Consentimiento para ser Asegurado y autorización del descuento del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores

(F-DCO-20)

MetLife®

Ver instructivo de llenado al reverso

Folio 1160985

Póliza número (1)	Nombre o razón social del contratante (2)

Datos del Asegurado Titular

R.F.C. (3) | Apellido paterno (4) | Apellido m aterno | Nombre(s)

Sexo (5) M ☐ F ☐ | Estado civil (6) S ☐ C ☐ | Fecha de nacimiento (7) Año Mes Día | Domicilio del Asegurado Titular (calle, número) (8)

Colonia (9) | Teléfono particular (10) | Población (ciudad) (11) | Delegación o Municipio (12)

Entidad Federativa (13) | Código Postal (14) | Clave presupuestal (15) | No. de empleado (16) | Nivel de puesto (17) | Fecha de ingreso al nivel (18) Año Mes Día

Unidad de adscripción (19) | Dependencia u organismo de adscripción (20) | Reconocimiento de antigüedad AyB (21) ☐ Se anexa último recibo de pago de prima y última carátula de la póliza.

Consentimiento

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores solicitado a MetLife México, S.A. por la colectividad a la que pertenezco como personal activo.

Llénese en caso de que desee incrementar su suma asegurada

Suma asegurada solicitada en número de veces de S.M.G.M. (Total de Suma Asegurada considerando la básica más el incremento). (22)

111 | 148 | 185 | 222 | 259 | 295 | 333 | 444 | 592 | 740 | *850 | *1000

Llénese en caso de que desee asegurar a sus dependientes económicos

Nombre completo (23) Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (24) Año	Mes	Día	(25) Sexo	(26) Parentesco con el Asegurado Titular
						M ☐ F ☐	
						M ☐ F ☐	
						M ☐ F ☐	
						M ☐ F ☐	
						M ☐ F ☐	
						M ☐ F ☐	

Conducto de pago de prima (27)

☐ Directo ☐ Depósito en cuenta bancaria deMetLife México, S.A. ☐ Tarjeta de crédito No. _____ Banamex ☐ Bancomer ☐ Carnet ☐ ☐ Descuento por nómina (Quincenal)

Autorización

En caso de contratar Suma Asegurada adicional y/o asegurar a mi(s) dependiente(s) economico(s) y elgeir conducto de pago:

* Con cargo a tarjeta de crédito.- Autorizo al Banco emisor de la tarjeta de crédito, se sirva pagar por mi cuenta a MetLife México, S.A. los cargos que solicito por concepto del seguro. Cualquier inconformidad presentada de mi parte, como tarjetahabiente, referente al importe de los cargos efectuados en mi tarjeta, sobre el pago de primas de este seguro, deberá ser aclarada y solucionada directamente por MetLife México, S.A. De igual manera estoy enterado y conforme en que el Banco deje de prestarme el servicio cuando no haya saldo disponible en mi cuenta, o por cualquier supuesto establecido en el Contrato de Apertura de Crédito. MetLife México, S.A. será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos o servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se genere de mi parte, como tarjeta habiente.

* **Por descuento en nómina.**- Autorizó sea descontada de mis percepciones quincenales, la prima correspondiente a los conceptos anteriores y que dicho importe sea entregado a MetLife México, S.A.

(28) Sello Dependencia

(29) Sello MetLife México, S.A.

(30) En _____ a ___ de _____ de _____

(31) _____ Firma o huella del Asegurado Titular Contratante

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, Lada sin costo 01-800-00-MetLife (6385433)