

Solicitud Única para el Pago de Siniestro de Seguro de Vida

MetLife

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.

Se solicita el llenado correcto y completo de todos los campos que integran la presente solicitud.

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

Lugar de elaboración de solicitud _____

Fecha de solicitud: _____
Día Mes Año

MARCA CON UNA X EL (LOS) TRÁMITE(S) SOLICITADOS(S)

Vida Deudores

En caso de seleccionar Vida Deudores
indicar número de póliza _____

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Tipo de Siniestro: Fallecimiento

Fecha del Siniestro _____
Día Mes Año

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (DATOS PARA SER LLENADOS POR EL (LOS) SOLICITANTE(S))

Nombre del Asegurado: _____

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombre(s) _____

C.U.R.P.

R.F.C.

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión Libre Divorciado(a) Viudo(a)

Nacionalidad(es)* _____

Profesión u Ocupación _____

Actividad o Giro del Negocio _____

Centro de Trabajo _____

AVISO DE PRIVACIDAD DE METLIFE

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos skl, 14 al 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. **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 evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, 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 o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. 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. **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 Servicio, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@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 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, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla **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 tramitar tus siniestros; a organizaciones del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla **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 ⁽¹⁾

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)* | Parentesco (para efectos de identificación) | Edad |
| C.U.R.P.** | | | R.F.C.** | |

Lugar de Nacimiento*:

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|------|-------------------|
| Ciudad / Población | Estado / Provincia | País | Nacionalidad(es)* |
| Fecha de Nacimiento * | Número de Identificación*: | | |
| Día | Mes | Año | |

Identificación / Emisor*

Credencial para votar IFE
 Pasaporte Secretaría de Relaciones Exteriores
 Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores I.N.A.P.A.M
 Cédula Profesional Secretaría de Educación Pública
 Certificado de Matrícula Consular Secretaría de Relaciones Exteriores
 Forma Migratoria Inmigrante (F.M.2) o No Inmigrante (F.M.3) Credencial del Inmigrado Instituto Nacional de Migración

Ocupación*

Empleado Activo
 Profesional Independiente
 Comerciante
 Jubilado
 Ama de casa
 Estudiante
 Otro _____

Nombre de la Empresa donde presta sus servicios

Giro de la Empresa

Domicilio Particular*

| | | | |
|------------------|------------------------|--------------------|---------------|
| Calle / Avenida | No. exterior | No. interior | Código Postal |
| Colonia / Barrio | Delegación / Municipio | Ciudad / Población | |
| Estado | País | | |

Teléfonos de Contacto**

| | | |
|-------------------|--------------------------|----------------|
| Particular (LADA) | Oficina / Trabajo (LADA) | Celular (LADA) |
| @ | | |

Correo electrónico**

Firma

¿Está usted obligado a presentar impuestos ante autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica?

Sí No

En caso positivo, especifique su Número de Seguridad Social o Número de Identificación de Impuestos (SSN o TIN por sus siglas en inglés) _____

Forma de Pago

Depósito en Cuenta⁽²⁾

(1) Debe tener especial cuidado en anotar su 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 elige como conducto de pago el depósito en cuenta, 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.

* Dato requerido

** Dato requerido en caso de contar con él.