

Solicitud de Seguro de Vida Individual

MetLife®

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales. Para facilitar los trámites de esta solicitud por favor llenarla con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Número _____

1. Datos del Contratante				Persona Moral <input type="checkbox"/>	Persona Física <input type="checkbox"/>		
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre			
Fecha de Nacimiento Año Mes Día		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Edad / Años		Lugar de nacimiento: Población, Estado y País					
Título		R.F.C. del Contratante					
Teléfono Celular		Dirección de Correo Electrónico					
Enviar correspondencia al domicilio: Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>							
2. Domicilio (casa)							
Calle		Número Exterior		Número Interior		Código Postal	
Colonia			Delegación o Municipio				
Población o Ciudad		Estado		Teléfono			
3. Datos del Solicitante							
¿El Solicitante es el mismo que el contratante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> No Fumador <input type="checkbox"/>							
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre			
Fecha de Nacimiento Año Mes Día		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Edad / años		Lugar de nacimiento: Población, Estado y País					
Título		R.F.C. del Solicitante					
Teléfono Celular		Dirección de Correo Electrónico		Enviar correspondencia al domicilio: Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>			
4. Domicilio (casa)							
Calle		Número Exterior		Número Interior		Código Postal	
Colonia			Delegación o Municipio				
Población o Ciudad		Estado		Teléfono			

5. Información sobre su Ocupación

Nombre de la Empresa o Negocio

Giro

Población y Estado

Teléfono

Auto Autobús Avión Tren Helicóptero

Medio de Transporte

Ingresos anuales del Solicitante

Ingresos anuales del Contratante

Calle Fábrica Oficina Taller Otro

Lugar de Trabajo

Descripción de la Ocupación

Quincenal Semanal Anual Mensual

Diurno Nocturno Mixto

Frecuencia de Viajes

Horario

6. Otros seguros de vida (Llenar sólo para sumas aseguradas mayores o iguales a \$150,000 pesos o su equivalente en dólares y/o UVAC's).

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

Si

No

Nombre de la Compañía

Ramo

Número de Póliza

Suma Asegurada

Beneficios Adicionales

¿Ha sido rechazado o extraprimado por alguna otra compañía?.....

Si

No

¿Cuál?

¿Está solicitando actualmente otro seguro?.....

Si

No

Suma Asegurada solicitada

Compañía

7. Referencias (Nombre de tres personas no familiares que conozcan al Asegurado Titular y tengan teléfono)

Nombre completo

Calle / Número

Población

Estado

Teléfono

8. Si contrata planes que cubran Fallecimiento o Invalidez, favor de contestar el siguiente cuestionario.

1. ¿Usa Ud. armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas?..... Si No
2. ¿Trabaja Ud. con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos?.... Si No
3. ¿Trabaja Ud. con animales no domésticos o peligrosos?..... Si No
4. ¿Trabaja Ud. en lugares donde se expendan bebidas alcohólicas?..... Si No
5. ¿Maneja Ud., trabaja o da mantenimiento a algún tipo de maquinaria?(Excluir equipo de oficina)..... Si No
6. ¿Su ocupación requiere que Ud. conduzca algún tipo de vehículo? (Excluir auto de uso particular)..... Si No
7. ¿Realiza Ud. actividades submarinas, marinas, subterráneas, aéreas o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?.... Si No
8. ¿Realiza Ud. actividades artísticas, de modelaje o deportivas en forma profesional?..... Si No
9. ¿Realiza Ud. investigaciones o maneja información que pueda poner en peligro su integridad física?..... Si No
10. ¿Alguna otra ocupación o fuente de ingresos adicional? (No incluir rentas o inversiones)..... Si No

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

Pregunta

Detalle

9. Moneda

Moneda Nacional

Dólares

UVAC's (Unidades de Valor Adquisitivo Constante)

10. Datos del Plan

Plan de Seguro	Plazo del Seguro (Plazo de pago de Primas en Total)								Plan del Seguro	Plazo del Seguro								Sumas Aseguradas (Montos)	
	1	5	10	15	20	(65)	(90)	VIT		5	10	15	20	(50)	(55)	(60)	(65)	BAS	
TempoLife									FlexiLife Protección									EP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
TempoLife Grandes Sumas									PerfectLife									PASI	
TempoLife RP									Horizonte MetLife Retiro									IMA	
FlexiLife Sueños									Horizonte MetLife CPEA									DI	
FlexiLife Sueños RP									▲ = No disponible en MN ▼ = No disponible en UVAC's								TI		
TotalLife																		GE	
Vidas Conjuntas <input type="checkbox"/> (deberá requisitar su solicitud por separado)																		1GF	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VIT: El plazo del seguro es Vitalicio.
 (50), (55), (60), (65), (90): indica que el plazo es a edad alcanzada.
 RP: Riesgo Preferente.
 CPEA: Cuenta Personal Especial de Ahorro.

La Suma Asegurada de GF sera de \$100,000 MN, \$8,000 Dólares o 7,000 UVAC's de acuerdo a la moneda seleccionada para el producto.

BAS: Cobertura Básica
 EP: Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente
 PASI: Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente
 IMA: Indemnización por Muerte Accidental
 DI: Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas
 TI: Triple Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas
 GE: Graves Enfermedades
 GF: Gastos Funerarios

11. 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 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 solo 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.

12. Aviación, deportes y/o aficiones

- ¿Tiene o ha tenido licencia de piloto aviador? Si No
 - ¿Vuela aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Si No
 - ¿Utiliza motocicleta? Si No Frecuencia _____
 - 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, equitación, buceo, alpinismo, motonáutica, ski en nieve, ski en agua, tauromaquia o charrería? Si No
 Otros, ¿Cuál? _____
 En caso de que su respuesta sea afirmativa requisitar el cuestionario correspondiente.
 - ¿Deportes y/o aficiones que practica o haya practicado? _____
7. ¿Participa en competencias? Si No
 Amateur Profesional
8. Frecuencia
 Diario Semanal
 Quincenal Mensual
 Otro _____
9. ¿Desea cubrir el riesgo? Si No

13. Cuestionario general y hábitos

En la actualidad	Clase	Cantidad diario	Frecuencia ¿Desde cuándo? (años)
¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Usa drogas o estimulantes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cigarros <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
¿Cuál es su peso? _____ Kg.	¿Cuál es su estatura? _____ mts.		
¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos 12 meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Kg. Aumentados _____ Kg. Disminuidos _____		
Nombre del médico que acostumbra consultar _____			
Domicilio _____		Teléfono _____	

14. Cuestionario médico (sólo requisitar cuando no se requiera examen médico, lo cual será indicado expresamente por MetLife México, S.A.)

1. ¿Tiene algún defecto visual o auditivo?..... Si No
2. ¿En los últimos 5 años ha consultado a algún médico?..... Si No
3. ¿Está ud. sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?..... Si No
4. ¿En los últimos dos años le han practicado alguna prueba especial de laboratorio?..... Si No
5. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad infecciosa como hepatitis, SIDA, herpes, etc. ?..... Si No
6. ¿Ha recibido transfusiones de sangre?..... Si No
7. ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?..... Si No
8. ¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón, presión arterial alta, diabetes?..... Si No
9. ¿Padece enfermedades del sistema nervioso, tumores, o alguna otra enfermedad crónica grave?..... Si No
10. ¿Ha estado internado en alguna institución médica para estudios, observación, operación o tratamiento?..... Si No
11. ¿Le han practicado estudios de gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc.?..... Si No
12. ¿Le falta algún miembro, parte de él, tienen alguna deformidad, o sufre de parálisis de alguno de ellos?..... Si No
13. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o adicción de drogas?..... Si No
14. ¿Otras enfermedades o padecimientos que deba conocer MetLife México, S.A? Si No

Si el solicitante es mujer, padece o ha padecido:

¿Enfermedades en los pechos, ovarios y/o matriz?..... Si No

¿Está embarazada?..... Si No Meses de Embarazo _____

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información.

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

Datos adicionales del contratante, si el solicitante no tiene ingresos propios (mujer sin ingresos, estudiante o menor de edad)

Ocupación _____	¿Por cuánto está asegurado el contratante a favor del solicitante y en qué compañía? (Contestar sólo para Sumas Aseguradas mayores o iguales a 150,000 pesos o su equivalente en dólares y/o UVAC's). _____
¿Quién pagará las primas? _____	Si el contratante no está asegurado, indique la causa: _____
Si la solicitante es mujer, proporcionar nombre completo de su esposo: _____	Edad _____

15. Historia familiar

Parentesco con el Asegurado Titular	Edad actual o fecha de fallecimiento	Estado de salud	Causa de la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hijos			

16. Favor de indicar si alguno de sus ascendientes o descendientes directos han padecido de:

Diabetes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Demencia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Infarto al miocardio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Epilepsia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cáncer	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Quién o quiénes? _____	

Recibo cobertura					
Folio Número _____			Bueno por: _____		
Fecha	_____	_____	_____	Suma Asegurada Solicitada	Cobertura
	Día	Mes	Año		
Con motivo de la solicitud de seguro presentada en esta fecha por:					
y habiendo recibido la cantidad para aplicarse en el pago de la prima inicial en caso de ser aprobada la solicitud de referencia, el Solicitante queda asegurado por Muerte Accidental, por una Suma Asegurada igual a la solicitada, sin exceder de 200 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal; durante y por un lapso máximo de treinta días a partir de la fecha de este recibo o a la emisión de la póliza, lo que suceda primero.					
Nota: Si su pago es con cheque, favor de girarlo a nombre de MetLife México, S.A. IMPORTANTE: Este recibo será canjeado por un recibo oficial al hacerle llegar su póliza.					
Clave del Agente _____		Nombre del Agente _____		MetLife México, S.A.	

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

¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? _____	¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Solicita su cliente esta póliza para reemplazar otra que tenga con MetLife México, S.A.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con base a qué necesidades del solicitante se calculó la Suma Asegurada? _____
Nombre y Apellido del Promotor _____	Correo Electrónico del Promotor _____

18. Nombre del Agente	Clave	Oficina de envío	Promotoría	Participación	Firma del Agente

Comisiones Niveladas (aplica para PerfectLife y Horizonte MetLife): Si No

Firma del Agente _____ Correo electrónico del Agente _____

Nota Importante para el Agente:

En caso de haber utilizado el recibo cobertura de esta solicitud indicar _____

19. Otros detalles

Mensual Trimestral Semestral Anual Conducto de cobro Efectivo Tarjeta de crédito Tarjeta de débito

Forma de Pago solicitada AMEX CLABE _____

Fecha de inicio de vigencia _____ Año _____ Mes _____ Día _____

Número de Cuenta _____

Sucursal _____ Plaza _____

Nombre del Banco _____

Estimado Asegurado

Los pagos que se efectúen en Planes de Pensiones, jubilación o retiro son deducibles de impuestos, exceptuando la parte de la prima que corresponda al componente de vida, en los términos que señala el Artículo 218 de la Ley del Impuesto sobre la Renta. En el supuesto de que dicha normatividad sea modificada, las condiciones fiscales aplicables serán las que estén vigentes al momento del pago de la Suma Asegurada.

Condiciones bajo las cuales se expide esta cobertura

1. El periodo de esta cobertura es de 30 días naturales a partir de la fecha de firma de la solicitud o a la emisión de la póliza, lo que suceda primero, por una Suma Asegurada igual a la solicitada, sin exceder de 200 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.
2. La edad del Solicitante debe estar entre los 15 y 70 años.
3. Al llenar la solicitud, el Solicitante deberá contestar todas las preguntas que correspondan a todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba de conocer en ese momento, advirtiéndose que el proporcionar respuestas inexactas será motivo para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro aunque éstas no hayan influido de manera directa en la realización del siniestro.
4. Si la compañía rechaza expresamente la solicitud a la que se anexa este recibo cobertura durante los 30 días o tácitamente al no comunicar resolución al vencimiento de dicho plazo, se devolverá la cantidad recibida por concepto de prima inicial relativa a la solicitud del seguro
5. Si el pago se efectúa con cheque, éste deberá expedirse a nombre de MetLife México, S.A. y se entenderá como recibido "salvo buen cobro".

6. EXCLUSIONES: La indemnización contenida en este beneficio no se concede si la muerte se debe a:

- Suicidio.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - El viajar como piloto o pasajero en cualquier tipo de motocicleta o motoneta, así como en aviones privados.
 - Lesiones sufridas por culpa del Asegurado con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas. Esta exclusión operará cuando de la documentación presentada a la aseguradora para el pago del siniestro se desprenda que existen indicios del influjo de bebidas alcohólicas, salvo que se pruebe que el contenido alcohólico en la sangre era menor al 0.08%.
7. Si el Solicitante fallece a consecuencia de algún accidente dentro del período de vigencia que otorga esta cobertura, la Compañía quedará obligada a pagar la Suma Asegurada. Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del Asegurado. Por lo tanto, no se considerará accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

* Lo declarado en la Solicitud resulta aplicable a esta cobertura provisional.

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.

20. Autorización

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 podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del Beneficiario 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.

MetLife México, S.A. efectuará cualquier pago derivado de la eventualidad prevista en el contrato de la siguiente forma:

En caso de pagos menores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el D.F.: MetLife México, S.A. efectuará cualquier pago derivado de este contrato al Asegurado, si éste se encuentra con vida o a sus Beneficiarios en caso contrario, tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife México, S.A. pide en las formas correspondientes.

En caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el D.F.: Se aplica la Garantía de Administración Patrimonial (GAP). Tras recibir pruebas del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife México, S.A., pide en las formas correspondientes, registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, acreditando el importe correspondiente a cualquier pago derivado de este contrato, a una reserva, de la cual el Asegurado, si éste se encuentra con vida o sus Beneficiarios en caso contrario, gozarán de liquidez total e inmediata, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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.

Lugar y fecha en que se firma

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

Nombre del representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Firma del representante Legal

En caso de minoría de edad del Solicitante, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.

21. Información financiera (sólo contestar en Sumas Aseguradas mayores de \$3,300,000 y hasta \$5,000,000 de pesos o su equivalente)

La información financiera (confidencial) que proporciono, revela con absoluta veracidad mi situación actual.

Activo		Pasivo	
Efectivo en Bancos		Documentos por pagar	
Acciones, bonos y valores		Cuentas por pagar	
Cuentas por Cobrar		Impuestos Pendientes de pago	
Bienes Raíces		Obligaciones Hipotecarias	
Autómovil, mobiliario, etc.		Otros Pasivos (especifique)	
Otros Activos (especifique)			
Activo Total:	\$	Pasivo Total:	\$
		Capital Total:	\$

22. Distribución de reaseguro (información para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Compañía	Cesión	Retención	Contratos	Facultativo	Dictamen

Folio Número _____

Revisó (Nombre y Firma) _____

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-S0034-0707-2010 de fecha 28 de julio de 2010. 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.