

Seguro de Vida Institucional

Consentimiento para potenciación de Suma Asegurada

Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave

Clave Única de Registro de Población

Antes de elegir cualquier opción lea cuidadosamente todo el documento.

Consideraciones

El presente formato es el único a través del cual se elige la potenciación (incremento de Suma Asegurada) y se autoriza el correspondiente descuento en nómina por parte del Contratante.

Únicamente se deberá firmar en uno de los dos supuestos que se presentan en este formato; de lo contrario, se invalidará y se tendrá que llenar un nuevo formato.

En caso de que decidas continuar con el beneficio de potenciación del Seguro de Vida Institucional, la potenciación y autorización de descuento en nómina surtirá efectos a partir del inicio de vigencia de la póliza **DD / MM / AAAA**; o bien, si decides incorporarte al beneficio de potenciación con fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza, la potenciación y autorización de descuento en nómina surtirá efectos **a partir de la fecha señalada en la parte inferior de este formato.**

En caso de que el Asegurado ya se encuentre en proceso invalidante, no podrá contratar la cobertura de potenciación.

Supuesto 1 Elección de potenciación (incremento de Suma Asegurada) y autorización para que se apliquen los descuentos nominales correspondientes.

Si deseas continuar con tu potenciación marca con una "X" SI, en caso de seleccionar NO deberás llenar el supuesto 2 de este formato.

Sí ☐ No ☐

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de Suma Asegurada:

Potenciación de la Suma Asegurada expresada en veces de sueldo mensual		
34	51	68

Marcar con una "X" la opción elegida (sólo una opción).

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx. Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad de MetLife México, S. A. de C.V.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Firma

Sello de la dependencia

Lugar y fecha: _____ a _____ de _____ de _____.

Contratante

MetLife México, S.A. de C.V, Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555328 7000, Lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

Supuesto 2 Para los servidores públicos que no desean potenciar (incrementar la Suma Asegurada); por lo tanto, en este caso no se aplicará ningún descuento nominal por este concepto.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la Suma Asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la Suma Asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 veces el importe del sueldo base mensual y, en su caso, compensación garantizada y es mi deseo así mantenerla.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx. Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad de MetLife México, S. A. de C.V.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Firma

Lugar y fecha: _____ a _____ de _____ de _____ .

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

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico 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 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

Seguro de Vida Institucional

Consentimiento para potenciación de Suma Asegurada

Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave

Clave Única de Registro de Población

Antes de elegir cualquier opción lea cuidadosamente todo el documento.

Consideraciones

El presente formato es el único a través del cual se elige la potenciación (incremento de Suma Asegurada) y se autoriza el correspondiente descuento en nómina por parte del Contratante.

Únicamente se deberá firmar en uno de los dos supuestos que se presentan en este formato; de lo contrario, se invalidará y se tendrá que llenar un nuevo formato.

En caso de que decidas continuar con el beneficio de potenciación del Seguro de Vida Institucional, la potenciación y autorización de descuento en nómina surtirá efectos a partir del inicio de vigencia de la póliza **DD / MM / AAAA**; o bien, si decides incorporarte al beneficio de potenciación con fecha posterior al inicio de vigencia de la póliza, la potenciación y autorización de descuento en nómina surtirá efectos **a partir de la fecha señalada en la parte inferior de este formato.**

En caso de que el Asegurado ya se encuentre en proceso invalidante, no podrá contratar la cobertura de potenciación.

Supuesto 1 Elección de potenciación (incremento de Suma Asegurada) y autorización para que se apliquen los descuentos nominales correspondientes.

Si deseas continuar con tu potenciación marca con una "X" SI, en caso de seleccionar NO deberás llenar el supuesto 2 de este formato.

Sí ☐ No ☐

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de Suma Asegurada:

Potenciación de la Suma Asegurada expresada en veces de sueldo mensual		
34	51	68

Marcar con una "X" la opción elegida (sólo una opción).

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx. Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad de MetLife México, S. A. de C.V.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Firma

Sello de la dependencia

Lugar y fecha: _____ a _____ de _____ de _____.

Asegurado

Supuesto 2 Para los servidores públicos que no desean potenciar (incrementar la Suma Asegurada); por lo tanto, en este caso no se aplicará ningún descuento nominal por este concepto.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la Suma Asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la Suma Asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 veces el importe del sueldo base mensual y, en su caso, compensación garantizada y es mi deseo así mantenerla.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx. Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad de MetLife México, S. A. de C.V.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Firma

Lugar y fecha: _____ a _____ de _____ de _____ .

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

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico 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 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