

GUÍA DE USO

PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO
DE SEGURO DE VIDA





Protección Integral Familiar (PIF)

A continuación se mencionan las Sumas Aseguradas de cada uno de los programas (se pagará la Suma Asegurada aplicable al programa activo al momento del fallecimiento del Titular):

Cobertura Seguro de Vida PIF	En caso de Fallecimiento	En caso de Muerte Accidental	Suma Asegurada	Saldo Deudor
PIF Superior	\$240,000	\$600,000	\$840,000	\$48,000
PIF Plus	\$130,000	\$260,000	\$390,000	\$52,000
PIF Pareja	\$65,000 para cada uno	\$130,000 para cada uno	\$195,000 para cada uno	\$52,000
PIF Extra	\$65,000	\$195,000	\$260,000	\$26,000
PIF Básico	\$42,000	\$198,000	\$240,000	\$24,000
Protección Dos	\$54,000	\$126,000	\$180,000	\$24,000
Protección Uno	\$48,000	\$96,000	\$144,000	\$24,000

Estas sumas aseguradas aplican a partir del 1° de marzo de 2020.

DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE SINIESTRO

A continuación se enlistan los documentos que se deben entregar del Titular de la Tarjeta y del(los) beneficiario(s). **Es importante que los documentos sean legibles.**

Documentos del titular	Original o copia certificada	Copia fotostática
1.- Acta de defunción.	X	
2.- Identificación oficial legible por ambos lados: IFE o INE, Pasaporte, Cédula Profesional, Matrícula Consular, FM2 o FM3.		X
3.- Certificado de Seguro u Hoja de Aceptación con Designación de Beneficiario(s) y firma del Titular (Asegurado): <small>*Se encuentra en la Guía de Uso que fue entregada al momento de la contratación. *En caso de no contar con este documento, se proporciona el testamento o juicio sucesorio intestamentario.</small>	X	
4.- Actuaciones completas del Ministerio Público (en caso de Muerte Accidental) que incluyan: Averiguación previa, identificación y fe del cadáver, autopsia o necropsia de ley, examen toxicológico, prueba de rodizanato de sodio, alcoholemia y conclusiones. En caso de accidente automovilístico, la parte de tránsito.	X	
5.- Formato de "Historia Clínica" (en caso de Muerte Natural): Únicamente si el PIF fue contratado después del 14 de febrero de 2002.	X	

Documentos del beneficiario	Original o copia certificada	Copia fotostática
1.- Acta de Nacimiento del o los beneficiarios.	X	
2.- Identificación oficial legible por ambos lados: IFE o INE, Pasaporte, Cédula Profesional, Matrícula Consular, FM2 o FM3.		X
3.- Estado de cuenta bancario del beneficiario con CLABE interbancaria de 18 dígitos con vigencia máxima de 3 meses: <small>NOTA: Validar con la institución bancaria que la cuenta pueda recibir depósitos de las sumas aseguradas contratadas y se encuentren activas.</small>		X
4.- Formato de "Solicitud Única para el Pago de Siniestro de Seguro de Vida Crédito": Con los datos del titular (Asegurado) y firma del o los beneficiarios.	X	
5.- Acta de Matrimonio: <small>*En caso de no tener el documento se puede entregar la Declaración Jurídica que acredite el Concubinato o Convenio de Sociedad en convivencia celebrado y registrado ante la autoridad Juez de lo Familiar de Primera Instancia o Juez de lo Civil. *Este documento se deberá entregar solo en caso de que el beneficiario sea el cónyuge, concubino(a) o conviviente. Para el producto de PIF Pareja cualquiera de estos documentos es obligatorio.</small>	X	
6.- Carta cesión de Derechos: <small>*Este documento se deberá entregar solo en caso de que el beneficiario no pueda realizar su trámite y decida ceder sus derechos a otra persona. Esta carta debe ser llenada únicamente por el o los beneficiarios de su puño y letra.</small>	X	



* Da clic **aquí** para descargar los formatos.

¿DÓNDE TRAMITAR TU SINIESTRO PIF?

Ponemos a tu disposición dos canales para tramitar tu siniestro, solo sigue estos pasos:

Digital

01

- Ingresa a tu cuenta o genera una en siniestros.liverpool.com.mx
- Selecciona el producto o Aseguradora.
- Descarga los formatos necesarios para su llenado y reúne la documentación, digitalízala y cárgala según los pasos mostrados en la siguiente página.



En tienda

02

- Acude al Centro de Seguros de la tienda Liverpool de tu preferencia y notifica el trámite que requieres realizar.
- Un Ejecutivo te brindará la asesoría inicial sobre los documentos que debes presentar para tu trámite.
- Reúne la documentación y entrégala en el Centro de Seguros.

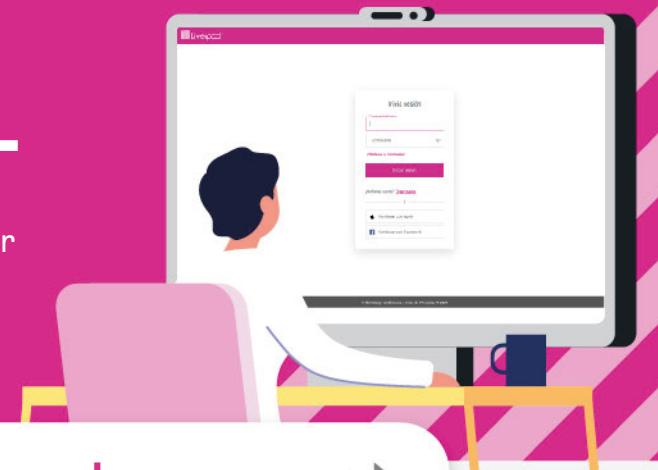


* Una vez que el expediente esté completo, el tiempo de respuesta es de 20 días hábiles.

¿Ya conoces el nuevo Portal de Siniestros?

Tramita tu siniestro de MANERA DIGITAL

Con esta nueva funcionalidad ya no es necesario acudir a tienda para iniciar el trámite.



1



Ingresa a siniestros.liverpool.com.mx



y haz clic en “Iniciar sesión”





2

Ingresá tu cuenta, si no tienes una, haz clic en “Crear cuenta” y completa el formulario.

3

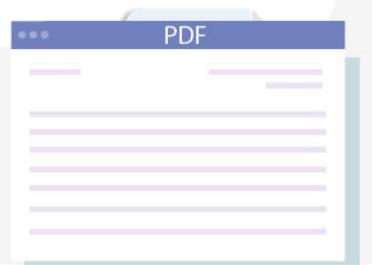
Inicia tu reclamación seleccionando el trámite que deseas realizar y da clic en “Iniciar trámite”.

4

Completa el formulario para obtener los datos de tu póliza.

5

Reúne la documentación que se solicita y digitalízala en PDF.



Carga los documentos del Titular y/o del(los) Beneficiario(s), los cuales deben ser legibles.



6

Recibirás un mail de confirmación.

7

Tu trámite comienza a partir de tener completa la carga de documentos y que estos hayan sido validados. Verifica el estatus de tu siniestro en la sección “Trámites en proceso”.

8

Si alguno de tus documentos es rechazado, serás notificado vía mail y/o SMS y podrás cargarlo nuevamente para continuar con el trámite.

Una vez que tu expediente está completo y ha sido validado, el tiempo de respuesta será de 20 días hábiles y te será notificado por medio telefónico o correo electrónico el resultado del trámite.

LO QUE DEBES SABER SOBRE TU TRÁMITE DE RECLAMACIÓN

Estos son los puntos importantes que debes conocer antes de iniciar el trámite de tu siniestro:



Para iniciar el trámite es necesario contar con el expediente completo, esto no garantiza el pago de la suma asegurada, ya que la aseguradora es la que emite la respuesta final.



La documentación inicial entregada es enunciativa mas no limitativa, por lo que la Aseguradora podrá solicitar documentación adicional si así lo requiere para generar su dictamen.



Esta póliza no cubre padecimientos preexistentes, entendiéndose como aquellos signos o síntomas de un padecimiento que se manifiesta antes de la contratación de la póliza: diabetes mellitus, cirrosis hepática, hipertensión arterial sistémica, sida, insuficiencia renal, cáncer, neumonía e infarto.



Si tienes alguna duda, te brindamos distintos medios de contacto:

Teléfono: 800 249 0332

WhatsApp: 55 5004 8000

Correo electrónico: tramitesiniestros@centrodeseguros.com.mx

Horario: de 9 a 21 hrs de lunes a domingo

ACTA DE DEFUNCIÓN

TITULAR



- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Debe tener el nombre completo y correcto del titular (Asegurado), fecha de defunción y causas de fallecimiento.
- La autoridad competente para certificar el Acta de Defunción es el Notario Público.
- Para determinar que un Acta de Defunción está certificada, el notario coloca en el documento el sello oficial, holograma, nombre y firma del notario.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar de un país/estado a otro.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL

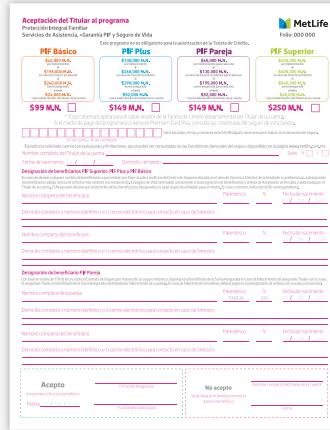
TITULAR Y/O BENEFICIARIO(S)

- La identificación oficial puede ser Credencial para votar, Pasaporte o Cédula Profesional.
- En caso de ser extranjero presentar Matrícula Consular, FM2 o FM3.
- La identificación oficial debe estar vigente. Verifica la vigencia de tu Credencial para votar en la Lista Nominal:
<https://listanominal.ine.mx>
- Si tu trámite es presencial es necesario presentar la original para su cotejo.
- Las imágenes presentadas son de referencia y pueden cambiar.



CERTIFICADO DE SEGURO

TITULAR

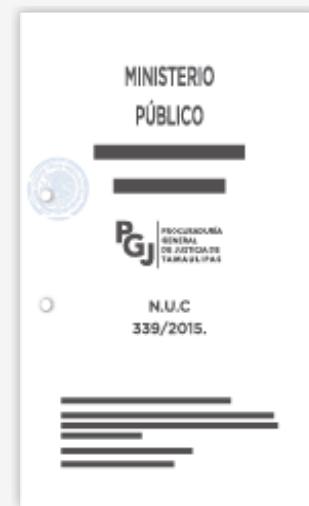


- Este documento le fue entregado al titular (Asegurado) al momento de contratar PIF.
- Debe contener la designación de beneficiario(s), firma del titular (Asegurado) y el número de cuenta.
- En caso de no contar con el Certificado de Seguro de Vida con Designación de beneficiario(s), deberás presentar original o copia certificada del testamento del titular (Asegurado) o juicio de sucesión intestamentaria.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar de acuerdo al programa y fecha de contratación.

ACTUACIONES DEL MINISTERIO PÚBLICO

TITULAR (En caso de Muerte Accidental)

- Este documento se obtiene en el Ministerio Público que lleva el caso.
- Debe contener averiguación previa:
 - Fe de lugar
 - Fe de ropas
 - Fe de lesiones
 - Levantamiento del cadáver
 - Identificación del cadáver
 - Declaración de testigos presenciales
 - Autopsia o necropsia de ley
 - Examen toxicológico
 - Examen de alcoholémia
 - Prueba de rodizonato de sodio
 - Conclusiones
 - Parte de tránsito en caso de ser un accidente automovilístico
- Para su validez debe estar sellada, firmada y cada página enumerada, al final debe decir el total de número de páginas que conforman el acta.
- Si requieres una copia certificada, debes solicitarla en el Ministerio Público.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar de un país/estado a otro.



FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA



Imprime el “Formato de Historia Clínica” y entrégalo al médico tratante del Asegurado para que pueda llenarlo debidamente. Si tienes dudas de cómo completarlo revisa el ejemplo que compartimos en la siguiente página.



El formato debe ser:

- Legible y llenado en su totalidad con letra de molde o a máquina.
- No puede contener abreviaturas, tachaduras ni enmendaduras.
- El médico tratante es quien debe llenar el “Formato de Historia Clínica”.



El “Formato de Historia Clínica” lo puedes conseguir en las siguientes opciones:

- Dando clic [aquí](#)
- Acudiendo al Centro de Seguros de la tienda de tu preferencia, ubicado a un costado de Servicio a Clientes.

Nota: En caso de contar con historia clínica de institución pública, deberá ser entregada en original en hoja membretada con nombre, firma y cédula profesional del médico que la elabora.

*En caso de contar con otro formato, favor de entregarlo para evaluación.

¿CÓMO LLENAR EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA?

(Página 1)

Formato de historia clínica vida crédito

Para facilitar los trámites de este documento, por favor llévalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Nombre del Asegurado

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Edad _____
Motivo de consulta _____		

Antecedentes personales patológicos del Asegurado

Se deberá indicar los antecedentes de enfermedades crónicas y/o como enfermedades que padeció el paciente o que tiene padecido, indicando la fecha en que se realizó el diagnóstico de la misma, si tiene tratamiento y a la fecha en que se estableció el tratamiento. Incluir antecedentes de enfermedades crónicas-degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis/reumatoide etc. Cirugías realizadas, fecha y la causa por la que se realizaron dicha cirugía, hospitalizaciones, fecha y causa etc.

1) Especifique padecimiento, fecha exacta de diagnóstico (días/mes/año) y tratamiento del Asegurado

Hipertensión Arterial Sistémica (09/11/14) Micardis 1c / 24hrs. (11/11/14)
 Presión Arterial Alta (28/01/15) ajuste de medicamento Micardis 1/2c /12hrs. (28/01/15)
 Diabetes Mellitus (19/04/15) aplicación de insulina una vez al día por la mañana (20/04/15)

Antecedentes personales no patológicos del Asegurado

Se anotará aquí lo relacionado a tabaquismo, uso de alcohol, así como diferentes adicciones y su duración, y si es que existe relación con el padecimiento actual o reclamo.

Alcohol	Tabaquismo
Drogas	Otros (especificar)

Padecimiento actual

(Padecimiento que originó el fallecimiento). En este apartado se debe describir todos los detalles del padecimiento que originó el fallecimiento, incluyendo las complicaciones o los antecedentes desencadenantes de la causa del fallecimiento, con fecha de diagnóstico de cada padecimiento existido, así como la fecha exacta en formato (días/mes/año)

Fecha de inicio de los síntomas: _____ Fecha de diagnóstico: _____

Descripción y detalles:

Mett de México, S.A. Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03290, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx
 DY-2-007 VER. 3

1 de 2

1 Ingresa los **datos personales** del titular (Asegurado) y el motivo de la consulta lo más claro posible.

2 Los **antecedentes personales patológicos** son los antecedentes de **importancia** y relevancia del titular (Asegurado), como son enfermedades crónico degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión, y otros padecimientos crónicos).

3 **Antecedentes personales no patológicos:** son los antecedentes de consumo de alguna sustancia como alcohol, tabaco, drogas, etc. Cada uno de los antecedentes debe llevar tiempo de duración (años, meses o días según el paciente) e indicar si existe relación con el padecimiento.

4 **Padecimiento actual del Titular (Asegurado):** aquí deberás anotar la evolución y tratamiento, indicando fecha (dd/mm/aaaa) de inicio de síntomas, fecha (dd/mm/aaaa) de diagnóstico, descripción y detalles.

(Página 2)

2) Causas del fallecimiento

Padecimiento: _____ Fecha de diagnóstico:

Tratamiento

Describir el o los tratamientos médicos o quirúrgicos que le realizaron al paciente.

3) Datos del hospital donde fue atendido el paciente

Nombre del hospital _____ Dirección _____

Nombre del hospital _____ Dirección _____

4) Datos del(s) médico(s) tratante(s)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección:			
Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	
Código postal	Colonia / Barrio	Municipio / Alcaldía	Ciudad / Población
()	()		
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad	
Cédula profesional		Firma	

5) Datos del médico o los médicos que atendieron al Asegurado.

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección:			
Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	
Código postal	Colonia / Barrio	Municipio / Alcaldía	Ciudad / Población
()	()		
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad	
Cédula profesional		Firma	

2 de 3

¿CÓMO LLENAR EL FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA?

(Página 3)

4) Datos del(os) médico(s) tratante(s)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección:			
Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	
Código postal ()	Colonia / Barrio ()	Municipio / Alcaldía ()	Ciudad / Población
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad	
Cédula profesional		Firma	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Dirección:			
Calle / Avenida	Número exterior	Número interior	
Código postal ()	Colonia / Barrio ()	Municipio / Alcaldía ()	Ciudad / Población
Teléfono 1	Teléfono 2	Especialidad	
Cédula profesional		Firma	
Fecha en que se elabora la historia clínica: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			
<small>Nota: Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma, fue tomada de manera directa tanto del paciente Asegurado o del familiar en caso de fallecimiento, como del expediente clínico que obra en mi poder.</small>			
<small>Es importante que el informe médico sea llenado en su totalidad y esté firmado por el o los médicos tratantes, para que sea tomado como válido por la aseguradora.</small>			
<small>Toda inexacta o falsa declaración vertida en este formato, eximirá a la aseguradora de cualquier responsabilidad.</small>			

3 de 3

9 Coloca la fecha (dd/mm/aaaa) exacta del día en que se elaboró el historial clínico.

Fecha en que se elabora la historia clínica: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año

ACTA DE NACIMIENTO

BENEFICIARIO(S)

- Para determinar que un acta está certificada, el notario coloca en el documento el sello oficial, holograma, nombre y firma del notario.
- Puedes obtener este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- Debe tener el nombre completo y correcto del beneficiario.
- En caso de presentar Acta de Nacimiento electrónica, deberás acompañarla de la validación correspondiente, la cual podrás obtener en el Sistema de Verificación de Actas del Registro Civil de cada entidad.
- La autoridad competente para certificar el Acta de Nacimiento es el Notario Público.



ACTA DE MATRIMONIO

BENEFICIARIO(S)



- Puedes tramitar este documento en el Registro Civil o Kiosco de Tesorería.
- La autoridad competente para certificar el acta de Matrimonio es el Notario Público.
- Para determinar que un acta está certificada, el notario coloca en el documento el sello oficial, holograma, nombre y firma del notario.
- Este documento se deberá entregar solo en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
- Para PIF Pareja este documento es obligatorio.

CONSTANCIA DE CONCUBINATO

BENEFICIARIO(S)

- Puedes tramitar este documento con un Juez de lo Familiar de Primera Instancia o Juez de lo Civil.
- La autoridad competente para certificar la Constancia de Concubinato es el Notario Público.
- Para determinar que un acta está certificada, el notario coloca en el documento el sello oficial, holograma, nombre y firma del notario.
- La Constancia de Concubinato se deberá entregar únicamente en caso de que el beneficiario sea el concubino(a) o no tenga Acta de Matrimonio.
- Para PIF Pareja este documento es obligatorio.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar de un país/estado a otro.



ESTADO DE CUENTA BANCARIO

BENEFICIARIO(S)

- Debe estar a nombre del beneficiario.
- Vigencia máxima de 3 meses.
- Deberá contener CLABE interbancaria de 18 dígitos.
- La cuenta debe ser en pesos mexicanos.
- No se aceptan estados de cuenta de tarjetas de crédito.
- La imagen presentada es de referencia y puede variar según el banco.
- Valida con tu institución bancaria que la cuenta pueda recibir depósitos por las sumas aseguradas contratadas y se encuentren activas.
- Para cuentas bancarias nuevas donde aún no se genera estado de cuenta, se deberá presentar el contrato de apertura que indique nombre del banco, nombre del beneficiario, número de cuenta y CLABE interbancaria de 18 dígitos.



CARTA DE CESIÓN DERECHOS

BENEFICIARIO(S)



- Este documento debe ser elaborado por él o los beneficiarios designados en el Certificado de Seguro, y que por alguna razón no pueden realizar su trámite directamente, ya sea por encontrarse en el extranjero o simplemente por ceder este derecho a otra persona.
- Escribe el siguiente texto con letra de molde o a máquina en una hoja:

Ciudad, Fecha (dd/mm/aaaa)

METLIFE MÉXICO, S.A.
P R E S E N T E.

Me (nos) permito manifestar a ustedes en mi (nuestro) carácter de (parentesco de o los Beneficiario(s) de (nombre del Titular (Asegurado) de la cuenta) que cedo (cedemos) los derechos que pudiera (pudiéramos) tener sobre la póliza de Seguro de Vida expedida por esa Compañía para los clientes de Distribuidora Liverpool S. A. , a favor de mi (nuestro) (parentesco con la persona que se le está cediendo el seguro), (Nombre de la persona a quien se le cede el derecho) para recibir la suma asegurada correspondiente, no reservándome (reservándonos) ningún derecho que pudiese (pudiésemos) tener o ejercer sobre dicha póliza.

ATENTAMENTE:

Nombre(s) del(los) cedente(s)

Firma(s)

SOLICITUD ÚNICA PARA EL PAGO DE SINIESTRO DE SEGURO DE VIDA



Imprime el “**Formato de Solicitud Única para el Trámite de Siniestro de Seguro de Vida Crédito**” para que puedas llenarlo debidamente. Si tienes dudas de cómo completarlo revisa el ejemplo en la siguiente página.



El formato debe ser:

- Legible y llenado en su totalidad con letra de molde o a máquina.
- No puede contener abreviaturas, tachaduras ni enmendaduras, ya que en caso de ser procedente la reclamación, se emitirá el pago con estos datos.
- Este formato debe ser llenado por el o los beneficiarios.
- Se debe entregar un formato por beneficiario.



El “Formato de Solicitud Única para el Trámite de Siniestro de Seguro de Vida Crédito” lo puedes conseguir en las siguientes opciones:

- Dando clic [aquí](#).
- Acudiendo al Centro de Seguros de la tienda de tu preferencia, ubicado a un costado de Servicio a Clientes.

Nota: El llenado de este formato no garantiza el pago de la suma asegurada.

¿CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA EL PAGO DE SEGURO DE VIDA?

(Página 1)

- 1 Ingresa el **nombre de la localidad** en donde se realiza la solicitud y la fecha de solicitud.
 - 2 Marca con una "x" el trámite solicitado: **Vida Deudores**.
 - 3 Debes marcar con una "x" fallecimiento e **indicar la fecha en que ocurrió la defunción**.
 - 4 Ingresa los **datos personales del titular (Asegurado)**, es importante que tengas a la mano CURP y RFC.

(Página 2)

- 5 Ingresa los **datos personales** del beneficiario solicitante, es importante que tengas a la mano CURP y RFC.
 - 6 Coloca **lugar y fecha de nacimiento** del beneficiario solicitante.
 - 7 Debes marcar la **identificación oficial** que entrega el beneficiario solicitante, y posteriormente, coloca el número de identificación en la parte superior.
 - 8 **Marca la ocupación** que ejerce actualmente el beneficiario solicitante.
 - 9
 - Ingresa los datos del domicilio actual, el cual debe coincidir con el de tu identificación oficial, indicando números telefónicos donde te puedan contactar para seguimiento de tu reclamación.
 - La firma debe ir lo más parecido a tu identificación oficial.

V. Transferencia de datos. Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades e instituciones gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de autoridad; a prestadores de servicios de salud para darle un servicio o tramitar sus siniestros; a organizaciones, instituciones e entidades de terceros asegurador para fines de preventión de fraude y de cumplimiento de obligaciones legales; a las autoridades competentes para fines de control migratorio, 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 tercero que te permitan interactuar con otros usuarios y que te ofrezcan información y servicios personalizados.

VI. Cambios al aviso de privacidad. Los cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad están disponibles y puedes consultarlos en la página web de MetLife México en www.metlife.com.mx. El presente aviso de privacidad 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(s) solicitante(s) persona física(s)¹⁶

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros terceros, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

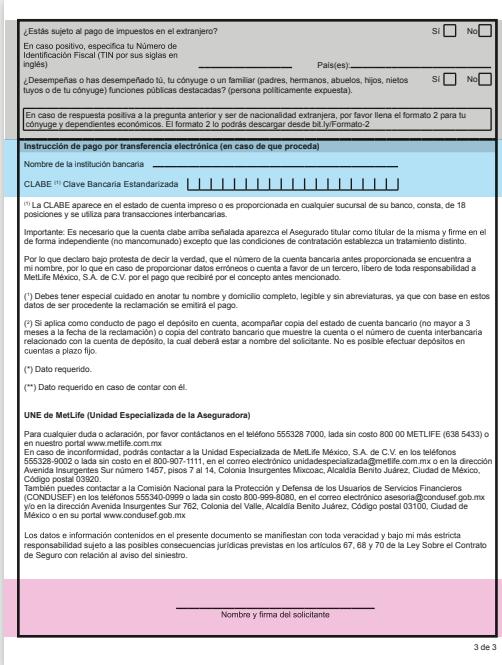
Apellido paterno*	Apellido materno*	Nombre(s)*	Parentesco (para efectos de identificación)*
Edad	Clave Única de Registro de Población*	Registro Federal de Contribuyentes*	
Lugar de nacimiento:		Ciudad / Población Estado / Provincia País Nacionalidad(es)*	
Fecha de nacimiento*: Dia Mes Año		Número de identificación*: _____	
Identificación / emisor* Credencial para votar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula profesional <input type="checkbox"/> Certificado de matrícula consular <input type="checkbox"/> Tarjeta de residente temporal o residente permanente Instituto Nacional de Migración Instituto Nacional Electoral <input type="checkbox"/> Secretaría de Relaciones Exteriores <input type="checkbox"/> Secretaría de Educación Pública <input type="checkbox"/> Secretaría de Relaciones Exteriores			
Ocupación* Empleado activo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> independiente <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			
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 _____			

Por esta conducta, 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., referidos 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 emitido de forma auténtica.

Sí No

¿CÓMO LLENAR LA SOLICITUD PARA EL PAGO DE SEGURO DE VIDA?

(Página 3)



¿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](#)

Instrucción de pago por transferencia electrónica (en caso de que proceda)

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 manuscrito) 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 Mexico, S.A. de C.V. por el pago que recubre por el concepto antes mencionado.

(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 aplicas como conducto de pago el depósito en cuenta, acompañar copia del estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses) con 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.

UNE de MetLife (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 000 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal [www.metlife.com.mx](#)

En caso de inconformidad, podrá contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-807-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 100, Piso 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 los Servicios Financieros (CONSOF) en el teléfono 55530-0000 o lada sin costo 800-000-0000, en el correo electrónico asesoria@consuf.gob.mx 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.consof.gob.mx](#)

Los datos e información contenidos en el presente documento se manifiestan con toda veracidad y bajo mi más estricta responsabilidad sujeta 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.

Nombre y firma del solicitante

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

11 Indica el **nombre del banco** al que se realizará el pago de la reclamación, así como la **CLABE interbancaria** la cual consta de 18 dígitos.

12 Coloca tu **nombre y firma**, la cual debe ser lo más parecida a tu identificación oficial.

El llenado de este formato no garantiza el pago de la suma asegurada, ya que la aseguradora es quien emite el dictamen.

¿QUÉ HACER EN CASO DE NO TENER ALGÚN DOCUMENTO?



En caso de no contar con el **Certificado de Seguro de Vida** con Designación de beneficiario(s), deberás presentar original o copia certificada del **testamento del titular (Asegurado)** o juicio de sucesión intestamentaria.



Si el o los beneficiarios son **extranjeros**, deberán presentar FM2, FM3 o Credencial de Inmigrado.



En caso de que el fallecimiento sea por **Muerte Accidental**, deberás presentar Actuaciones del Ministerio Público en original y completas, mismas que deben estar selladas, firmadas y cada página enumerada, al final debe decir el total de número de páginas.



Si el beneficiario es **menor de edad**, deberás presentar toda la documentación que se requiere para los beneficiarios. La solicitud de pago deberá contener los datos del menor y estar firmada por el parent o tutor.



Si el beneficiario indica un domicilio diferente al de su identificación oficial en la solicitud de pago, es necesario entregar un comprobante de domicilio vigente.

GLOSARIO

Titular (Asegurado): Es la persona que contrata el Seguro de Vida PIF.

Aseguradora: Es la institución que respalda el Seguro de Vida PIF.

Beneficiario: Es la persona que obtiene el beneficio de la Suma Asegurada.

Formato Historia Clínica: Es el documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

Indemnización: Es el pago que recibe el beneficiario por la cobertura del Seguro contratado.

Juicio sucesión testamentaria: Es el proceso mediante el cual los herederos pueden disponer de los bienes de manera legal en caso de que no exista un testamento, también se le conoce como juicio sucesorio.

Preexistencias: Son los padecimientos o enfermedades que se diagnosticaron al titular (Asegurado) antes de la contratación del Seguro de Vida.

Siniestro: Es todo aquel suceso o evento que ocurre inesperadamente, súbita e imprevistamente.

Suma Asegurada: Es la cantidad máxima establecida en la Carátula del Certificado, por la que tendrá responsabilidad la aseguradora en caso de proceder el evento.

AVISO DE PRIVACIDAD METLIFE

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS Metlife México, S.A. de C.V; ubicada en Av. Insurgentes Sur 1457, piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, CP 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 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 identificarte, 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 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 Servicios, 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 transferidos o 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 o inscribirte en el Registro Público de Usuarios de la CONDUSEF. 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, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial. 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.

AVISO DE PRIVACIDAD LIVERPOOL

Distribuidora Liverpool S.A. de C.V. y Liverpool PC S.A. de C.V. (conjuntamente o cada uno de ellos en lo individual como el “Responsable”), con domicilio en calle Mario Pani, número 200, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Cuajimalpa de Morelos, Código Postal 05348, Ciudad de México, utilizará sus datos personales de identificación y datos personales financieros para la contratación de seguros y pago de servicios por única ocasión o programación de pagos de servicios. Para mayor información del tratamiento de sus datos y los derechos que puede hacer valer, consulte el Aviso de Privacidad Integral para clientes en www.liverpool.com.mx en la sección de Avisos de Privacidad.

AVISO DE PRIVACIDAD PROMASS

Grupo Promotora Masiva de Seguros, Agente de Seguros, S.A.P.I. de C.V. y/o sus empresas filiales (conjuntamente o cada uno de ellos en lo individual como el “Grupo Promass y/o el Responsable”) y con domicilio en calle Montes Urales 632, 5o piso, Colonia Lomas de Chapultepec, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000, utiliza sus datos personales de identificación y datos personales financieros para proveer los servicios de intermediación en la contratación de seguros y todos los trámites referentes a la contratación de seguros. Para mayor información del tratamiento de sus datos y los derechos que puede hacer valer, consulte el Aviso de Privacidad en la página de internet [“https://sites.google.com/sgpromass.com/avisodeprivacidadgrupopromass/inicio”](https://sites.google.com/sgpromass.com/avisodeprivacidadgrupopromass/inicio).