

## Autorización

### De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar)

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 de los Beneficiarios 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 para la correcta evaluación de mi solicitud.

**"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MetLife México, S.A., 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".  
Doy mi consentimiento a MetLife México S.A., para compartir la información contenida en este documento, con sus empresas relacionadas, afiliadas, subsidiarias, empresas que auxilien tanto a la operación y administración de esta póliza, así como a la comercialización de sus productos y servicios, conforme a la regulación aplicable, misma que tendrá por objeto servir para efectos estadísticos, referencias comerciales y calidad en el servicio, resaltando que la misma tiene el carácter de confidencial.  
**PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADOS DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES QUE ESTABLECE LA SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES MEDICALIFE FAMILIAR, CONFIRMO HABER DECLARADO LOS DATOS EXÁCTOS PARA LA CORRECTA EVALUACIÓN DE LA MISMA.**

"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-50034-0568-2008 de fecha 27 de noviembre de 2008".

Lugar y Fecha en que se Firma \_\_\_\_\_ Firma del Contratante \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante Titular \_\_\_\_\_  
En caso de minoría de edad del Solicitante Titular, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal

Nombre de Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco o relación con el Solicitante \_\_\_\_\_ Firma del Representante Legal \_\_\_\_\_

### Información del Agente (Para aspectos internos de MetLife México, S.A.)

Nombre del Agente	Clave	Oficina de Envío	Promotoría	Participación	Firma del Agente

Nombre del Promotor \_\_\_\_\_ Clave del Promotor \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

E-mail del Promotor \_\_\_\_\_ E- mail del Agente \_\_\_\_\_

- ¿Cuánto tiempo hace que conoce al Solicitante? \_\_\_\_\_
- ¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? \_\_\_\_\_
- ¿Recomienda usted al Solicitante y sus familiares tanto por su aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? \_\_\_\_\_
- ¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del Solicitante? \_\_\_\_\_
- En caso de responder afirmativamente en la pregunta 4, identifique la causa \_\_\_\_\_

Nombre de quien revisó \_\_\_\_\_ Firma de quien revisó \_\_\_\_\_

### Espacio reservado para MetLife México, S.A.

### Beneficiarios de la cobertura Muerte Accidental

Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje %

### Beneficiarios de la cobertura Últimos Gastos

Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)	Parentesco	Porcentaje %

# Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores MédicaLife Familiar



## MetLife®

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

No.

### Datos del Contratante (Es quien paga la prima. Sólo llenar si es diferente al Solicitante)

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) _____
Calle _____	No. Ext. _____ No. Int. _____	Colonia _____ Código Postal _____
Población _____ Estado _____	Registro Federal de Causantes _____	Teléfono _____ Enviar correspondencia a este domicilio <input type="checkbox"/>

### Datos del Solicitante Titular

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) _____
Calle _____	No. Ext. _____ No. Int. _____	Colonia _____ Código Postal _____
Población _____ Estado _____	Registro Federal de Causantes _____	Teléfono _____ Enviar correspondencia a este domicilio <input type="checkbox"/>

### Datos del Seguro de Gastos Mayores Solicitado (Estos datos deben coincidir con la cotización)

Plan	Suma Asegurada en Pesos	Deducible en pesos	Deducible en dólares	Coaseguro
Internacional <input type="checkbox"/>	Sin límite <input type="checkbox"/>	(aplica para todos los planes)	(sólo aplica en el plan Internacional)	0% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/>
Ejecutivo <input type="checkbox"/>	Otro monto <input type="checkbox"/>	_____	_____	5% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>
Más <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/>
Básico <input type="checkbox"/>	Indicar monto _____	Indicar monto _____	Indicar monto _____	
Práctico <input type="checkbox"/>				
Protección Garantizada <input type="checkbox"/>				

### Coberturas Adicionales

Emergencia en el Extranjero <input type="checkbox"/>	Enfermedades Catastróficas en el Extranjero <input type="checkbox"/>	Indicar monto _____ M.N.
Franja Fronteriza <input type="checkbox"/>	Renta Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/>	Indicar porcentaje _____ %
Visión <input type="checkbox"/>	Incremento a Tabulador de Honorarios Quirúrgicos <input type="checkbox"/>	Indicar monto _____ M.N.
MetDental Plus <input type="checkbox"/>	Últimos Gastos <input type="checkbox"/>	Indicar monto _____ M.N.
Deducible 0 por accidente <input type="checkbox"/>	Muerte Accidental <input type="checkbox"/>	Indicar monto _____ M.N.

### Forma de pago

Anuual  Trimestral  Semestral  Mensual  (sólo cargo automático)  
Deseo que mi pago se realice con cargo automático a tarjeta de crédito   
Anexo autorización con folio No. \_\_\_\_\_

### Datos de la Familia Asegurada (En caso de pólizas familiares detalle los miembros solicitantes. Sólo dependientes económicos)

Solicitante	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el Titular
				F	M	Día	Mes	Año	Titular
TITULAR	DATOS TITULAR								
2									
3									
4									
5									
6									

MetLife México, S.A., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F., Tel: 5328-7000 ó lada sin costo 01-800-00 METLIFE (638-5433)

Información sobre su Ocupación (Solicitante Titular y Cónyuge)			
Solicitante Titular		Cónyuge	
Nombre de la Empresa	Giro	Nombre de la Empresa	Giro
Detalle de la Ocupación		Detalle de la Ocupación	
Lugar de trabajo: Oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Otro _____		Lugar de trabajo: Oficina <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Conduce vehículos en su ocupación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____		¿Conduce vehículos en su ocupación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____	

Deportes y/o Aficiones - Contestar para cada uno de los solicitantes						
	Solicitante					
	TITULAR	2	3	4	5	6
Deportes y/o aficiones que practica o haya practicado						
Frecuencia (diario, semanal, quincenal, mensual, otro)						

**Nota Importante:** Si practica motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, artes marciales, tiro al blanco, equitación, charrería, vuelo sin motor, tauromaquia, caza o tiene licencia de piloto aviador; es necesario llenar el cuestionario correspondiente.

Cuestionario General de Hábitos - Contestar para cada uno de los solicitantes						
		Solicitante				
		TITULAR	2	3	4	5
Tabaco	¿Fuma?					
	¿Desde cuándo?					
	Cantidad diaria					
Bebidas alcohólicas	¿Hace uso de bebidas alcohólicas?					
	¿Desde cuándo?					
	Frecuencia y cantidad					
	Tipo de bebida					
Peso y estatura	¿Cuál es su peso?					
	¿Cuál es su estatura?					
	¿Ha aumentado o disminuido más de 5 kilos en el último año?					
	Causa del cambio en peso					

### Historia Familiar (Deberá contestarlo el Solicitante Titular y el Cónyuge)

SOLICITANTE TITULAR					CÓNYUGE				
Indique con una cruz si sus padres han padecido...	Madre		Padre		Indique con una cruz si sus padres han padecido...	Madre		Padre	
	Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Insuficiencia renal					Insuficiencia renal				
Afecciones cardíacas					Afecciones cardíacas				
Hipertensión arterial					Hipertensión arterial				
Diabetes					Diabetes				
Epilepsia					Epilepsia				
Cáncer					Cáncer				
Afección coronaria					Afección coronaria				
Afección congénita					Afección congénita				
Afección reumática					Afección reumática				
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales					Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales				

Cuestionario Médico - Contestar para cada uno de los solicitantes													
En caso de respuesta afirmativa, indicar con una cruz	Solicitante												
	TITULAR		2		3		4		5		6		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1. ¿Padece o ha padecido de molestias de corazón o problemas del sistema circulatorio o enfermedades sanguíneas como anemia, presión arterial, afecciones cardíacas, hipertensión arterial, embolia o trombosis?													
2. ¿Tiene o ha tenido problemas en el sistema respiratorio como bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema?													
3. ¿Tiene o ha tenido enfermedades relacionadas con intestinos, hígado, vesícula biliar, colon o páncreas?													
4. ¿Tiene o ha tenido padecimientos relacionados con riñón, vejiga, próstata o insuficiencia renal?													
5. ¿Ha padecido o padece diabetes o hipertiroidismo?													
6. ¿Ha padecido o padece alteraciones del colesterol o triglicéridos?													
7. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso como cuadros de ansiedad, epilepsia, depresión, enfermedad mental, esquizofrenia o trastornos mentales?													
8. ¿Padece o ha padecido algún problema óseo o de articulaciones como reumatismo, deformidad o la pérdida de algún miembro?													
9. ¿Ha padecido o padece cáncer o tumores en alguna parte del cuerpo?													
10. ¿Tiene alguna anomalía auditiva o de la vista?													
11. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?													
12. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?													
13. Durante el último año, ¿se le han practicado los siguientes estudios? (No check-up)													
a) electrocardiogramas													
b) pruebas de laboratorio													
c) radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética													
14. ¿Padece o se le ha diagnosticado SIDA?													
15. ¿Ha padecido hepatitis o enfermedades de transmisión sexual? En caso de respuesta afirmativa, especificar el tipo de enfermedad, por ejemplo: Hepatitis A, hepatitis C													
16. ¿Ha padecido o padece alguna afección, enfermedad o lesión diferente a las señaladas anteriormente?													

### Preguntas sólo para mujeres

17. ¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o en las mamas o menstrúa anormalmente?													
18. ¿Se le ha practicado operación cesárea o actualmente está embarazada?													

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información utilizando la siguiente tabla:

Solicitante	Enfermedad o afección			Edad al diagnóstico	Estado actual		

### Antigüedad

Si tiene alguna póliza de Gastos Médicos Mayores de la que solicite el reconocimiento de antigüedad, indique la fecha de antigüedad solicitada y anexe la documentación comprobatoria de una cobertura continua e ininterrumpida desde esa fecha.

Solicitante	Antigüedad			Compañía	No. de Póliza	Solicitante	Antigüedad			Compañía	No. de Póliza
	Día	Mes	Año				Día	Mes	Año		
TITULAR						4					
2						5					
3						6					