí)

IMA (Indemnización por Muerte Accidental) Si ☐ No ☐ Suma Asegurada \$ _____
TI (Triple Indemnización por Muerte Accidental y/o pérdidas orgánicas) Si ☐ No ☐

9. Cuestionarios Básicos (Asegurado Titular)

Aviación y Deportes Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐

¿Tiene o ha tenido licencia de piloto aviador? ¿Vuela aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? En caso afirmativo ¿Desea cubrir el riesgo? Si ☐ No ☐

¿Practica alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, juegos de azar o apuestas, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en la nieve, ski en agua, tiro al blanco, tauromaquia o charrería? Otros, ¿Cuál? En caso de que su respuesta sea afirmativa requisitar el cuestionario correspondiente Si ☐ No ☐

10. Otros Seguros de Vida

(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)
¿Está asegurado con otras Compañías en vida o accidentes personales? Si ☐ No ☐

Nombre de la Compañía	Ramo	No. de Póliza	Suma Asegurada	Beneficios Adicionales
Si ☐ No ☐				
¿Ha sido rechazado o extraprimado por alguna otra Compañía? ¿Cuál?				
Si ☐ No ☐ \$ _____				
¿Está solicitando actualmente otro seguro? Suma Asegurada solicitada Compañía				

11. Hábitos

En la actualidad	Clase	Cantidad Diaria	Desde Cuando
¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐			
¿Usa drogas o estimulantes? Si ☐ No ☐			
¿Fuma? Si ☐ No ☐	Cigarrillos ☐ Puro ☐ Pipa ☐ Otros ☐		
Si en el pasado hizo uso de uno o varios de estos productos indique fecha de inicio, fecha de término y causa por la que dejó de consumirlo(s).			

12. Cuestionario médico para el Asegurado Titular (Sólo requisitar en solicitudes sin examen médico)

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

¿Cuál es su peso? Si ☐ No ☐ ¿Cuál es su estatura? _____

¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Kgs. aumentados _____ Kgs. disminuidos _____

Nombre del Médico al que acostumbra consultar					
Domicilio			Teléfono		
13. Padece o ha padecido de:					
1. ¿Alguna enfermedad en el corazón o la circulación?	Si ☐	No ☐	18. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Si ☐ No ☐	
2. ¿Presión arterial alta?	Si ☐	No ☐	19. ¿En los últimos 24 meses ha consultado a algún médico?	Si ☐ No ☐	
3. ¿Alguna enfermedad de los pulmones y los bronquios?	Si ☐	No ☐	20. ¿Estará usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Si ☐ No ☐	
4. ¿Úlceras en el estómago o duodeno?	Si ☐	No ☐	21. ¿En los últimos dos años le han practicado alguna prueba especial de laboratorio?	Si ☐ No ☐	
5. ¿Enfermedad del hígado o vías biliares?	Si ☐	No ☐	22. ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual como sífilis, SIDA o gonorrea?	Si ☐ No ☐	
6. ¿Enfermedades del intestino, colon o recto?	Si ☐	No ☐	23. ¿Ha recibido transfusiones de sangre en los últimos dos años?	Si ☐ No ☐	
7. ¿Enfermedades de los riñones?	Si ☐	No ☐	24. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	Si ☐ No ☐	
8. ¿Enfermedades de la próstata?	Si ☐	No ☐	25. ¿Ha sido internado para diagnóstico o tratamiento?	Si ☐ No ☐	
9. ¿Enfermedades de la vejiga?	Si ☐	No ☐	26. ¿Electrocardiograma, estudios de gabinete, radiografías o estudios de ultrasonido?	Si ☐ No ☐	
10. ¿Diabetes Mellitus?	Si ☐	No ☐	27. ¿Le falta algún miembro o parte de él o tiene alguna deformidad?	Si ☐ No ☐	
11. ¿Algún tumor maligno o cáncer?	Si ☐	No ☐	Si el solicitante es mujer, padece o ha padecido		
12. ¿Pérdida del conocimiento y convulsiones?	Si ☐	No ☐	28. Enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz	Si ☐ No ☐	
13. ¿Parálisis?	Si ☐	No ☐	29. ¿Está embarazada?	Si ☐ NO ☐ Meses de embarazo _____	
14. ¿Trastornos nerviosos o mentales?	Si ☐	No ☐	30. ¿Ha estado embarazada?	Si ☐ NO ☐ No. de embarazos _____	
15. ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones?	Si ☐	No ☐	31. Fecha de su última revisión ginecológica _____		
16. ¿Tiene algún defecto visual o auditivo?	Si ☐	No ☐			
17. ¿Antecedentes patológicos y enfermedades actuales?	Si ☐	No ☐			
14. Para el beneficio de graves enfermedades					
¿Ha tenido solicitud de seguro de vida, gastos médicos o de cobertura de Graves Enfermedades que haya sido declinado o aceptado bajo condiciones especiales? Si ☐ NO ☐					
En caso de tener una cobertura de Graves Enfermedades, favor de proporcionar detalles					
15. En caso de respuesta afirmativa favor de ampliar la información					
Pregunta	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual	
16. Historia familiar (Padecen o han padecido sus ascendientes o descendientes directos de:)					
1. ¿Diabetes?	Si ☐ NO ☐	2. ¿Demencia?	Si ☐ NO ☐	3. ¿Infarto al miocardio?	Si ☐ NO ☐
4. ¿Epilepsia?	Si ☐ NO ☐	5. ¿Cáncer?	Si ☐ NO ☐		

17. Historia médica familiar del Asegurado Titular					
Parentesco con el Asegurado Titular		Edad actual o fecha de fallecimiento	Estado de salud	Causa de muerte	
18. Otros detalles					
Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐					
Forma de Pago solicitada		Conducto de Pago			
		Cargo automático a tarjeta de crédito ☐ No. de Tarjeta			
Fecha de Solicitud (AAAA-MM-DD)		CIE* ☐			
		Agente ☐ Banco *Concentración Inmediata Empresarial			
19. Datos adicionales si el solicitante es mujer					
¿De qué fuente obtiene sus ingresos?		¿Quién pagará las primas?			
Nombre completo de su esposo		Edad			
¿Por cuánto está Asegurado su esposo a su favor?		Sí su esposo no esta Asegurado, indique la causa			
20. Información sobre su ocupación (Asegurado Titular)					
Nombre de la Empresa o Negocio		Giro			
Población y Estado		Teléfono			
Auto ☐ Autobús ☐ Avión ☐ Tren ☐ Helicóptero ☐					
Medio de Transporte		Ingresos Anuales del Asegurado Titular			
Oficina ☐ Fábrica ☐ Taller ☐ Calle ☐ Otro ☐					
Lugar de Trabajo		Detalle de la Ocupación			
Quincenal ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual ☐		Diurno ☐ Nocturno ☐ Mixto ☐			
Frecuencia de viajes		Horario			
21. Favor de contestar el siguiente cuestionario					
1. ¿Usa Ud. armas de fuego, punzo cortantes o herramientas peligrosas?		6. ¿Su ocupación requiere que Ud. conduzca algún tipo de vehículo? (Excluir auto de uso particular)			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
2. ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radiactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos?		7. ¿Realiza Ud. actividades submarinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
3. ¿Trabaja Ud. con animales no domésticos o peligrosos?		8. ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional?			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
4. ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas?		9. ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en riesgo su integridad física?			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
5. ¿Maneja Ud., trabaja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (Excluir equipo de oficina)		10. ¿Cuenta con alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones)			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
En caso de respuesta afirmativa favor de ampliar la información					
Pregunta		Detalle			
22. Referencias (Nombre de tres personas no familiares que conozcan al Asegurado Titular y tengan teléfono)					
Nombres Completo		Calle y Número	Población	Estado	Teléfono

Aviso de Privacidad de MetLife

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A. (en lo sucesivo "MetLife"), se encuentra ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios financieros. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos patrimoniales o financieros, y datos sensibles (ejemplo: estado de salud). **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. Para conocer los requisitos y plazos puedes visitar nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada. **IV. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS PERSONALES.** Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o servicios puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad el cual encontrarás en el vínculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podremos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para cumplir las finalidades previstas en este aviso de privacidad. **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad puedes ingresar a nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

23. Autorización (Asegurado Titular)

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten podrá originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso. **¿Desea manifestar algún hecho importante?**

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de MetLife México, S.A. si ésta lo estima conveniente. Además, autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a MetLife México, S.A. todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a MetLife México, S.A. los datos mencionados. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que MetLife México, S.A. lo considere oportuno. Así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud.

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por 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"

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Nombre _____

Firma _____

24. Cobertura de Protección Conyugal y de Gastos Funerarios (GF)

Protección Conyugal

Suma Asegurada

GF

Si ☐ No ☐

\$ _____

Si ☐ No ☐

La Suma Asegurada GF será de \$8,000 Dólares ó 7,000 UVAC's de acuerdo a la moneda seleccionada para el producto.

25. Datos del Cónyuge

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nombre _____

Fecha de Nacimiento (AAAA-MM-DD) _____

Edad _____

Sexo F ☐ M ☐

R.F.C. _____

C.U.R.P. _____

Ocupación _____

Detalle _____

26. Beneficiarios del cónyuge (En caso de haber contratado la cobertura)

Nombre (s) y Apellidos de los Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación %

Advertencias:

En 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos, 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.

Firma del Cónyuge Asegurado

27. Cuestionarios básicos (Cónyuge)

Aviación y deporte

Si☐ No☐

Si☐ No☐

¿Tiene o ha tenido licencia de piloto aviador?

¿Vuela aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales?

En caso afirmativo ¿Desea cubrir el riesgo?

¿Practica alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, vuelo delta, planeador), cacería, juegos de azar o apuestas, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en la nieve, ski en agua, tiro al blanco, tauromaquia o charrería? Otros, ¿Cuál?

En caso de que su respuesta sea afirmativa requisitar el cuestionario correspondiente

Si☐ No☐

28. Otros seguros de vida

(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)

¿Está asegurado con otras Compañías en vida o accidentes personales?

Si☐ No☐

Nombre de la Compañía	Ramo	No. de Póliza	Suma Asegurada	Beneficios Adicionales

Si☐ No☐

¿Ha sido rechazado o extraprimado por alguna otra Compañía?

¿Cuál?

Si☐ No☐

\$

¿Está solicitando actualmente otro seguro?

Suma Asegurada Solicitada

Compañía

29. Hábitos

En la actualidad		Clase	Cantidad Diaria	Desde Cuando
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Si ☐ No ☐			
¿Usa Drogas o estimulantes?	Si ☐ No ☐			
¿Fuma?	Si ☐ No ☐	Cigarrillos ☐ Puro ☐ Pipa ☐ Otros ☐		

Si en el pasado hizo uso de uno o varios de estos productos indique fecha de inicio, fecha de término y causa.

30. Cuestionario médico para el Cónyuge Asegurado

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnósticos, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

¿Cuál es su peso?

¿Cuál es su estatura?

Si ☐ No ☐

¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses?

Kgs. aumentados

Kgs. disminuidos

Nombre del Médico al que acostumbra consultar

Domicilio

Teléfono

31. Padece o ha padecido de:

1. ¿Alguna enfermedad en el corazón o la circulación?	Si ☐ No ☐	18. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	Si ☐ No ☐
2. ¿Presión arterial alta?	Si ☐ No ☐	19. ¿En los últimos 24 meses ha consultado a algún médico?	Si ☐ No ☐
3. ¿Alguna enfermedad de los pulmones y los bronquios?	Si ☐ No ☐	20. ¿Estará usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	Si ☐ No ☐
4. ¿Úlceras en el estómago o duodeno?	Si ☐ No ☐	21. ¿En los últimos dos años le han practicado alguna prueba especial de laboratorio?	Si ☐ No ☐
5. ¿Enfermedad del hígado o vías biliares?	Si ☐ No ☐	22. ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual como sífilis, SIDA o gonorrea?	Si ☐ No ☐
6. ¿Enfermedades del intestino, colon o recto?	Si ☐ No ☐	23. ¿Ha recibido transfusiones de sangre en los últimos dos años?	Si ☐ No ☐
7. ¿Enfermedades de los riñones?	Si ☐ No ☐	24. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	Si ☐ No ☐
8. ¿Enfermedades de la próstata?	Si ☐ No ☐	25. ¿Ha sido internado para diagnóstico o tratamiento?	Si ☐ No ☐
9. ¿Enfermedades de la vejiga?	Si ☐ No ☐	26. ¿Electrocardiograma, estudios de gabinete, radiografías o estudios de ultrasonido?	Si ☐ No ☐
10. ¿Diabetes Mellitus?	Si ☐ No ☐	27. ¿Le falta algún miembro o parte de él o tiene alguna deformidad?	Si ☐ No ☐
11. ¿Algún tumor maligno o cáncer?	Si ☐ No ☐	Si el solicitante es mujer, padece o ha padecido	
12. ¿Pérdida del conocimiento y convulsiones?	Si ☐ No ☐	28. Enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz	Si ☐ No ☐
13. ¿Parálisis?	Si ☐ No ☐	29. ¿Está embarazada?	Si ☐ NO ☐ Meses de embarazo _____
14. ¿Trastornos nerviosos o mentales?	Si ☐ No ☐	30. ¿Ha estado embarazada?	Si ☐ NO ☐ No. de embarazos _____
15. ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones?	Si ☐ No ☐	31. Fecha de su última revisión ginecológica _____	
16. ¿Tiene algún defecto visual o auditivo?	Si ☐ No ☐		
17. ¿Antecedentes patológicos y enfermedades actuales?	Si ☐ No ☐		

En caso de respuesta afirmativa favor de ampliar información:

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual

32. Historia familiar. Padecen o han padecido sus ascendientes o descendientes directos de:

- | | | | | | |
|----------------|---|---------------|---|---------------------------|---|
| 1. ¿Diabetes? | Si ☐ NO ☐ | 2. ¿Demencia? | Si ☐ NO ☐ | 3. ¿Infarto al miocardio? | Si ☐ NO ☐ |
| 4. ¿Epilepsia? | Si ☐ NO ☐ | 5. ¿Cáncer? | Si ☐ NO ☐ | | |

33. Historia médica familiar del Cónyuge Asegurado			
Parentesco	Edad actual o fecha de fallecimiento	Estado de salud	Causa de muerte
34. Información sobre la ocupación del Cónyuge			
Nombre de la Empresa o Negocio		Giro	
Población y Estado Auto ☐ Autobús ☐ Avión ☐ Tren ☐ Helicóptero ☐		Teléfono	
Medio de Transporte Oficina ☐ Fábrica ☐ Taller ☐ Calle ☐ Otro ☐		Ingresos Anuales	
Lugar de Trabajo Quincenal ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual ☐		Detalle de la Ocupación Diurno ☐ Nocturno ☐ Mixto ☐	
Frecuencia de viajes		Horario	
35. Favor de contestar el siguiente cuestionario			
1. ¿Usa Ud. armas de fuego, punzo cortantes o herramientas peligrosas? SI ☐ NO ☐		6. ¿Su ocupación requiere que Ud. conduzca algún tipo de vehículo? (Excluir auto de uso particular) SI ☐ NO ☐	
2. ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radiactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos? SI ☐ NO ☐		7. ¿Realiza Ud. actividades submarinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas? SI ☐ NO ☐	
3. ¿Trabaja Ud. con animales no domésticos o peligrosos? SI ☐ NO ☐		8. ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional? SI ☐ NO ☐	
4. ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas? SI ☐ NO ☐		9. ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en riesgo su integridad física? SI ☐ NO ☐	
5. ¿Maneja Ud., trabaja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria? (Excluir equipo de oficina) SI ☐ NO ☐		10. ¿Cuenta con alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones) SI ☐ NO ☐	
En caso de respuesta afirmativa favor de ampliar la información			
Pregunta No.		Detalle	
36. Autorización (Cónyuge Asegurado)			
De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten podrá originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso. ¿Desea manifestar algún hecho importante?			
Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a pasar un examen médico por cuenta de MetLife México, S.A. si ésta lo estima conveniente. Además, autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a MetLife México, S.A. todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a MetLife México, S.A. los datos mencionados. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que MetLife México, S.A. lo considere oportuno. Así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud.			

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por 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”

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Nombre _____ Firma _____

37. Datos del Menor Asegurado

Nombre del menor (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) _____ Parentesco _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Fecha de Nacimiento (AAAA-MM-DD) Edad Sexo F ☐ M ☐ R.F.C. _____

38. Seguro dotal mixto a edad alcanzada del Menor Asegurado (Indique sólo una de las siguientes opciones)

Cobertura a edad alcanzada 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ Suma Asegurada _____

Beneficiarios del Menor Asegurado (En caso de fallecimiento del mismo)

No.	Nombre (s) y Apellidos de los Beneficiario(s)	Parentesco para efectos de identificación	Participación %

39. Cobertura de mini seguros dotales y de Gastos Funerarios (GF)

Mini Seguro Dotal 5 ☐ 11 ☐ GF Si ☐ No ☐
Si ☐ No ☐ 14 ☐ 16 ☐ La Suma Asegurada de GF será de \$8,000 Dólares ó 7,000 UVAC's de acuerdo a la moneda seleccionada para el producto.

40. Beneficiarios del seguro dotal mixto a edad alcanzada del menor asegurado por concepto de sobrevivencia

Designo al Fideicomiso Número _____ como beneficiario para la administración de la Suma Asegurada que otorga la Cobertura Seguro Dotal Mixto a Edad Alcanzada del Menor Asegurado por concepto de sobrevivencia.

Firma de Aceptación del Fideicomiso como Beneficiario _____

En caso de no aceptar la designación del Fideicomiso como beneficiario, favor de indicar el (o los) beneficiario (s) para esta cobertura:
Declaro que no acepto la designación del Fideicomiso Número _____ como beneficiario que otorga la Cobertura Seguro Dotal Mixto a Edad Alcanzada del Menor Asegurado por concepto de sobrevivencia por lo que señalo como beneficiario a:

41. Beneficiarios del menor asegurado (En caso de Sobrevivencia del mismo)

Nombre (s) y Apellidos de los Beneficiario(s)	Parentesco para efectos de identificación	Participación %

Firma de No Aceptación del Fideicomiso como Beneficiario _____

Advertencias: 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 efectos 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.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del Asegurado Titular

"Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que MetLife llegue a recabar del menor asegurado al que represento, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar los datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos".

Se requiere el nombre y la firma de su padre, madre, o representante legal del Menor Asegurado.

Nombre del padre, madre o representante legal

Firma del padre, madre o representante legal.

Parentesco con el Menor Asegurado

42. Información adicional

Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal (aplica para el Asegurado Titular)

¿Desea contratar el beneficio de Anticipo de la Suma Asegurada por Enfermedad Terminal? Si ☒ No ☐

43. Información del agente (para aspectos internos de la Compañía)

Si ☐ No ☐

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?

Si ☐ No ☐

¿Solicita su cliente esta póliza para abandonar otra que tenga con MetLife México, S.A.?

Nombre y apellido del Promotor

Correo electrónico del Promotor

Nombre del Agente	Clave No.	Intermediario	No. de Promotoría	Participación	Firma del Agente

Revisó (Nombre Completo)

Firma

Correo electrónico

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 CNSF-S0034-0146-2008 de fecha 18 de junio de 2008. En tanto que la cláusula de aviso de privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0127-2011 de fecha 6 de julio de 2011.