



# FRONT

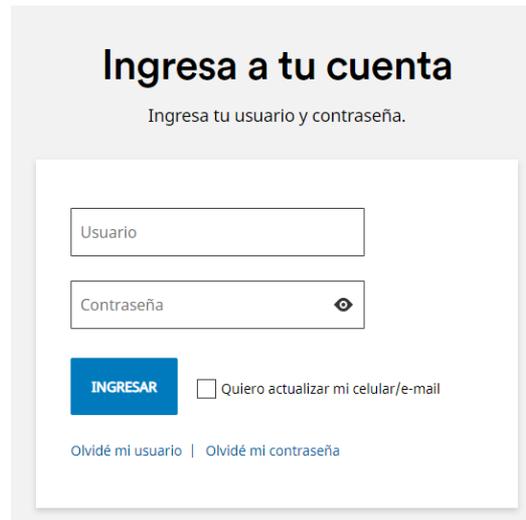
# ¿Cómo ingresar?

El acceso a la plataforma será a través de la siguiente liga, la cual se recomienda ingresar por servidores como Chrome, Firefox y Edge para tener un mejor rendimiento de carga de datos y podrá abrir desde una Laptop, una Tablet o un teléfono móvil.

**Link de acceso:** <https://desprivui.metlife.mx/mxdesprivui/>

**Datos de acceso:** Agentes\* y Promotores que tengan su acceso al Portal de Agentes, utilizarán el mismo usuario y contraseña para ingresar.

\*Agentes con clave de arranque o provisionales continuarán su captura con el proceso anterior en SUD



The screenshot shows a login interface with the following elements:

- Title:** Ingresa a tu cuenta
- Instruction:** Ingresa tu usuario y contraseña.
- Fields:** Two input fields, one for 'Usuario' and one for 'Contraseña' with a toggle icon.
- Buttons:** A blue 'INGRESAR' button and a checkbox labeled 'Quiero actualizar mi celular/e-mail'.
- Links:** 'Olvidé mi usuario' and 'Olvidé mi contraseña'.

# CAPTURA NEGOCIOS VIDA

**01** **MetaLife**

**02** Horizonte

**04** TotalLife

**03** PerfectLife

**05** TempLife

**06** Educalife

**07** FlexiLife



**MetaLife**

Solicitudes MetaLife

**METALIFE**



**Tradicional**

Solicitudes Tradicional

**TRADICIONAL**



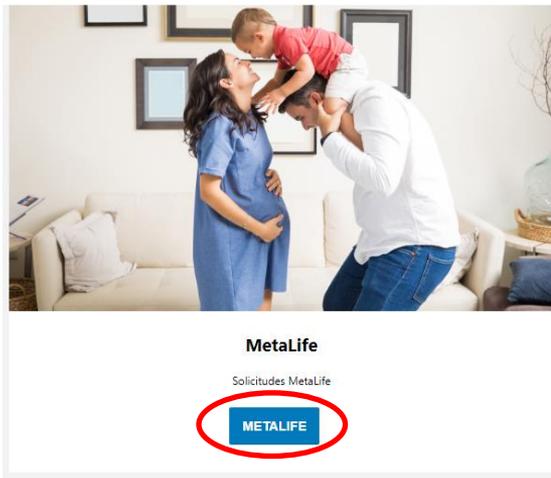
**FlexiLife**

Solicitudes FlexiLife

**FLEXILIFE**

# Captura de nuevo negocio MetaLife

## 1 Seleccionar MetaLife



## 2 Pantalla principal de captura



## 1 Información general del contratante persona física

¿El solicitante es el mismo que el contratante?\*

Sí

No

Únicamente MetaLife Retiro no puede ser distinto el contratante y solicitante.

- INE
- Pasaporte
- Cedula Profesional
- Licencia de Conducir
- Cartilla de Servicio Militar
- Identificaciones Migratorias

NOTA: Si la edad del solicitante es actualizada debe actualizar nuevamente los planes

### Datos generales del contratante persona física

Nombre(s)\*  
MARGARITA

Apellido paterno\*  
GOMEZ

Apellido materno\*  
VELAZQUEZ

Fecha de nacimiento\*  
1980/07/05

Edad\*  
42

RFC  
GOVM8007059Q3

CURP  
GOVM800705MCLMLR01

Sexo\*  
FEMENINO

Estado civil\*  
CASADO

Tipo de identificación oficial vigente\*  
CREDENCIAL PARA VOTAR

Número de identificación\*  
1836577170

Emisor de identificación\*  
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL



IDMEX1836577170<<0747116375842  
8007057M1812315MEX<02<<12345<7  
GOMEZ<VELAZQUEZ<<MARGARITA<<<<

Los datos generales deben ser exactamente como se muestra en la identificación oficial.

País de nacimiento* MEXICO	Estado / Provincia* COLIMA	Ciudad / Población* COLIMA	Nacionalidad* MEXICO
Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	Nacionalidad 3	Correo electrónico* MARGARITA.TZ@GMAIL.COM
Confirmación de correo electrónico* MARGARITA.TZ@GMAIL.COM			

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico antes señalado.\*

- Si  
 No

**Se recomienda siempre autorizar el envío de información de manera digital.**

CERRAR

**SIGUIENTE**

**Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.**

## Domicilio y datos del Contratante persona física

Calle / Avenida* C PITAGORAS	Número exterior* 1253	Número interior INT. 4	Código postal* 04800
Colonia / Barrio* COL MORELOS	Municipio / Alcaldía* CUAJIMALPA DE MORELOS	Ciudad / Población* CUAJIMALPA DE MORELOS	Estado / Provincia* CIUDAD DE MEXICO
País* MEXICO	Teléfono fijo	Teléfono celular* (sin 044/045) 7772020006	

CERRAR

SIGUIENTE

Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.

- INE
- Luz
- Agua
- Telefonía fija
- Edo cuenta bancario
- Gas
- Internet

CFE | Suministrador de Servicios Básicos.



CLIENTE 01 DIVISION VMN

Av. Paseo de la Reforma 164 Int 4  
Vicente Guerrero y Morelos, San Juan Ixtacala amp Norte,  
C.P. 54168, Tlalneapantla de Baz, Estado de México.

TOTAL A PAGAR:

**\$279**  
(DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M.N.)

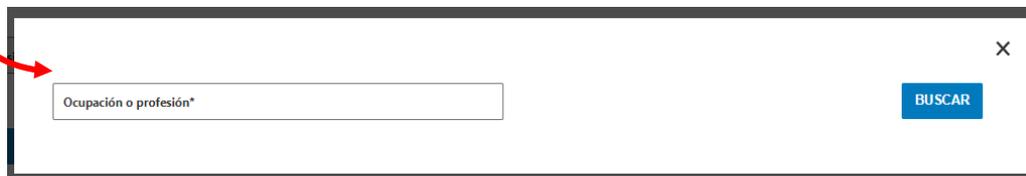
NO. DE SERVICIO : 123456789106  
RMU : 00000 AA-MM-DD XXXX-AAMMDD 000 XXX

PERIODO FACTURADO: 18 DIC 19 - 20 FEB 20

TARIFA: 01 NO. MEDIDOR: 12345V MULTIPLICADOR: 1

LÍMITE DE PAGO: 07 MAR 2020 CORTE A PARTIR: 08 MAR 2020

Buscar la ocupación dentro de la lista, si no se encuentra seleccionar **“NO ESTA EN LA LISTA”**



Ocupación o profesión\*

3 Ocupación del Contratante persona física

Ocupación o profesión\*  
ARQUITECTO

Detalle de la ocupación o profesión\*  
ARQUITECTO NO ASISTE A OBRAS

Nombre de la empresa donde laboras\*  
CONSTRUCCIONES SA DE CV

Actividad o giro de la empresa\*  
CONSTRUCCION

Ingreso mensual aproximado\* (pesos)

¿Tiene alguna otra ocupación o fuente de ingreso adicional?\*

Sí

No

El ingreso mensual debe ser coincidente con la suma asegurada solicitada (tomar en cuenta la fórmula).

Edad	Núm. De veces en S.A.
Hasta 40 años	15 veces el ingreso anual
De 41 a 55 años	12 veces el ingreso anual
De 56 a 65 años	10 veces el ingreso anual
De 66 a 99 años	8 veces el ingreso anual

**Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.**

10 Favor de contestar el siguiente cuestionario

1. ¿Usas o portas armas de fuego, punzocortantes o herramientas peligrosas y/o maquinarias pesadas?\*

- Si  
 No

2. ¿Trabajas en lugares subterráneos, plataformas petroleras o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos o peligrosos?\*

- Si  
 No

CERRAR

SIGUIENTE

Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.

En caso de contestar SI, se tendrán que llenar los cuestionarios adicionales.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

#### Datos de Beneficiario(s)

Tipo de Beneficiario	Nombre / Razón social	Fecha de nacimiento / constitución	Parentesco	Porcentaje de participación (%)
----------------------	-----------------------	------------------------------------	------------	---------------------------------



Información adicional

CERRAR

SIGUIENTE

**Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.**

Para este apartado es importante recordar que:

- Solo se permiten hasta 10 beneficiarios por solicitud.
- Se debe repartir la suma asegurada, **hasta cubrir el 100% entre el número de beneficiarios.**
- Se deben cubrir los campos de información para reclamaciones futuras en el caso que sufra el cliente un siniestro, ya sea por fallecimiento o invalidez.

Para que una persona pueda ser considerada como beneficiario, es necesario que exista un interés económico, es decir, que el fallecimiento del asegurado tenga una pérdida económica para el beneficiario.

Seleccionar forma de pago que se desea y debe coincidir con la cotización

Periodicidad de pago\*  
MENSUAL

Modo de pago\*  
DIRECTO

Seleccionar conducto de cobro

Autorizo a MetLife, me contacte a través de los siguientes medios (seleccionar una opción):\*

Medio de contacto\*  
Correo electrónico

CERRAR

SIGUIENTE

Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.

EFECTIVO	Ventanilla Banco
	Portal de pagos Metlife
	Next Pay
	Call Center
	Transferencia Electrónica
CARGOS AUTOMÁTICOS	Cheque
	Tarjeta de crédito
	Tarjeta de débito
	Cargo cuenta CLABE

Cotizador | MetaLife Retiro

Estás muy cerca de asegurar tu tranquilidad y la de tus seres queridos

Cotización				
Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total Mensual	Aportación adicional anual
0	0	1,823,170	6,000	12,000

Apreciable MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ



A continuación te mostramos lo fácil que es ahorrar para el futuro

Fecha de elaboración 23/09/2022

Datos para el seguro

Nombre: MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ

Periodicidad de pago: Mensual

Sexo: Femenino

Moneda: Pesos

### 13 Perfil transaccional

#### Número aproximado de transacciones anuales

Aportaciones*	Retiros*
12	0

#### Monto aproximado de transacciones anuales (en Moneda Nacional)

Aportaciones*	Retiros*
\$60,000.00	\$0.00

CERRAR

SIGUIENTE

### 14 Declaraciones

¿Está sujeto al pago de impuestos en el extranjero?\*

- Sí
- No

¿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

¿Eres extranjero?\*

- Sí
- No

15 Otros seguros de vida del solicitante

¿Estás asegurado actualmente en otra compañía?\*

- Si  
 No

CERRAR

SIGUIENTE

En caso de contestar SI, se tendrá que indicar la suma asegurada.

Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.

16 Datos del plan

NOTA: Si la edad del solicitante es actualizada debe actualizar nuevamente los planes

Tipo de Moneda\*  
Peso Mexicano

Tipo de Cobertura \*

- A  
 B

Empaquetamiento \*  
RETIRO

Cotizador **MetaLife Retiro**

Cobertura básica

Suma Asegurada\*  
\$1,823,170.00

Prima cobertura por fallecimiento  
0.00

Es muy importante realizar la cotización correcta, ya que de acuerdo a lo que se capture se da en automático el **costo prima**.

Estás muy cerca de asegurar tu tranquilidad y la de tus seres queridos

Cotización				
Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total Mensual	Aportación adicional anual
0	0	1,823,170	6,000	12,000

Apreciable MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ



Fecha de Inicio de Vigencia.

Fecha de Inicio de Vigencia.

2022/09/23



Beneficios adicionales

Beneficios adicionales				
Contratar	Detalle	Descripción	Prima	Suma Asegurada
<input checked="" type="checkbox"/>	EP	Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	\$0.00	
<input checked="" type="checkbox"/>	PASI	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente	\$0.00	
<input type="checkbox"/>	IMA	Indemnización por Muerte Accidental	Prima	
<input type="checkbox"/>	IMAPO	Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	Prima	
<input type="checkbox"/>	DIMAPO	Doble indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	Prima	
<input type="checkbox"/>	GE	Graves Enfermedades (Suma Asegurada es de \$3,000,000 pesos ó \$230,000 dólares)	Prima	Suma Asegurada
<input checked="" type="checkbox"/>	ET	Enfermedad en fase Terminal	\$0.00	

Coberturas cotizadas

Cobertura por fallecimiento	55,612.24
<b>Exención de pago de primas por invalidez total y permanente</b>	<b>1,178.98</b>
Cobertura adicional de graves enfermedades*	Excluida
<b>Pago anticipado por invalidez total y permanente</b>	<b>3,208.78</b>
Indemnización adicional en caso de muerte accidental	Excluida
Indemnización adicional en caso de muerte accidental y/o pérdidas orgánicas	Excluida
Doble indemnización por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas	Excluida
Anticipo de suma asegurada en caso de enfermedad terminal	Incluida

\*La suma asegurada máxima para la cobertura de graves enfermedades es de \$3,000,000 de pesos o \$230,000 dólares

Prima Total

Prima total

0.00

## Prima adicional anual y / o aportaciones anual programada

Prima adicional anual

\$12,000.00

 One shot

## Distribución de fondos

(% Fijo

100

(% Variable

0

## Plan Personal Retiro

(% Fijo

0

(% Variable

0

## Cuenta Personal Especial para el Ahorro

(% Fijo

0

(% Variable

0

CERRAR

SIGUIENTE

**Dar click en siguiente para  
habilitar el siguiente formulario.**

## Estás muy cerca de asegurar tu tranquilidad y la de tus seres queridos

## Cotización

Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total	
			Mensual	Aportación adicional anual
0	0	1,823,170	6,000	12,000

Nombre MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ Sexo: Femenino Edad: 42 Hábito No fumador  
Moneda Pesos Cobertura: B

Año	Aportación anual	Aportación acumulada	Retiro programado	Valor de rescate*	Porcentaje recuperación	Suma asegurada	Protección total
1	72,000	72,000	0	12,418	17	1,823,170	1,868,010
2	75,600	147,600	0	26,265	18	1,914,329	2,012,266
3	79,200	226,800	0	77,879	34	2,005,487	2,167,941
4	82,800	309,600	0	129,052	42	2,096,646	2,331,345
5	86,400	396,000	0	193,881	49	2,187,804	2,502,992
6	90,000	486,000	0	278,763	57	2,278,963	2,683,422
7	93,600	579,600	0	380,620	66	2,370,121	2,873,203
8	97,200	676,800	0	504,313	75	2,461,280	3,072,927
9	100,800	777,600	0	650,830	84	2,552,438	3,281,252
10	104,400	882,000	0	854,974	97	2,643,597	3,498,571
15	122,400	1,458,000	0	1,635,017	112	3,099,389	4,734,407
20	131,844	2,115,444	0	2,699,662	128	3,555,182	6,254,844

\*Tasas nominales anuales utilizadas para la proyección del valor de rescate: Fondo básico y fondos de ahorro fijos: 6.50% y Fondos de ahorro variable: 12.00% (Según moneda y escenario seleccionado)

## Distribución de fondos

Fijo	100%	PPR* Fijo	0%	CPEA* Fijo	0%
Variable	0%	PPR* Variable	0%	CPEA* Variable	0%

1. ¿Vuelas como piloto o pasajero en líneas o aeronaves privadas incluyendo helicóptero?\*

Sí

No

2. ¿Utilizas motocicleta?\*

Sí

No

3. En más de 5 veces al año, ¿Practicas automovilismo, vuelos no motorizados (paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor), o practicas caza, equitación, buceo, montañismo, lancha de motor, esquí de nieve, esquí acuático, corrida de toros o charrería o algún otro deporte o afición de alto riesgo o deportes extremos?\*

Sí

No

CERRAR

SIGUIENTE

Dar click en siguiente para habilitar el siguiente formulario.

En caso de alguna respuesta afirmativa se desplegará el cuestionario correspondiente.

Seleccionar hábito  
coincidente con la cotización

1. ¿Fumas? (considerar cigarro electrónico)\*

Si

No

¿Usas drogas o estimulantes?\*

Si

No

2. ¿Cuál es tu peso?\*

75

¿Cuál es tu estatura?\*

1.70

El peso debe estar dentro de los estándares ideales, de lo contrario pasa a selección de riesgo y puede ser factor de extraprima o rechazo.

3. ¿Has aumentado o disminuido más de 7 kilogramos de tu peso habitual en los últimos 12 meses?\*

Si

No

CERRAR

SIGUIENTE

Dar click en siguiente para  
habilitar el siguiente formulario.

1. ¿Te ha sido diagnosticado o estás bajo seguimiento médico o en tratamiento de alguno de los siguientes padecimientos: presión arterial alta, hipertensión, diabetes, cardiovasculares, infarto al miocardio, insuficiencia renal, cáncer o tumor, SIDA, parálisis, paroplejía, enfisema, asma o cualquier enfermedad del pulmón (salvo bronquitis aguda), hígado, riñones, digestivo, próstata o matriz o consumes algún medicamento?\*

Sí

No

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

2. En los últimos 10 años ¿Has estado hospitalizado o en urgencias por una operación, tratamiento o te han practicado estudios de laboratorio y/o gabinete como electrocardiogramas, ultrasonido, radiografías, tomografías, resonancias, etc.(excepto check up o chequeos de rutina)?\*

Sí

No

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

3. ¿Tienes o has tenido algún padecimiento, condición, afección, cirugía y/o molestia física y/o enfermedad a parte de las ya mencionadas, así mismo has solicitado o percibido alguna indemnización por incapacidad de cualquier tipo?\*

Sí

No

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

CERRAR

SIGUIENTE

El cuestionario médico es parte esencial de la solicitud de seguros, de éste se obtiene la mayor información relativa al estado de salud del prospecto o cliente. Para realizar una adecuada selección de riesgos es de vital importancia analizar detenidamente dicha información.

En caso que se declare algún padecimiento la compañía se reservará el derecho de solicitar información médica al respecto.

20 Información del agente (para aspectos internos de MetLife México, S. A. de C. V.)

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante?\*

2 MESES

2. ¿Te consta que el solicitante o contratante proporcionaron todos los datos capturados en esta solicitud y en su caso firmaron la carta aceptación?\*

- Si
- No

Datos del Agente

Datos de Agente(s)			
Nombre del Agente	Clave	Clave Promotoría	Porcentaje de participación (%)
			+

Dar click para agregar la clave de agente y en automático despliega la información completa del agente.

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo proporcionarán a la institución de seguros, la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. Los agentes de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas.

CERRAR

SIGUIENTE

21 Autorizaciones

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba de conocer en el momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le preguntan podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del beneficiario en su caso. ¿Deseas manifestar algún hecho importante?

1. ¿El Cliente / Contratante desea manifestar algún hecho importante?\*

- Si
- No

2. ¿El Cliente / Contratante ha recibido la información total y completa del seguro producto que se propone?\*

- Si
- No

3. ¿El Cliente / Contratante ha recibido toda la información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios?\*

- Si
- No

CERRAR

SIGUIENTE

22 Carga de documentos

Histórico Observaciones

Observaciones			
Usuario	Fecha	Observación	+

Documentos

Documentos			
Tipo del Documento	Subtipo del Documento	Fecha	Nombre del Documento

CERRAR

SIGUIENTE



Dar click para agregar la documentación únicamente se acepta en formato PDF.

**MetLife**

Documento ×

Tipo de documento\*  
IDENTIFICACION OFICIAL PERSONAS FISICAS

Subtipo de documento\*  
LICENCIA PARA CONDUCIR

Fecha\*  
2022/03/16

Cargar documento\*  
AIRENB\_DENMARK\_LAKE\_VIEW.JPG

Sólo permite cargar archivos con extensión .pdf, .jpg, .png y .bmp

Cancelar **AGREGAR**

# Requisitos en documentación

## PROCESO CON CARTA DE AUTORIZACIÓN

- Carta de autorización debidamente requisitada
- Identificación oficial vigente (cotejado)
- Comprobante de domicilio vigente (cotejado)
- Validación de RFC (cotejado)
- Cotización con versión vigente
- Constancia de situación fiscal (en caso de requerir factura)

### EJEMPLO

The diagram illustrates a sample insurance authorization form with several key fields highlighted and labeled with requirements:

- Lugar y fecha actual:** CDMX 11/12/2018
- Tipo de seguro (incluirl plan):** PRESENTE
- Número de solicitud (folio de SUD):** 117061202121
- Datos del cliente:** \*Firma, \*Nombre completo, \*Nacionalidad
- Correo electrónico del cliente:** m.gardias@delia.co.solicitudes.com
- Lugar y fecha actual (repeated):** CDMX 11 de 12 de 2018
- Número de solicitud (folio):** 117061202121
- Tipo de seguro (incluirl plan):** MetaLife Retiro B EA 99 0010
- Nombre y firma del agente:** Guadalupe Pérez Pérez

The form text includes the following details:

MetLife México S.A.  
 Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32  
 Pisos 2to hasta 14 de 21va Plm  
 Lomas de Chapultepec CP 11000  
 México Distrito Federal

Por medio de la presente manifiesto que he leído y he comprendido los términos y condiciones del producto de seguro **MetaLife Retiro B EA 99 0010** para una cobertura de **vida** el registro **321358494-MN** que he propuesto contratar, que la información personal señalada en forma digital acuerdo con las características de cobertura que en el mismo se establecen.

Reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo con los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado de esta modalidad de propuesta de contratación y que me ha sido entregado el folleto que establece los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro. Manifiesto que MetLife México, S.A. puso a mi disposición en forma previa su aviso de privacidad, el cual declaro conocer; así mismo 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.

Este documento sólo constituye la ratificación a mi propuesta digital de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de su solicitud y en su caso, expresamente solicito, autorizo e instruyo que me entreguen vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información relativa, a mi dirección electrónica: **m.gardias@delia.co.solicitudes.com**

(Firma del representante)  
**Marcelo Garduño Abiari**  
 (Identificación del representante)  
**México**

Constancia de Entrevista.  
 METLIFE MÉXICO S.A. -Tipo de seguro (incluirl plan) -Suma asegurada en MN o UMAM para Gastos Médicos  
**MetaLife Retiro B EA 99 0010**  
**\$ 21358494 - MN**

A QUIÉN CORRESPONDA:

Quien la presente suscribe, en mi carácter de agente de seguros autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para la intermediación de seguros de personas, por medio de la presente hace constar que realicé entrevista personal con el proponente del seguro conforme a las políticas de esa aseguradora y normatividad aplicable relativas a la identificación del cliente y cuyos datos quedaron asentados en la solicitud de seguro con folio identificado al rubro del presente y del que se recabaron los datos y documentos de identificación respectivos mismos que fueron debidamente cotejados contra su original por mí, habiéndolos tenido a la vista, porque concuerdan con su original y se integrarán a su expediente.

Atentamente:  
**Guadalupe Pérez Pérez**  
 Nombre y Firma del Agente/Promotor

# Requisitos en documentación

## PROCESO CON SIGN NOW

- Carta de autorización sign now
- Identificación oficial vigente
- Comprobante de domicilio vigente
- Selfies con ambos lados según sea la identificación
- Cotización con versión vigente
- Constancia de situación fiscal (en caso de requerir factura)

### Carta autorización de firma digital

14042020

MetLife México S.A.

Av. Insurgentes Sur No. 1457, pisos 7 al 14,  
Colonia Insurgentes Miraflores,  
Alcaldía Benito Juárez,  
C.P. 06600, Ciudad de México.

Por medio de la presente manifiesto bajo protesta de decir verdad que:

(1) He leído y me ha sido explicado y comprendo los términos y condiciones del producto,            de seguro            que solicito contratar con esta Aseguradora.

(2) La información personal señalada en forma digital bajo el registro es real y verídica, estando de acuerdo con las características de cobertura que en el mismo se establece y en el caso de que el pago sea mediante transferencia bancaria confirmo los datos de la cuenta CABLE que proporciono.

(3) Reconozco que me ha explicado, comprendo y estoy de acuerdo con términos y condiciones para el uso de la firma digital para la contratación del seguro, así como los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado del uso de la misma. Términos y condiciones que se pueden consultar directamente en la página de internet [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx).

(4) Se me ha entregado el folleto que establece los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios de un seguro. Manifiesto que MetLife México, S.A. puso a mi disposición en forma previa la copia de privacidad, el cual he leído y acepto; así mismo consento 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 de MetLife.

Este documento sólo constituye la ratificación a mi propuesta digital de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de su solicitud y, en su caso, expresamente solicito, autorizo e autorizo que me entreguen vía correo electrónico la documentación contractual del seguro e información realtiva a mi dirección [www.servicioalcliente@metlife.com.mx](mailto:www.servicioalcliente@metlife.com.mx).

Dato: Nadia Bermeño Bello

Tipo de identificación:            KE-VE

### Constancia de Entrevista.

04/14/2020

Número de folio solicitud de seguro:            gme0030203020

METLIFE MÉXICO  
S.A.

A QUIÉN  
CORRESPONDA:

Quien la presente suscribe, en mi carácter de agente de seguros autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para la intermediación de seguros de personal, por medio de la presente hace constar que realizó entrevista personal con el proponente del seguro conforme a las pólizas de esa aseguradora y normalidad aplicable relativa a la identificación del cliente y cuyos datos quedaron asentados en la solicitud de seguro con folio identificado al rubro del presente y del que se recabaron los datos y documento de identificación respectivos mismos que tuve a la vista mediante medios electrónicos y en tal sentido me comprometo a recabar los documentos en físico y efectuar el cotejo correspondiente para integrar el expediente del cliente.

Así mismo, estoy de acuerdo con los términos y condiciones para el uso de la firma por medios digitales para la contratación de seguros y para la identificación de clientes y cotejo de documentos.

Atestamento

Néstor Juárez Gómez

3438



## Todas la secciones deben activarse

Quando todas las secciones estén completas, se da click en **VALIDAR**.

CANCELAR

VALIDAR

VISTA PREVIA

Confirman la validación y cerramos.



[Datos del plan](#)

Regresar a Datos de plan para verificar que la prima total anualizada nos coincida con la cotización.

Prima Total

Prima total  
59999.98



## Estás muy cerca de asegurar tu tranquilidad y la de tus seres queridos

Cotización				
Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total Mensual	Aportación adicional anual
0	0	1,823,170	6,000	12,000

Apreciable MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ



Antes de enviar el documento, el sistema activa el botón **validar** para revisar que no hay información completa, en seguida activa el botón **vista previa** donde muestra la solicitud en formato PDF la cual se podrá descargar y por último el botón **enviar** para enviar el trámite a evaluar.

**MetLife**  
Solicitud de seguro MetaLife

Número de solicitud CP DES\*: \_\_\_\_\_  
Número de solicitud: 2111220001

La presente solicitud no será válida si presenta tachaduras o falla alguno de los datos solicitados. El producto solicitado cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que pueden ser consultadas en las condiciones generales del seguro que se encuentran disponibles en la página [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx).

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

1. Datos generales del Contratante persona física. ¿El solicitante es el mismo que el Contratante? **Si**  **No**   
**En caso de ser la misma persona no debería llenar la sección de solicitante.**

Nombre(s) MARIA JOSE Apellido paterno REYES Apellido materno PEREZ

Fecha de nacimiento: 30 | 08 | 1990 31 | P E R J U L I O 0 0 0 0 P E R J U L I O 0 0 M O R T Y S O 0 0  
Día Mes Año Edad Registro Federal de Contribuyentes Clave Única de Registro de Población

Sexo: Masculino  Femenino  Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)

IDENTIFICACION OFICIAL PERSONAS FISICAS 0028083251142 CREDENCIAL IFE IDENTIFICACION  
Tipo de identificación oficial vigente Número de identificación Emisor de identificación

MEXICO CIUDAD DE MEXICO CIUDAD DE MEXICO MEXICO  
País de nacimiento Estado / Provincia Ciudad / Población Nacionalidad(es)

2. Domicilio y datos del Contratante persona física  
Domicilio particular  
AV RIO MAYO 1314 L 8 62290  
Calle / Avenida Número exterior Número interior Código postal

**CANCELAR** **ENVIAR** **VISTA PREVIA**

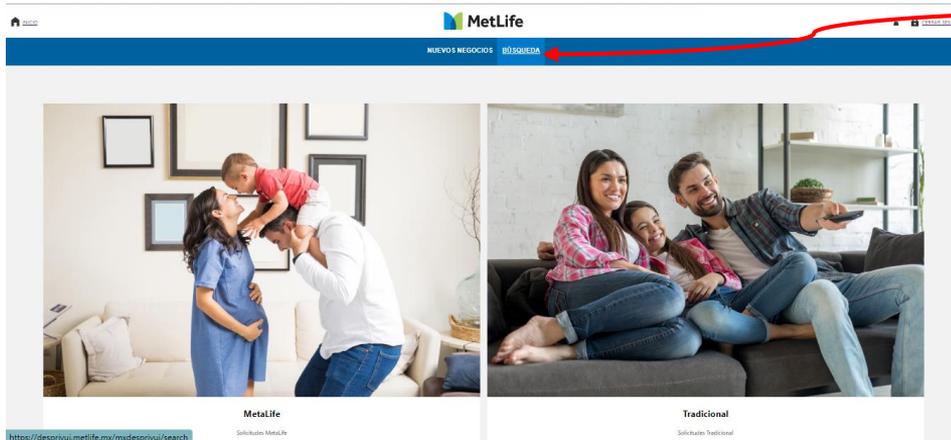
Nota: Durante la vista previa se podrá editar el documento, cuantas veces sea necesario, una vez enviado el documento NO podrá ser modificado.

#### Envío de Solicitud

Hemos recibido tu solicitud satisfactoriamente, pronto te contactaremos...

[MENU PRINCIPAL](#)

# Seguimiento solicitudes



Click en búsqueda.

A screenshot of the MetLife search form. The form is titled 'Búsqueda de Solicitudes' and contains several input fields for search criteria. The fields are: RFC del cliente, Nombre del titular, Número de póliza, Nombre del contratante, Estatus, Producto, Número de Solicitud CPDES, and Fecha de inicio (with a date of 2022/09/23). There are also buttons for 'BUSCAR' and 'LIMPIAR'. A red arrow points from the 'Realizar búsqueda por fecha.' text to the 'Fecha de inicio' field.

Realizar búsqueda por fecha.

**Folio de captura:** La solicitud arroja un número con el cual se identifica la solicitud y será utilizado para llenar la carta que firma el cliente (carta autorización o sign now) y dar seguimiento al trámite dentro de la sección de búsqueda.

**Folio con el que se dará seguimiento al estatus de la solicitud**

**Estatus de solicitudes**

Folio de Control (FDC)	Folio DES	Promotoría	Póliza	Estatus
Buscar...	Buscar... 204271002	Buscar... 695	Buscar...	Buscar... Con el Agente

Con el Agente    Selección manual    Trámite suspendido    Emitido

Una vez emitido aparecerá el número de póliza a lado de el **status**.

En caso de trámite suspendido o rechazo, consulta y descarga la carta en la sección 22 (carga de documentos)

**Resultados de la Búsqueda**

Folio DES	Promotoría	Agente	Póliza	Estatus	RFC Asegurado	RFC Contratante	Prima
Buscar...	Buscar...	Buscar...	Buscar...	Buscar...	Buscar...	Buscar...	Buscar...
2208241004	770	2	0008:	Emitida	Cl	IK9	35999.98
2208241006	770	2	0008:	Emitida	G/	A1	36000.01

# Trámites suspendidos

Dar click al folio del trámite.

2210

Tramite  
Suspendido

23999.99

Otros



Autorizaciones



Carga de documentos

Documentos

Documentos			
Tipo del Documento	Subtipo del Documento	Fecha	Nombre del Documento
TRAMITE SUSPENDIDO	CARTA DE TRAMITE SUSPENDIDO	2022-10-03	0031051.PDF CARTASUSPENSION22100 31051_20221003204342.p df

# Carta de Suspensión



Ciudad de México, 03 de Octubre del 2022

**Tipo de Trámite:** Emisión

**Ramo:** Vida Individual Privado

**Póliza Nueva**

APRECIABLE:

En respuesta a tu solicitud de contratación de tu seguro te informamos que para poder continuar con el análisis requerimos que nos compartas la siguiente información:

- Otros

**OBSERVACIONES:**

SL03. FAVOR DE INDICAR QUE TIPO DE PRODUCTOS COMERCIALIZA Y DETALLAR OCUPACIÓN

Te pedimos hacemos llegar la información y/o respuesta a través de tu agente de seguros, en un máximo de 15 días hábiles, para evitar la cancelación de este trámite.

Sin más por el momento, nos reiteramos a tus órdenes.

Agradecemos de antemano tu atención.

# Reingreso de trámite suspendido

## Documentos

Documentos			
Tipo del Documento	Subtipo del Documento	Fecha	Nombre del Documento
TRAMITE SUSPENDIDO	CARTA DE TRAMITE SUSPENDIDO	2022-10-03	0031051.PDF CARTASUSPENSION2210031051_20221003204342.pdf

CERRAR

SIGUIENTE

REINGRESO

CANCELAR

VISTA PREVIA

# ¡GRACIAS!

Dudas y aclaraciones con el proceso

- Contacto Emisión De La O
- Contacto Atención Valenzuela
- Contacto Atención Vibe