

Manual de llenado

Solicitud de reclamación

pago de siniestro Vida

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica el número de póliza.

2

Indica el tipo de seguro a reclamar.

3

Indica el tipo de siniestro al que solicita pago, así como la fecha en el que ocurrió.

4

Indica la información del asegurado.

5

MetLife

Solicitud única para el pago de siniestro de seguro de vida

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.

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.

Ingresar una solicitud por cada solicitante.

Por este conducto solicito(amos) a MetLife México, S.A. de C.V. el pago de la Suma Asegurada que corresponda en razón del siniestro ocurrido, de acuerdo con los términos que se anotan bajo protesta de decir verdad en esta solicitud.

Dependiendo de la forma de pago elegida, a partir del momento en que reciba(mos) el pago, depósito en cuenta o se aplique en otro producto de inversión o ahorro indicado, se otorga a MetLife México, S.A. de C.V. el más amplio finiquito que en derecho proceda.

Lugar de elaboración de la solicitud: _____ Fecha de solicitud: ____/____/____ 1

Indicar número(s) de póliza(s) _____

Marca con una X el (los) trámite(s) solicitado(s)

Seguro institucional o grupo Fondo de ahorro capitalizable de los trabajadores al servicio del estado Seguro de Separación Individualizado Retiro

Individual Ex-servidores Vida deudores

Otros, especificar: _____

Información del siniestro

Tipo de siniestro: Fallecimiento Invalidez Cáncer Otro, especificar: _____

Fecha del siniestro: ____/____/____

Información del Asegurado (datos para ser llenados por el(los) solicitante(s))

Nombre del Asegurado

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Clave Única de Registro de Población _____ Registro Federal de Contribuyentes _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre

País de nacimiento _____ Estado de nacimiento _____

Nacionalidad(es)* _____ Profesión u ocupación _____

Actividad o giro del negocio _____ Centro de trabajo _____

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

GV-1-013 VER. 11 1 de 5

Indica la fecha y lugar de llenado. Fecha con 2 dígitos día y mes, 4 dígitos el año.

Manual de llenado

Solicitud de reclamación

pago de siniestro Vida

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Lee con atención el aviso de privacidad de MetLife.

6

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 éstas 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 identificar, 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 inscribiéndote 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.

Información del(los) solicitante(s) personas físicas ^(*)

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros o sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad. Así mismo, autorizo a MetLife México, S.A. de C.V., para que comparta mis datos personales y mis datos personales sensibles de salud, tales como padecimientos, diagnósticos, estado de salud, carta pase, suma remanente y los que se deriven de mi(s) siniestro(s) y/o de mis beneficiarios, con el Contratante de mi póliza y/o broker o agente y/o cualquier tercero relacionado o participante en la atención u operación del seguro respectivo, a efecto de que dicha información sea utilizada en mi beneficio o el de mis citados beneficiarios y particularmente, de manera enunciativa, con las siguientes finalidades: seguimiento y revisión a mis trámites o reclamaciones, incluyendo finiquitos, cartas de programación de cirugías, reembolsos y reportes hospitalarios; auditorías vinculadas a reclamaciones de mis siniestros para garantizar que éstas cumplan los requisitos conforme a las coberturas contratadas; análisis de tendencias y posibles desviaciones en la siniestralidad; e identificación de casos de alto impacto en la siniestralidad de la colectividad o agotamiento de Suma Asegurada.

Apellido paterno*	Apellido materno*	Nombre(s)*	Parentesco (para efectos de identificación)
Edad:	Clave Única de Registro de Población**		Registro Federal de Contribuyentes**
Fecha de nacimiento*:	Número de identificación*:		
País de nacimiento		Estado de nacimiento	
Nacionalidad(es)*		Profesión u ocupación	
Identificación oficial vigente / emisor			
Credencial para votar vigente Instituto Nacional Electoral	Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores	Cédula profesional Secretaría de Educación Pública	Certificado de matrícula consular Secretaría de Relaciones Exteriores
Tarjeta de residente temporal o residente permanente Instituto Nacional de Migración			

2 de 5

Indica la información del reclamante

7

Recuerda que todas las fechas a llenar deben tener 2 dígitos para día y mes, y 4 para el año.

8

Manual de llenado

Solicitud de reclamación

pago de siniestro Vida

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica la ocupación del reclamante.

9

Ocupación*

Empleado activo Comerciante Ama de casa Otro Especificar: _____

Profesional independiente Jubilado Estudiante

Nombre de la empresa donde prestas tus servicios _____ Giro de la empresa _____

Domicilio particular*

Calle / Avenida _____ Número exterior _____ Número interior _____

Código postal _____ Colonia / Barrio _____ Municipio / Alcaldía _____ Ciudad / Población _____

Estado _____ País _____

Teléfono(s) de contacto**

() () ()

Particular (lada) _____ Oficina / Laboral (lada) _____ Móvil (lada) _____

Correo electrónico** _____ @ _____ Firma autógrafa _____

11

Llena los datos faltantes del reclamante. Es importante que al finalizar, tenga su firma.

Indica los datos de contacto del reclamante.

12

Por este conducto, por así convenir a mis intereses, autorizó recibir todo tipo de información, documentación, notificaciones o cualquier comunicado emitido por MetLife México, S.A. de C.V., relacionados al seguro de Vida antes mencionado indistintamente al domicilio señalado y/o a la cuenta de correo electrónico, en el entendido que, por cualquiera de estos conductos me dará por enterado de forma auténtica.

¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero? _____ Sí No

En caso positivo, especifica tu Número de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés) _____ País(es): _____

¿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 y ser de nacionalidad extranjera, por favor llena el formato 2 para tu cónyuge y dependientes económicos. El formato 2 lo podrás descargar desde bit.ly/Formato-2

13

En caso de estar de acuerdo con recibir información relacionada con el seguro, marca la casilla "SI".

Recuerda que los teléfonos (sin prefijo internacional) son a 10 dígitos.

14

Indica si estás sujeto a pago de impuestos en el extranjero.

Indica la forma de pago de la reclamación.

16

Formas de pago

Cheque de caja en centros de servicio MetLife Transferecia electrónica⁽¹⁾ Cheque enviado al punto de contacto Especificar el punto de contacto a enviar cheque _____

FlexiLife Inversión Otro producto de inversión o ahorro: _____

⁽¹⁾ Debes tener especial cuidado en anotar tu nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago.

⁽²⁾ Si eliges como conducto de pago la transferencia electrónica, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo.

Es necesario completar el apartado: Instrucción de pago por transferencia electrónica, ubicado en la página 5 de este documento.

(*) Dato requerido. (**) Dato requerido en caso de contar con él.

15

Indica si tu o un familiar han desempeñado funciones públicas destacadas.

Aplica solamente si el solicitante se presenta como persona moral.

Indica el nombre y la razón social de la empresa, así como la información de su constitución.

17

Información del(los) solicitante(s) persona(s) moral(es) ⁽¹⁾

Datos generales del solicitante:

Denominación o razón social* _____ Nombre comercial _____

Giro mercantil, actividad u objeto social _____ País(es) _____ Registro Federal de Contribuyentes** _____

Nacionalidad* _____ Número de instrumento notarial de constitución _____ Folio mercantil⁽³⁾ _____

Fecha de constitución*: _____

Manual de llenado

Solicitud de reclamación

pago de siniestro Vida

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica el domicilio donde se encuentra la empresa, así como su información de contacto.

18

Aplica solamente si el solicitante se presenta como apoderado.

Indica la información del apoderado.

22

Indica la forma de pago de la reclamación.

24

Datos de contacto			
Domicilio de la empresa*			
Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	
Código postal	Colonia / Barrio	Municipio / Alcaldía	Ciudad / Población
Estado	País		
()	@		
Teléfono* (lada)	Correo electrónico**		
Por este conducto, por así convenir a mis intereses, autorizo recibir todo tipo de información, documentación, notificaciones o cualquier comunicado emitido por MetLife México, S.A. de C.V., relacionados al seguro de Vida antes mencionado indistintamente al domicilio señalado y/o a la cuenta de correo electrónico, en el entendido que, por cualquiera de estos conductos me daré por enterado de forma auténtica.			
		Sí	No
¿Estás sujeto al pago de impuestos en el extranjero?			
En caso positivo, especifica tu Número de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)		Sí	No
		País(es):	
Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s) extranjero(s), su(s) cónyuge(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero?			
		Sí	No
En caso de respuesta positiva a la pregunta anterior, llena por favor la sección de composición accionaria y estructura corporativa del formato 4. Dicho formato lo podrás descargar desde bit.ly/Formato4			
Datos generales de apoderado y/o representante legal^(*) y/o propietario real^(*)			
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.			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Nacionalidad		Firma del apoderado y/o representante legal	
Formas de pago			
Cheque de caja en centros de servicio MetLife	Transferencia electrónica ⁽²⁾	Cheque enviado al punto de contacto	Especificar el punto de contacto a enviar cheque
FlexiLife Inversión	Otro producto de inversión o ahorro:		

(*) Debes tener especial cuidado en anotar tu nombre y domicilio completo, legible y sin abreviaturas, ya que con base en estos datos de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago.
 (2) Si eliges como conducto de pago la transferencia, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses a la fecha de la reclamación) o copia del contrato bancario que muestre la cuenta o el número de cuenta interbancaria relacionado con la cuenta de depósito, la cual deberá estar a nombre del solicitante. No es posible efectuar depósitos en cuentas a plazo fijo. Es necesario completar el apartado: Instrucción de pago por transferencia electrónica, ubicado en la página 5 de este documento.
 (3) Dato adicional requerido para empresas de nacionalidad mexicana.
 (4) Propietario real: Se entiende a la persona física que no siendo el cliente, o beneficiario, por medio de otra o de cualquier acto o mecanismo, obtiene los beneficios derivados de un contrato u operación, y es quien, en última instancia, ejerce los derechos de uso, disfrute, aprovechamiento o disposición de los recursos, esto es, como el verdadero dueño de los recursos. Comprende a las personas que ejerzan el control (5) sobre una persona moral, así como, en su caso, a las personas que puedan instruir o determinar, para beneficio económico propio, los actos susceptibles de realizarse a través de Fideicomisos, mandatos o comisiones.
 (5) Control: Se considera a la capacidad de una persona o grupo de personas, a través de la propiedad de valores, por la celebración de un contrato o por cualquier otro acto jurídico, para: (i) imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral; (ii) mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral; o (iv) dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral. Se entenderá que ejerce control aquella persona física que directa o indirectamente, adquiera el 25% o más de la composición accionaria o del capital social de una persona moral.
 (*) Dato requerido. (**) Dato requerido en caso de contar con él.

En caso de estar de acuerdo con recibir información relacionada con el seguro, marca la casilla "Sí".

19

Indica si estás sujeto a pago de impuestos en el extranjero.

20

Indica si algún accionista ha desempeñado funciones públicas destacadas.

21

Llena los datos faltantes del apoderado legal. Es importante que al finalizar, tenga su firma.

23

Manual de llenado

Solicitud de reclamación pago de siniestro Vida

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica el nombre del banco al que se realizará el pago de la reclamación, así como la clave bancaria.

26

Autorizaciones

En caso de que la firma de la presente solicitud sea de forma digital, reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo con términos y condiciones para el uso de dicha firma y tramitar el pago del siniestro descrito en el presente documento, así como los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado del uso de la misma. Precisingo que la información personal señalada en forma digital es real y verídica.

Autorizo recibir información, notificaciones y documentación contractual del seguro señalada, y de todas las pólizas a las que tenga derecho; así como comunicaciones vinculadas con el pago de siniestros, por medio del correo electrónico antes señalado y comunicación a través del teléfono móvil. Y que los términos y condiciones se pueden consultar directamente en la página de internet www.metlife.com.mx.

Autorizo recibir información, notificaciones y en su caso el pago de la suma asegurada de pólizas en las que haya sido designado como beneficiario y que resulte procedente el pago con la documentación que ya haya presentado. Sí No

25

Instrucción de pago por transferencia electrónica

Nombre de la institución bancaria

CLABE (1) Clave Bancaria Estandarizada

(1) La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta, de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

Importante: Es necesario que la cuenta clabe arriba señalada aparezca el Asegurado titular como titular de la misma y firme en el de forma independiente (no mancomunado) excepto que las condiciones de contratación establezca un tratamiento distinto.

Por lo que declaro bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria antes proporcionada se encuentra a mi nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, libero de toda responsabilidad a MetLife México, S.A. de C.V. por el pago que recibiré por el concepto antes mencionado.

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 555328-8002 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

Los datos e información contenidos en el presente documento se manifiestan con toda veracidad y bajo mi más estricta responsabilidad sujeto a las posibles consecuencias jurídicas previstas en los artículos 67, 68 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro con relación al aviso del siniestro.

5 de 5

En caso de estar de acuerdo con recibir información relacionada con el seguro, marca la casilla “Sí”.