

Solicitud de cambios para pólizas de gastos médicos mayores individual

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. 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

| Datos generales del Contratante (es quien paga la prima) | | |
|--|--|------------------------------------|
| Lugar y fecha | Número de póliza | Registro Federal de Contribuyentes |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) |
| Teléfono | Correo electrónico @ | |
| El que suscribe como Contratante de la póliza en referencia, solicita a MetLife México, S.A. de C.V. que dicha póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes instrucciones: | | |
| Señala el o los trámites a efectuar: | | |
| OI cambios sin afectación GMM (anexar formato 5** - actualización de información) | OI Cambios con afectación | |
| Modificación de nombre y apellidos** <input type="checkbox"/> | Cambio de forma de pago | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de Contratante (anexar formato 5 actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)** <input type="checkbox"/> | Reconsideración de dictamen | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de domicilio** <input type="checkbox"/> | Inclusión o exclusión de extraprimas | <input type="checkbox"/> |
| Corrección Registro Federal de Contribuyentes** <input type="checkbox"/> | Inclusión o exclusión de coberturas (otros) | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de beneficiario cobertura Muerte Accidental y últimos gastos (anexar formato identificación de beneficiarios) <input type="checkbox"/> | Inclusión o exclusión de asegurados | <input type="checkbox"/> |
| Duplicado de póliza <input type="checkbox"/> | OI Rescates, retiros y cancelaciones | |
| Duplicado de recibo <input type="checkbox"/> | Cancelación de póliza | <input type="checkbox"/> |
| Duplicado de endoso <input type="checkbox"/> | OI Cob solicitud de cheques | |
| Cambio clave de agente <input type="checkbox"/> | Devolución de primas | <input type="checkbox"/> |
| Reconocimiento de antigüedad gastos médicos mayores <input type="checkbox"/> | OI Aclaración de pagos | |
| Actualización de información artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas <input type="checkbox"/> | Aclaración de pagos | <input type="checkbox"/> |
| Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante, así como cualquier otro documento que se derive de la operación del producto contratado en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico que se menciona anteriormente. Sí <input type="checkbox"/> | OI Cob solicitud de aplicación de pagos | |
| Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa, correcta, y me comprometo a actualizarla en caso de algún cambio. | Aplicación de prima | <input type="checkbox"/> |
| OI Rehabilitación (anexar solicitud de rehabilitación) | <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios solicitados serán afectados por la tarifa vigente a la fecha del cambio • En caso de existir algún siniestro, la aceptación de la solicitud quedará sujeta a valoración | |
| Rehabilitación* <input type="checkbox"/> | | |
| OI cambio de conducto de cobro (anexar formato instrucción de pago de prima con cuenta CLABE o tarjeta de crédito / débito) | | |
| Cambio de conducto de cobro a tarjeta de crédito y débito* <input type="checkbox"/> | | |
| Cambio de conducto de cobro a CLABE Interbancaria* <input type="checkbox"/> | | |
| Cambio de conducto de cobro <input type="checkbox"/> | | |

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

Detalle de la modificación a efectuar (indicar dato nuevo) *Anexar formato correspondiente**Autorización**

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que en su caso los cambios solicitados surtan efecto a partir del _____ de _____ del _____. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, de ser aprobados por la aseguradora quedarán sin alteración.

La aceptación de MetLife México, S.A. de C.V. de las modificaciones propuestas se notificará en el endoso o documentación que MetLife México, S.A. de C.V. remita al Asegurado y será efectiva a partir de su fecha de aceptación.

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.

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 unidad ESPECIALIZADA@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

| Nombre y firma del agente quien cotejó la documentación | Clave del agente | Sucursal | Clave y nombre de la promotoría o corredor | Correo electrónico del promotor o corredor |
|---|--|----------|--|--|
| | | | | |
| Firma del Asegurado | Correo electrónico del Asegurado y/o del Contratante | | Firma del Contratante | |
| | | | | |