

Consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios seguro de vida grupo

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

1. Datos del Contratante			
Nombre del Contratante		Número de póliza	
2. Datos del Asegurado			
Nombre(s)		Apellido paterno	
Apellido materno			
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Registro Federal de Contribuyentes		Puesto u ocupación / Organismo en que labora	
Sexo: Masculino ☐		Estado civil: Soltero(a) ☐	
Femenino ☐		Viudo(a) ☐	
Casado(a) ☐		Unión libre ☐	
Divorciado(a) ☐		Número de empleado	
3. Suma Asegurada (monto o regla para determinarla)			
La que esté en vigor a la fecha del siniestro, de acuerdo con el contrato del seguro respectivo.			
4. Designación de beneficiarios			
En caso de requerir designación de beneficiario irrevocable:			
Designo como beneficiario con carácter de irrevocable a _____ % _____; en caso de existir remanente de Suma Asegurada, designo beneficiarios a:			
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	
Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)
Domicilio completo			
Correo electrónico: _____		Teléfono: _____	

Asegurado

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac,
Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5328 7000,
Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

Nombre completo de los beneficiarios	Parentesco	Porcentaje de participación	Fecha de nacimiento (Día / Mes / Año)

Domicilio completo

Correo electrónico: _____ **Teléfono:** _____

Especificaciones especiales

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 debe 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 seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

MetLife México, S.A. pagará la Suma Asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato, a los beneficiarios que consten en la última designación de beneficiarios registrados, de acuerdo al esquema de administración de la póliza de seguro, quedando liberada toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

Expresamente otorgo a MetLife México, S.A. mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza de seguro, expedida por dicha compañía a favor del Contratante especificado en este consentimiento. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente y son verídicas y están completas.

Nota: El Asegurado se encontrará amparado por la póliza de seguro referida, a partir de la fecha de firma del presente consentimiento o de su ingreso a formar parte del grupo asegurado, lo que sea posterior y se mantendrá amparado por la póliza siempre que esta se encuentre vigente y el Asegurado forme parte del grupo asegurado.

5. Otorgamiento de consentimiento para ser Asegurado. Firma o huella del Asegurado

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento _____

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.

Tus datos personales son tratados conforme a nuestro aviso de privacidad disponible en www.metlife.com.mx

 Firma del Asegurado

 Sello

Si el Asegurado no sabe o no puede firmar, deberá poner su huella digital en presencia de dos testigos, los cuales deberán de firmar el documento.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01 800 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. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, 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 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

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 13 de Marzo de 2019 con el número CNSF-S0034-0018-2019 / CONDUSEF-G-01081-001.

ANEXO 1

INFORMACIÓN PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE VIAJE POR COMISIÓN OFICIAL

Número	Núm. de empleado	RFC	Nombre Completo	Fecha de inicio del viaje	Fecha de término del viaje	Destino	Clave Dependencia
1							329.01