

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

Para facilitar el trámite de esta solicitud por favor llénela con letra de molde y tinta negra

No. \_\_\_\_\_

### 1. Datos del solicitante / contratante

Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____		Nombre(s) _____	
Día _____	Mes _____	Año _____	Edad/Años _____	Nacionalidad _____	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Estado Civil		S C V D UL	
R.F.C. _____		C.U.R.P. _____		_____	
Estatura _____ mts.		Peso _____ Kgs.		Título _____	

### 2. Domicilio Particular

Calle _____		Núm. ext. _____	Núm. int. _____
Colonia _____		Municipio o Delegación _____	
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	Teléfono Particular _____
Teléfono Oficina _____	Celular _____	Correo Electrónico _____	Lugar de Nacimiento _____
Ocupación _____	Breve explicación de la ocupación _____		Sueldo Mensual _____

### 3. Beneficiarios

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

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 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 incondicional de disponer de la Suma Asegurada.

### 4. Datos del Plan

Moneda: Moneda Nacional <input checked="" type="checkbox"/>	Plan: FlexiLife	Suma Asegurada Solicitada _____
Plazo: 10 años <input type="checkbox"/> 20 años <input type="checkbox"/> Edad alcanzada 65 años <input type="checkbox"/>		

## 5. Declaración 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 del 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.

## 6. Cuestionario (Llenar sólo para Sumas Aseguradas mayores o iguales a 150,000 pesos)

- |                                                                                                                                                                       |                             |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad (incluyendo cáncer), afección o lesión?                                                                                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿En los últimos 5 años ha consultado a algún médico o ha estado sujeto a tratamiento médico?                                                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha sido internado en algún hospital o sanatorio para diagnóstico o tratamiento quirúrgico en los últimos 5 años o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿En los últimos 3 años se le ha detectado algún tumor, afección cardiovascular o se le han practicado electrocardiogramas?                                         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿En su familia (padre, madre, hermanos, abuelos) ha habido casos de diabetes, infarto o diagnóstico de cáncer antes de los 60 años de edad?                        | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se ha practicado en los últimos dos años estudios de laboratorio o gabinete?                                                                                      | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual, como sífilis, SIDA o gonorrea?                                                    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha variado de peso en los últimos doce meses?                                                                                                                     | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
- Especificar causa \_\_\_\_\_

Hábitos	Clase	Cantidad	Frecuencia
9. ¿Fuma?  ¿Desde cuándo? (años)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puros <input type="checkbox"/>		
10. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?  ¿Desde cuándo? (años)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  Whisky <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor <input type="checkbox"/> Ron <input type="checkbox"/> Brandy <input type="checkbox"/> Tequila <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
11. ¿Usa drogas o estimulantes?  ¿Desde cuándo? (años)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12. ¿Practica alguno de los siguientes deportes: motociclismo, automovilismo, vuelos sin motor (paracaidismo, ala delta, planeación), cacería, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, touromaquia o charrería?  Otros ¿Cuál?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En caso de respuesta afirmativa requisitar el cuestionario correspondiente

### Sólo Mujeres

- |                                                                                      |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de tipo ginecológico (ovarios o matriz)? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está usted embarazada?                                                          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
- En caso de ser afirmativo, indicar mes de embarazo \_\_\_\_\_

En caso de respuesta afirmativa de la pregunta 1 a la 14 favor de ampliar la información

Pregunta Núm.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración

### 7. Otros Seguros de Vida (llenar sólo para Sumas Aseguradas mayores o iguales a \$150,000.00 pesos 00/100 M.N.)

¿Ha solicitado y se encuentra en trámite otro seguro de vida?

Si  No

Compañía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

¿Está actualmente asegurado y pagando primas de otro seguro de vida?

Si  No

Compañía \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

### 8. Información del Agente (para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Clave del Agente \_\_\_\_\_

Nombre del Agente \_\_\_\_\_

Participación \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?

¿Le consta que el solicitante llenó y firmó esta solicitud? Si  No

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

Si  No

¿Con base a qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada?

Nombre y Apellido del Promotor \_\_\_\_\_

Correo electrónico del Promotor \_\_\_\_\_

### 9. Datos Adicionales

Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

Conducto de cobro: Pago directo en oficinas de MetLife México, S.A.

#### Forma de Pago Solicitada

Registro de cuenta para el pago de los retiros parciales.

1.-  Abono a mi cuenta personal que tengo con:

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

Santander Serfin

Scotiabank- Inverlat

Cuenta: \_\_\_\_\_

BBVA - Bancomer

HSBC

Sucursal No.: \_\_\_\_\_ Plaza No.: \_\_\_\_\_

Banamex

Otro Banco

CLABE:

#### 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 del Número de Identificación Personal o (NIP), el cuál está compuesto por una serie de dígitos que MetLife México, S.A., le hará llegar al Asegurado en forma confidencial, mediante correo certificado al domicilio que tenga registrado.

3.- El Número de Identificación Personal o (NIP) es absolutamente confidencial y el Asegurado será responsable por el mal uso que dé al mismo, 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 mediante carta en original a MetLife México, S.A., para efectuar cualquier retiro.

6.- La transferencia a cuentas bajo el rubro de "otro banco" será aplicada en 24 hrs y la disposición quedará de acuerdo a los montos requeridos, apegados a la política del banco respectivo. Montos mayores de \$50,000.00 en 24 hrs y menores de \$50,000.00 en 48 hrs.

## 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](http://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](http://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](http://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.

### 10. Autorización

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.

**"Este documento sólo 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".**

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita.

Asimismo estoy consciente que la presente solicitud de seguro ampara un plan con los beneficios establecidos en los artículos 176 y 218 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.

---

Lugar y fecha en que se firma

---

Firma del Solicitante

---

Nombre y firma de la persona que levantó la Solicitud

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 en 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-50034-0067-2008 de fecha 22 de enero de 2008. En tanto que la cláusula de aviso de privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-50034-0127-2011 de fecha 6 de julio de 2011.