

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

Anexo 128

MetLife®

Ver instructivo de llenado al reverso

Folio **1150749**

Póliza número	Nombre o razón social del contratante
---------------	---------------------------------------

Datos del Asegurado Titular

R.F.C.	Apellido paterno	Apellido m	aterno	Nombre(s)
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Año	Mes	Día	Domicilio del Asegurado Titular (calle, número)
Sexo	Fecha de nacimiento			
Colonia	Teléfono particular	Población (ciudad)	Delegación o Municipio	
Entidad Federativa	Código Postal	Clave presupuestal	No. de empleado	Nivel de puesto
Unidad de adscripción	Dependencia u organismo de adscripción	Reconocimiento de antigüedad AyB		
		Año		
		Mes		
		Día		
		Fecha de ingreso al nivel		
		<input type="checkbox"/> 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).

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

Llénese en caso de que desee asegurar a sus dependientes económicos

Nombre completo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento			Sexo	Parentesco con el Asegurado Titular
				Año	Mes	Día		
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Conducto de pago de prima

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

Banamex ☐ Bancomer ☐ Carnet ☐

Autorización

En caso de contratar Suma Asegurada adicional y/o asegurar a mi(s) dependiente(s) económico(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.

Sello Dependencia

Sello MetLife México, S.A.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma o huella del Asegurado Titular

Contratante

Bld. 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)