

Solicitud para seguro de vida individual (Met99 y Maestro20)

Fecha de solicitud

--	--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

Clave de
servicio☐

Póliza nueva

☐

Incremento (2208)

☐

Inclusión (2214)

Número de solicitud (DES)

Número de póliza

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro que se encuentran disponibles en la página www.metlife.com.mx

En este formato ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

1. Información general del solicitante titular

*Para un incremento o inclusión no llenar estos campos.

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Fecha de

nacimiento*

Año

Mes

Día

Edad

Registro Federal de Contribuyentes (RFC)

Sexo*:

☐

Femenino

☐

Masculino

Clave Única de Registro de Población (CURP)

Estado civil:

País de nacimiento

Nacionalidad(es)

Estado de nacimiento

Teléfono fijo (incluir Lada)

Celular (no incluir 044 / 045)

Correo electrónico: @

Autorizo el uso o actualización de mis datos de contacto para recibir información y documentación de mi seguro en formato electrónico, por medio del correo electrónico antes señalado ☐ Sí ☐ No

Calle / Avenida*

Número exterior*

Número interior*

Código postal

Colonia / Barrio*

Municipio / Alcaldía

Ciudad / Población*

Estado / Provincia*

País

2. Información laboral del solicitante titular

Ocupación o profesión

Nombre de la empresa

Código postal

Detalle de la ocupación o profesión

Ingreso mensual (Moneda nacional)

3. Datos del plan				
Opción para emisión de la póliza: ☐ Suma Asegurada ☐ Prima total mensual a descontar: \$ _____				
Beneficios adicionales disponibles para los planes:		☐ MET99	☐ PM20	Suma Asegurada
☐	Beneficio Básico por Fallecimiento (BAS)	√	√	\$
☐	Exención de pago de primas por invalidez total y permanente (BIT)	√	√	
☐	Indemnización por Invalidez Total y Permanente (CII)	√		\$
☐	Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TIBA)	√	√	\$
☐	Muerte Accidental (CMA)	√		\$
☐	Cáncer Asegurado Titular (BCAT)	√		\$
☐	Gastos Funerarios Asegurado Titular (GFA)	√	√	\$
☐	Accidentes Personales Titular (VPTT)	√		☐ Básico ☐ Extra
☐	Enfermedades Graves Titular (EGT)	√		\$
☐	Cirugías Titular (CRT)	√		\$
☐	Apoyo por Hospitalización Titular (PHT)	√		\$
☐	Cuidándote+ Titular (CMT)	√		\$
☐	Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)	√		
☐	Devolución de primas por fallecimiento posterior al quinto año de vigencia de la póliza (DPF6A20)		√	
☒	Pago anticipado por enfermedad en fase terminal (ET)	√	√	Amparado
☐	Garantía Escolar (GE) Fideicomiso ¹ : Sí ☐ No ☐	√		\$
☐	Gastos Funerarios Hijos (GFH) ¹	√		\$
☐	Fallecimiento para el Cónyuge (BACY) ¹	√		\$
☐	Gastos Funerarios Cónyuge (GFC) ¹	√		\$
☐	Fallecimiento para el Complementario (BAC) ¹	√		\$
☐	Gastos Funerarios Complementario 1 (GFC1) ¹	√		\$
☐	Gastos Funerarios Complementario 2 (GFC2) ¹	√		\$
☐	Gastos Funerarios Complementario 3 (GFC3) ¹	√		\$
☐	Cáncer Complementario 1 (BCAC1) ¹	√		\$
☐	Cáncer Complementario 2 (BCAC2) ¹	√		\$
☐	Cáncer Complementario 3 (BCAC3) ¹	√		\$
☐	Enfermedades Graves Complementario 1 (EG1) ¹	√		\$
☐	Enfermedades Graves Complementario 2 (EG2) ¹	√		\$
☐	Enfermedades Graves Complementario 3 (EG3) ¹	√		\$
☐	Cirugías Complementario 1 (CR1) ¹	√		\$
☐	Cirugías Complementario 2 (CR2) ¹	√		\$
☐	Cirugías Complementario 3 (CR3) ¹	√		\$
☐	Apoyo por Hospitalización Complementario 1 (PH1)	√		\$
☐	Apoyo por Hospitalización Complementario 2 (PH2)	√		\$
☐	Apoyo por Hospitalización Complementario 3 (PH3)	√		\$
☐	Accidentes Personales Complementario 1 (VP01) ¹	√		☐ Básica ☐ Extra
√ = Beneficio adicional disponible para el producto indicado en el encabezado				
¹ Llenar formato adicional correspondiente.				

Beneficios adicionales disponibles para los planes:		MET99	PM20	Suma Asegurada	
☐	Accidentes Personales Complementario 2 (VP02) ¹	√		\$ ☐ Básica ☐ Extra	
☐	Accidentes Personales Complementario 3 (VP03) ¹	√		\$ ☐ Básica ☐ Extra	
☐	Accidentes Personales Complementario 4 (VP04) ¹	√		\$ ☐ Básica ☐ Extra	
☐	Cuidándote + Complementario 1 (CMC1)	√		\$	
☐	Cuidándote + Complementario 2 (CMC2)	√		\$	
☐	Cuidándote + Complementario 3 (CMC3)	√		\$	
☐	Prima excedente: \$				
√ = Beneficio adicional disponible para el producto indicado en el encabezado					
¹ Llenar formato adicional correspondiente.					
4. Beneficiarios del solicitante					
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 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 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 seguros, le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.					
Datos de beneficiario(s)					
	% Fallecimiento titular	% Garantía escolar	Nombre, apellido paterno y apellido materno	Parentesco	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
Otros señalamientos:					
El Asegurado declara que el domicilio de los beneficiarios designados es el mismo que él ha señalado para sí mismo. En caso contrario, indicar domicilio correspondiente:					
Número de beneficiario	Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	
Código postal	Colonia / Barrio		Alcaldía / Municipio		
Ciudad / Población		Estado		País	
Número de beneficiario	Calle / Avenida		Número exterior	Número interior	
Código postal	Colonia / Barrio		Alcaldía / Municipio		
Ciudad / Población		Estado		País	

5. Cuestionario de salud

_____ metros _____ kilogramos
Estatura Peso

1. ¿Has tenido alguna enfermedad, padecimiento, afección o cirugía? ☐ Sí ☐ No
2. En los últimos 10 años ¿Has estado hospitalizado o en urgencias por operación, tratamiento o te han practicado estudios de laboratorio y/o gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc. (excepto chequeo de rutina)? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Estás actualmente en seguimiento médico, tratamiento o consumes algún medicamento? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Has aumentado o disminuido más de 7 kilogramos de tu peso habitual en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
5. En tu familia (padre, madre, hermanos o abuelos), ¿Hay casos de diabetes, infarto, cáncer, Alzheimer o Parkinson? ☐ Sí ☐ No
6. En más de 5 veces al año, ¿Haces uso de motocicleta, practicas automovilismo, vuelos no motorizados (paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor), o practicas caza, equitación, buceo, montañismo, lancha de motor, esquí de nieve, esquí acuático, corrida de toros o charrería u otro? o ¿tienes licencia de aviador o haces uso de aviación particular o helicóptero? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, llenar el formato de deportes BV-1-019.

En caso de respuesta afirmativa de cualquier pregunta de la 1 a la 6, favor de ampliar la información.

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fechas en que las sufriste o se te practicaron	Duración

Para hipertensión, llenar el formato BV-1-017, para diabetes llenar el formato BV-1-018 y para otras enfermedades llenar el formato BV-1-020.

6. Declaraciones e información requerida por el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

1. ¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas (persona políticamente expuesta) ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, estar solicitando un seguro con prima excedente y ser de nacionalidad distinta a la mexicana, llenar el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos y contestar la siguiente pregunta:

- ¿Eres accionista (vínculo patrimonial) de alguna sociedad o asociación? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, llenar el formato 4 para sociedades y asociaciones relacionadas

En caso de ser extranjero, o tener residencia en el extranjero, especifica las razones para contratar un seguro en territorio nacional: _____

2. ¿Actúas por cuenta de un tercero? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta positiva, llenar el formato 2 para propietario real

3. ¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta positiva, indicar: _____

País(es) _____ Número de Identificación Fiscal del / los país(es) _____

4. ¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife?

☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta negativa, llenar el formato 3 para proveedor de recursos

7. Otros seguros de vida

Responder solo en caso de tener un seguro de vida con una Suma Asegurada igual o mayor de \$ 500,000 pesos o más. Especificar la Suma Asegurada. \$ _____

8. Información para cobro

☐ **Cobranza bancaria** (llenar formato adicional IV-1-012)

Forma de cobro:

Mensual ☐

Trimestral ☐

Semestral ☐

Anual ☐

Entidad federativa

Retenedor

Unidad de pago

Retenedor del
centro de trabajo

Unidad de pago del
Centro de trabajo

☐ **Descuento por nómina**

Forma de cobro: Mensual ☒

Entidad federativa

Retenedor

Unidad de pago

Concepto

Clave, matrícula o identificación (solo para descuentos por nómina)

Autorizo a MetLife México, S.A. de C.V. el cambio y/o actualización de la clave de cobro (retenedor), en caso de existir un cambio de lugar de trabajo o por jubilación.

9. Aviso de privacidad de MetLife México, S.A. de C.V.

I. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A. de C.V., ubicada en Avenida Insurgentes Sur 1457, piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, Ciudad de México.

II. Finalidades. Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la Ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para identificarte, verificar tu identidad, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial. **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 solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros centros de servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a privacidad@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. **IV. Limitar el uso o divulgación de tus datos.** Si deseas que tus datos no sean tratados o transferidos con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios. **V. Transferencia de datos.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para darte un servicio o tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral para verificar tu identidad, a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial; así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines. **VI. Cambios al aviso de privacidad.** Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

10. MetLife México, S.A. de C.V.

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

11. Autorización

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia al cuestionario relativo tal como los conozca o deba 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 de los beneficiarios en su caso. ¿Deseas manifestar algún hecho importante? _____

Enterado de lo que antecede y para efectos de esta solicitud, declaro estar dispuesto, si fuere necesario, a presentar un examen médico por cuenta de MetLife México, S.A. de C.V., 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. de C.V. 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. de C.V. 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. de C.V. 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.

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.

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.

Con la firma de la presente solicitud, manifiesto que todas y cada una de las cantidades que ingrese a MetLife México ya sea por concepto de pago de prima o cualquier otra, provienen de fuentes legítimas.

Prevía lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de vida individual, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la propuesta.

Observaciones del agente: _____

Las condiciones generales serán entregadas en un plazo no mayor de 30 días naturales contados a partir de la contratación a través del medio elegido por el solicitante, sin que ello obste para que las condiciones generales puedan ser consultadas en la página web www.metlife.com.mx

Recibí:

La información total y completa del seguro que se propone

☐ Sí ☐ No

La información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios

☐ Sí ☐ No

Firma del solicitante titular

12. Identificación del cliente con fotografía y firma

¿Fue revisada la
identificación de cliente?

☐ Sí ☐ No

Tipo de identificación oficial vigente Número de identificación Emisor de identificación oficial

13. Información para aspectos internos de la compañía	
Datos del agente apoderado que realizó la entrevista y cotejó identificación oficial	Datos de la promotoría
Cédula: _____ Clave: _____ Número de control: _____ Nombre y firma	Clave Promotoría : Clave de zona de la promotoría:
Nota importante: para efectos de reclamación del siniestro, las firmas autorizadas son las correspondientes a la identificación oficial y/o documento oficial, el agente no está autorizado para modificar parcial ni totalmente las condiciones de la póliza, ni podrá conceder reducción de primas. Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo, proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento, relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas; ni tiene la facultad para cancelar el seguro o recibir la solicitud de cancelación correspondiente.	
En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de marzo 2026, con número CNSF-S0034-0135-2026 / CONDUSEF-007206-01.	

Constancia de protección por fallecimiento

Hasta por \$500,000 M.N. (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.)

Número de folio: _____

Datos de la solicitud del Seguro de Vida Individual llenada a MetLife México, S.A. de C.V. en lo sucesivo "La solicitud" nombre completo del titular: apellido paterno, apellido materno, nombre(s).

Por la presente, se hace constar que el solicitante titular arriba indicado está protegido por una cobertura provisional en caso de fallecimiento, por una cantidad igual a la Suma Asegurada solicitada con MetLife México, S.A. de C.V., con un máximo de \$500,000 M.N., con base en "La solicitud" y sujeta a las condiciones descritas en el reverso.

La vigencia de esta constancia iniciará en la fecha y hora en que sea expedida y concluirá en la fecha de emisión o rechazo de la póliza solicitada o en un plazo máximo de 30 días naturales, lo que ocurra primero.

Si por condiciones de carácter operativo, al expedirse la póliza resulta que la fecha de inicio de vigencia de la póliza es posterior a la fecha de emisión, la cobertura de la presente constancia se hará extensiva por el periodo comprendido entre la fecha de emisión y la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando a la fecha de inicio de vigencia no se supere el plazo máximo establecido en el párrafo que antecede.

Fecha de firma de la presente constancia e inicio de vigencia del beneficio:

Día Mes Año

Hora

Nombre completo y firma del solicitante

Nombre completo, clave, fecha y firma del agente	Datos de la promotoría y sello	 Firma funcionario MetLife México S.A. de C.V.
--	--------------------------------	--

Condiciones a las que se encuentra sujeta esta constancia

Protección por fallecimiento

MetLife México, S.A. de C.V., pagará a los beneficiarios del titular la Suma Asegurada de esta constancia, si el solicitante fallece durante el término establecido. Si el solicitante titular sobrevive al término del mismo o la constancia finaliza en los términos establecidos en esta, la protección terminará sin obligación alguna para MetLife México, S.A. de C.V.

Edad

Para efectos de esta constancia, se considera como edad del solicitante titular la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de efectividad.

Esta cobertura únicamente podrá aplicar si el solicitante titular se encuentra entre los 18 años como mínimo y 65 años como máximo.

Indemnización por mora

En caso de mora, MetLife México, S.A. de C.V. deberá pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 20 de marzo 2026, con número CNSF-S0034-0135-2026 / CONDUSEF-007206-01.

Entregable para el cliente

Derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro o bien, cuando ocurre un siniestro?

Cuando se contrata un seguro de vida es muy común que se desconozcan los derechos que tienes como Asegurado al momento de adquirir esta protección, en caso de algún siniestro, e inclusive previo a la contratación.

Si conoces bien cuáles son tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

En este documento te entregamos los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro.

¿Cómo saber cuáles son los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios antes y durante la contratación del seguro, así como cuando ocurra el siniestro?

Antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Solicitar a los agentes, empleados y/o apoderados de las personas morales que participen en la contratación de tu seguro, la identificación que los acredite como tales.
- Solicitar se te informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que participen en la contratación de tu seguro.
- Recibir toda información que te permita conocer las condiciones generales del contrato del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Cuando ocurra el siniestro tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la Suma Asegurada aunque la prima del contrato del seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia para el pago de la prima del seguro.
- Cobrar una indemnización por mora a la institución de seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.
- Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.
- Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si eres beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestros teléfonos de atención en la Ciudad de México y Área Metropolitana el 555328 7000 y desde el Interior de la República el 800 00 METLIFE (638 5433).

Nuestros centros de servicio están ubicados en:

Ciudad de México:

- **Reforma:** Avenida Paseo de la Reforma número 265, planta baja, Colonia Cuauhtémoc, Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.
- **Universidad:** Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.
- **Guadalajara:** Avenida Patria número 888, planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888", Colonia Loma Real, Código postal 45129, Zapopan Jalisco.
- **Monterrey:** Miguel Hidalgo 330 Local A01-B, Plaza Comercial Centro Cuauhtémoc, Código postal 6400, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Con los siguientes horarios de atención: de lunes a jueves de 8 a 16 horas y los viernes de 8 a 14 horas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de marzo 2026, con número CNSF-S0034-0135-2026 / CONDUSEF-007206-01.



Datos del agente apoderado	Datos de la promotoría
Nombre y firma:	Clave:
	Teléfono:

Si al momento de recibir tu talón de pago con el segundo descuento correspondiente al seguro de vida individual no has recibido tu póliza, favor de comunicarte al teléfono 555328-7000 o lada sin costo 800-00 METLIFE (638-5433) Universidad: Avenida Universidad número 1897, planta baja, piso 1, Colonia Oxtopulco Universidad, Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán, Ciudad de México.



Autorización y carta poder para descuento por nómina		Número de folio
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Clave Única de Registro de Población	Registro Federal de Contribuyentes*	
Clave, matrícula o identificación nominal		*Igual al talón de pago. Usar mayúsculas
Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de vida individual que estoy contratando con MetLife México, S.A. de C.V. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.		
\$	\$	\$
Monto a descontar según pago de nómina	Monto mensual a descontar	Suma Asegurada inicial
Lugar y fecha de autorización		Firma del empleado Contratante

Compañía



Autorización y carta poder para descuento por nómina		Número de folio
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Clave Única de Registro de Población	Registro Federal de Contribuyentes*	
Clave, matrícula o identificación nominal		*Igual al talón de pago. Usar mayúsculas
Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de vida individual que estoy contratando con MetLife México, S.A. de C.V. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.		
\$	\$	\$
Monto a descontar según pago de nómina	Monto mensual a descontar	Suma Asegurada inicial
Lugar y fecha de autorización		Firma del empleado Contratante

Retenedor



Autorización y carta poder para descuento por nómina		Número de folio
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Clave Única de Registro de Población	Registro Federal de Contribuyentes*	
Clave, matrícula o identificación nominal		*Igual al talón de pago. Usar mayúsculas
Otorgo el presente mandato a la empresa o dependencia señalada en el talón de pago de nómina, para que del monto de mi sueldo o bien del instrumento bancario autorizado en formato anexo, se destine la cantidad especificada en este documento para el pago de la prima correspondiente del seguro de vida individual que estoy contratando con MetLife México, S.A. de C.V. que se indica en la solicitud de la que forma parte este recibo, para que sea entregada a dicha aseguradora, sin generar costo alguno al empleado ni a la empresa o dependencia.		
\$	\$	\$
Monto a descontar según pago de nómina	Monto mensual a descontar	Suma Asegurada inicial
Lugar y fecha de autorización		Firma del empleado Contratante

Cliente