

**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
AUTORIZACION DEL DESCUENTO DEL SEGURO
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

MetLife México

Folio 1065951

Ver instructivo de llenado al reverso

POLIZA NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR												
R.F.C.		Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)				
Sexo	Estado Civil	Fecha de nacimiento			Domicilio del Asegurado Titular (Calle, Número)							
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Año	Mes	Día								
Colonia			Teléfono Particular		Población (Ciudad)			Delegación o Municipio				
Entidad Federativa		Código Postal		Clave Presupuestal		No. de empleado		Nivel de Puesto		Fecha de ingreso al nivel		
										Año	Mes	Día
Unidad de Adscripción		Dependencia u Organismo de adscripción				<input type="checkbox"/> RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD 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).	148 186 222 259 295 333 111 444 592 740 * 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"/>		

CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA			
<input type="checkbox"/> Directo	<input type="checkbox"/> Depósito en cuenta bancaria de AHISA	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito No. _____ Banamex () Bancómer () Carnet ()	<input type="checkbox"/> Descuento por nómina (Quincenal)

AUTORIZACION	
En caso de contratar suma asegurada adicional y/o asegurar a mi(s) dependiente(s) económico(s), y elegir conducto de pago:	Sello Dependencia Sello MetLife México, S.A.
* 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 tarjetahabiente.	
* Por descuento en nómina. - Autorizo sea descontada de mis percepciones quincenales, la prima correspondiente a los conceptos anteriores y que dicho importe sea entregado a MetLife México, S.A.	

En _____ a _____ de _____ de _____	Firma o huella del Asegurado Titular
------------------------------------	---