

Fecha

Referencia: Carta Conciencia

Número de Seguridad Social:

A quien corresponda.

Presente.

El que suscribe, por medio de la presente hago constar que en fecha (día/mes/año) deje de forma parte de la Colectividad asegurada del seguro contratado por Razón social del contratante por lo que a fin de tener continuidad en la protección resultante del seguro mencionado, manifiesto mi conformidad de contratar un **Seguro Individual de Gastos Médicos Mayores**, presentando mi solicitud ante MetLife, dentro del plazo establecido en la póliza respecto de la cual formaba parte.

Así mismo, manifiesto que en todo momento he sido debidamente informado(a) y asesorado(a) por el agente Nombre del agente con clave Número de clave respecto a mi derecho a contratar un **Seguro Individual**, haciendo constar que se me informo de los cambios existentes al adquirir un producto individual y confirmo que, con base en esto, algunas condiciones de dicho seguro individual pueden variar en relación al seguro colectivo tales como suma asegurada, primas, deducibles, preexistencia, plan hospitalario, coaseguros, coberturas, periodo de espera, entre otros.

Por lo anterior, dejo constancia de que fui debidamente informado en todas las posibilidades de cambios, haciendo énfasis en que el Seguro Individual hoy contratado, se ajusta a mis necesidades actuales.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma del asegurado Titular