



# SUD SOLICITUD UNICA DIGITAL



Grupo  
DE LA O

**SUD**

**Registro SUD/ Agentes con clave  
temporal Liga:**

<https://pruebapilotosud.com/>

**Usuario:** temporal.662@gmail.com

**Contraseña:** Temporal662

# Tipos de negocios

## AGENTES CLAVE DE ARRANQUE

MetaLife

PerfectLife

TotalLife

Horizonte

TempoLife

EducaLife

MedicalLife

Primordial

## AGENTES CLAVE DE DEFINITIVA

MedicalLife

Primordial



Clave Temporal 770

Mis solicitudes

GMM



Vida



## GMM

Seguro de Gastos Médicos Mayores MédicaLife Familiar

## Vida

Seguro de Vida Individual (Tradicional)

Educalife

Solicitud de Vida Metalife

Solicitud de Vida Metalife Protegemas

Horizonte

TotalLife

PerfecLife

TempoLife

1

Nombre de la solicitud

MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ

Correo Electrónico Cliente. (Se enviará la solicitud al finalizar)

MARGARITAGOMEZ22@GMAIL.COM

Teléfono Cliente (10 dígitos)

7776037515

Fecha de Nacimiento

07/05/1980

Siguiente



2

Nueva Solicitud

Asegurado Titular

Nombre

MARGARITA

Apellido Paterno

GOMEZ

Apellido Materno

VELAZQUEZ

Anterior

Siguiente



Dar en GUARDAR Y CONTINUAR  
Para que se habilite el siguiente apartado

[Regresar](#)[Salir](#)[Guardar y Continuar](#)

Conociéndote

Diseñando tu Plan

Información médica y  
pasatiempos¿Cómo pagarás éste  
seguro?

Contratando tu plan

Información Básica

Favor de contestar el  
siguiente cuestionario

¿Eres persona física o moral?

 Persona Física Persona Moral[Acepto Aviso de Privacidad](#)

Folio: 23V0770002709

Número de solicitud CP DES\*:

## PERSONA MORAL

### EMPRESA

- Carta de autorización debidamente requisitada
- Identificación oficial vigente representante legal (cotejado)
- Comprobante de domicilio vigente (cotejado)
- Acta constitutiva (con cotejo todas las hojas)
- Registro Público de Comercio (cotejado)
- Constancia de Situación Fiscal (cotejado)

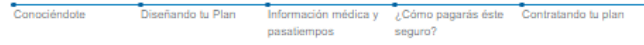
### ASEGURADO

- Identificación oficial vigente representante legal (cotejado)
- Comprobante de domicilio vigente (cotejado)
- Cotización con versión actual
- SUD (solicitud única digital completada)

Regresar

Salir

Guardar y Continuar



Información Básica

Datos generales del Contratante persona moral

¿Eres persona física o moral?

- Persona Física
- Persona Moral

Número de solicitud CP DES\*:

Acepto Aviso de Privacidad

Folio: 23V0770002709

¿El solicitante es el mismo que el contratante?

- Sí
- No

no puede estar en blanco



Contratante

Solicitante



Contratante

Solicitante



[Salir](#)[Guardar y Continuar](#)

Conociéndote | Diseñando tu Plan | Información médica y pasatiempos | ¿Cómo pagarás éste seguro? | Contrataando tu plan

Folio: 23V0770002709

Nombre(s)

MARGARITA

Apellido Materno

VELAZQUEZ

Edad

42

Registro Federal de Contribuyentes

GOVM800705

Sexo

 Masculino Femenino

Número de Identificación

1836577170

País de nacimiento

MEXICO

Ciudad / Población

ESTADO DE MEXICO

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante, así como cualquier otro documento que se derive de la operación del producto contratado en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico que se menciona anteriormente

 Si No

Apellido Paterno

GOMEZ

Fecha de Nacimiento

05/07/1980

Correo electrónico

MARGARITAGOMEZ22@GMAIL.COM

Clave única de registro de población

GOVM8007005MCLR01

Estado Civil

Soltero (a)

Tipo de Identificación Vigente

INE

Emisor de Identificación

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

Estado / Provincia

ESTADO DE MEXICO

Nacionalidad (es)

MEXICANA

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa, correcta, y me comprometo a actualizarla en caso de algún cambio.

 Si No[Acepto Aviso de Privacidad](#)



Regresar

Salir

Guardar y Continuar

Conociéndote

Diseñando tu Plan

Información médica y pasatiempos

¿Cómo pagarás este seguro?

Contratando tu plan

Folio: 23V0770002709

Información Básica

Datos generales del contratante persona Física

Domicilio y datos del contratante persona Física

Ocupación del Contratante persona Física

Calle / Avenida

VIADUCTO TLALPAN

Número interior

Colonia / Barrio

COL. ARENAL TEPEPAN

Estado

CIUDAD DE MEXICO

Teléfono

- Trabajo  
 Celular

Número exterior

NO. 100

Código Postal

14610

Municipio / Delegación

ACALDIA TLALPAN

País

MEXICO

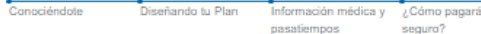
Celular (10 Dígitos)

776037515



Capturar el domicilio tal cual esta en la identificación o comprobante (no mayor a tres meses de vigencia)

**Describir lugar de trabajo, herramientas y actividades que realiza**



Folio: 23V0770002709

Ocupación o profesión

ARQUITECTO

Detalle de la Ocupación o Profesión

TRABAJO 80% OFICINA Y 20% CAMPO USANDO EQUIPO DE PROTECCION COMO CASCO

Nombre de la empresa donde labora

INDEPENDIENTE

Actividad o giro de la empresa

CONSTRUCCION

Ingreso mensual aproximado (pesos)

25000

Acepto Aviso de Privacidad

Normal	
Extraprima	
Extraprima a Rechazo	
Rechazo	

OCUPACIÓN		OCUPACIÓN		OCUPACIÓN	
Abarrotero		Panadero		Instalador y técnico	
Abogado		Peluquero		Joyero	
Actuario		Pintor artista		Maderero	
Administrativo gaseras		Sastre		Mantenimiento aire acondicionado	
Agente de seguros		Zapatero		Marinero (jefes y oficina militar)	
Ama de casa		Agricultor		Mecánico	
Banquero		Albañil		Mensajero	
Bibliotecario		Alfarero		Mesero	
Biólogo		Apicultor		Minero (sin usar explosivos)	
Cajero de Banco		Arquitecto		Modelo	
Cirujano		Cantante profesional		Músico	
Decorador		Cantinero		Pescador	
Dentista		Camicero		Pilotos de avión vuelos comerciales	

Director de orquesta		Carpintero		Aeromoza vuelos comerciales	
Diseñador		Chofer de ambulancia		Pintor de muebles, ventanas y casas	
Enfermera		Chofer de hasta 3 toneladas		Plomero	
Estudiante		Chofer de más de 3 toneladas		Químico	
Farmacéutico		Chofer de microbús		Radio-instalador de antenas	
Ferretero		Chofer particular		Radiólogo	
Físico		Cobrador		Repartidor de gas	
Fisioterapeuta		Cobrador usando motocicleta o motoneta		Salvavidas	
Florista		Cocinero		Soldador	
Gula de turistas		Coordinador de planta de tratamiento de agua		Tapicero	
Hotelero		Costurera		Topógrafo	
Impresor digital		Diputado / Senador		Velador	
Ingeniero de audio (s/ alta Tensión)		Electricista		Buzo profesional	
Jardinero		Electricista manejo de alta tensión		Obrero Pemex plataforma	
Laboratorista (Administrativo)		Embajador		Perforador de pozos	
Locutor		Empacador (de carne)		Alpinista profesional	
Maestro de escuelas		Ganadero		Beisbolista profesional	
Manicurista		Gasolinera (empleados)		Ministerio publico	
Masajista		Geólogo		Motociclista (tránsito)	
Médico de consultorio		Guardabosque		Policia (patrulla, montada)	
Meteorólogo		Herrero		Policia federal de caminos y PFP	
Modista		Hojalatero		Policia normal	
Oficinista		Ingeniero		SEDENA	

¿El beneficiario es persona Física o Moral?

- Persona Física  
 Persona Moral

Completar todos los campos

La distribución del porcentaje de participación deben ser números enteros (cubrir el 100)

Beneficiario persona Física

	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje participación	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
01	CRUZ	MORENO	LEONARDO DANIEL	HIGO	100	07/11/2000

Es el mismo domicilio que el titular persona física:

- Sí  
 No

Información Adicional

Agregar

Acepto Aviso de Privacidad

- Limite de 10 beneficiarios, por solicitud (Debe existir un interés económico)
- En caso de tener un domicilio distinto poner calle, núm. interior, núm. exterior, colonia, CP, Municipio, Estado, País.

Se valorará carta de interés asegurable

Línea directa	Familiares directos	Familiares no directos	Solicitantes Solteros
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ASCENDETES               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padre</li> <li>• Madre</li> </ul> </li> <li>➤ DESCENDESTES               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hijo (a)</li> <li>• Hermano (a)</li> <li>• Cónyuge</li> <li>• Concubina</li> <li>• Sociedad en convivencia</li> <li>• Pacto civil en sociedad</li> <li>• Uniones o matrimonios</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuelos</li> <li>• Tío (s)</li> <li>• Primo (s)</li> <li>• Sobrino (s)</li> <li>• Ahijado (s)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suegro (s)</li> <li>• Cuñado (s)</li> <li>• Abuelo (s) con diferente apellido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Novios</li> <li>• Amigos</li> </ul>

En caso de ser persona moral, se deberán llenar los formatos de identificación de residencia fiscal (W8 BENE o W9) y tipo de entidad (CRS).

¿Estás 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 accionista (vínculo patrimonial) de alguna sociedad o asociación?

- Sí  
 No

¿Actúas por cuenta de un tercero?

- Sí  
 No

¿Eres el proveedor de recursos con los que se financiarán las obligaciones, pagos o aportaciones contraídas con MetLife?

- Sí  
 No



**En caso de estar asegurado, tendrá que capturar la suma asegurada**

Folio: 23V0770002709

¿Estas asegurado actualmente en otra compañía?

- Sí  
 No

Ayuda

Acepto Aviso de Privacidad

© 2017 MetLife. Todos los derechos reservados.

## Solo poner números

En caso de sumas aseguradas mayores a \$6,000,000 de pesos o equivalente en dólares, favor de llenar el formato financiero adicional.

Moneda:

- Dólares  
 Nacional

Cobertura básica:

Invalidez Total y Permanente

- PASI: Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente  
 EP: Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente  
 N/A

Otros Graves Enfermedades

- GE: Graves Enfermedades (Suma Asegurada máxima es de \$3,000,000 pesos o \$230,000 dólares)

Forma en que se cotizó el Seguro

- Meta de Ahorro  
 Prima  
 Suma Asegurada

Suma Asegurada (Moneda Nacional - 400K)

704517

Cobertura:

- A  
 B

Beneficios adicionales:

Muerte Accidental

- IMA: Indemnización por Muerte  
 IMAPO: Indemnización por Muerte  
 DIMAPO: Doble indemnización  
 N/A

Otros (Enfermedad en fase Terminal)

- ET: Enfermedad en fase Terminal

Cotización				
Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total Mensual	Aportación adicional anual
0	0	704,517	4,000	24,000

Apreciable MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ



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

Fecha de elaboración 04/04/2023

Datos para el seguro

Nombre: MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ

Periodicidad de pago: Mensual

Sexo: Femenino

Moneda: Pesos

Edad: 42

Cobertura: B

Hábito: No fumador

Plazo de pago: vitalicio

El plazo de este seguro es a la edad alcanzada de 99 años.

Coberturas cotizadas

Cobertura por fallecimiento 22,287.55

Exención de pago de primas por invalidez total y permanente 472.50

Pago anticipado por invalidez total y permanente 1,239.95

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

Cobertura adicional de graves enfermedades\* Excluida

Anticipo de suma asegurada en caso de enfermedad terminal Incluida

RECUERDA UTILIZAR EL COTIZADOR ACTUALIZADO  
 VERSION 4.9

## Empaquetamiento

- Educación
- Mujer
- Retiro
- Tu Futuro

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	Aportación adicional anual
0	0	704,517	Mensual 4,000	24,000

Recuerda que la suma total de las cantidades ingresadas en los campos "Distribución en fondos Fijo", "Distribución en fondos Variable" y "CPEA Variable" debe ser igual a 100%.

Prima adicional anual y/o aportaciones anual programada

24000

Distribución en fondos Variable (%)

0

\*PPR Variable (%)

0

\*\*CPEA Variable (%)

0

Distribución en fondos Fijo (%)

100

\*PPR Fijo (%)

0

\*\*CPEA Fijo (%)

0

### Distribución de fondos

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

CPEA: Costo por evento de retiro

CUANDO QUEREMOS COTIZAR CON ADICIONAL RECUERDA PONER LA CANTIDAD ANUALIZADA

¿Vuelas como piloto o pasajero en líneas o aeronaves privadas incluyendo helicóptero?

- Sí  
 No

¿Utilizas motocicleta?

- Sí  
 No

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

Acepto Aviso de Privacidad

Normal	
Extraprima	
Extraprima a Rechazo	
Rechazo	

**EN CASO DE QUE SI PRACTIQUE ALGUN DEPORTE  
 CONTESTAR EL CUETIONARIO GENERICO**

DEPORTE		DEPORTE		DEPORTE	
Baloncesto Amateur		Motociclismo aficionados menos de 50 a 125 cc		Motociclismo amateur	
Balón Mano Amateur		Remo Amateur		Esquiador (nieve) Esqui alpino snow board	
Béisbol Amateur		Vela Amateur		Rafting (participantes / organizadores)	
Ciclismo Amateur		Voleibol Amateur		Rapel	
Carreras, Corredor de automóviles amateur		Waterpolo Amateur		Boxeador	
Críquet Amateur		Canoa en aguas torrenciales		Alpinismo, expediciones en rutas desconocidas	
Esquiador (nieve) Amateur		Ciclismo en velódromo o carretera aficionados		Acróbata	
Esquiador (acuático) Amateur		Carreras, Corredor de automóviles Mecánicos, Otros circuitos		Motonáutica	
Futbol soccer Amateur		Corredor de motocicletas Tiral		Carreras, Corredor de automóviles	
Hockey (césped, hielo, ruedas) Amateur		Jockey Profesionales trote		Corredor de motocicletas	
Judo Amateur		Equitación Jockey Profesionales galope		Torero	
Karate Amateur		Equitación Polo, pato aficionados		Vela largo crucero	
Montañismo (alpinismo / andinismo) Amateur		Esquiador (nieve) Salto		Luchador	

Meta de ahorro	Plazo del ahorro	Suma asegurada	Aportación total	Aportación adicional anual
0	0	704,517	Mensual 4,000	24,000

Apreciable MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ



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

Fecha de elaboración 04/04/2023

#### Datos para el seguro

Nombre: MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ

Periodicidad de pago: Mensual

Sexo: Femenino

Moneda: Pesos

Edad: 42

Cobertura: B

Hábito: No fumador

Plazo de pago: vitalicio

**Este dato debe coincidir con el de la cotización**



¿Fumas? (considerar cigarro electrónico)

- Sí  
 No

¿Usas drogas o estimulantes?

- Sí  
 No

¿Cuál es tu peso? (kg)

48

¿Cuál es tu estatura? (Metros)

1.50

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

- Sí  
 No

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

Acepto Aviso de Privacidad



¿Te ha sido diagnosticado o estas 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, paraplejía, 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 responder SI,  
 contestar el cuestionario**

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

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

- Sí  
 No

En caso de respuestas afirmativas, favor de ampliar la información

	Nombre de las enfermedades lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufriste o se te practicaron	Duración	Condición física actual
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Periodicidad de Pago

- Mensual
- Trimestral
- Semestral
- Anual

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	Aportación adicional anual
0	0	704,517	Mensual 4,000	24,000

Modo de Pago

- Efectivo
- Cargo automático a tarjeta de crédito / débito / CLABE

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

- Mensaje de Texto
- Llamada
- Correo Electrónico

En caso de seleccionar tarjeta o CLABE, solicitaran los siguientes datos

Tipo de tarjeta

- Tarjeta de Crédito
- Tarjeta de Débito
- N/A

CLABE

Día de cargo

Banco emisor de tarjeta / CLABE

Número de Token

Generar Token

Agregar

Indicar volumen y montos aproximados de todas las transacciones que realizarás con MetLife

Perfil Transaccional

Número aproximado de transacciones anuales	<b>Aportaciones</b> 12	Retiros 0
Monto aproximado de transacciones anuales (en Moneda Nacional)	24000	0

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	<b>Aportación total</b> Mensual	Aportación adicional anual
0	0	704,517	4,000	24,000

<b>ANUAL</b>	1
<b>MENSUAL</b>	12
<b>TRIMESTRAL</b>	4
<b>SEMESTRAL</b>	2

Folio: 23V0770002709

¿Cuánto tiempo hace que conoces al solicitante?

12 AÑOS

¿Te consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?

Sí

No

#### Información del agente

	Nombre del agente	Clave	Promotoría	Participación (%)
01	SANDRA LOPEZ HERNANDEZ	85426	770	100
02				

Capturar los datos del agente



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 pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del beneficiario en su caso. ¿Deseas manifestar algún hecho importante?

Sí

No

**En caso de responder SI,  
especificar ese hecho importante**

Especificar

Autorizo recibir información y documentación de mi seguro y en su caso la póliza de seguro resultante, así como cualquier otro documento que se derive de la operación del producto contratado en formato PDF (Portable Document Format) u otro formato electrónico equivalente, por medio del correo electrónico que se menciona anteriormente

Sí

No

Recibí la información total y completa del seguro que se propone.

Sí

No

Recibí la información de los derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios.

Sí

No

Declaro, de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada es verdadera, completa, correcta, y me comprometo a actualizarla en caso de algún cambio.

Si

No

Recibí la notificación de los cambios a la normatividad en materia de Seguros.

Sí

No

Has completado tu solicitud

Tu número de folio es **23V0770002709**

Gracias!

© 2017 MetLife. Todos los derechos reservados

Al terminar nos será proporcionado nuestro número de solicitud, mismo que va en la carta de autorización ya sea **CARTA ORIGINAL** o **SIGN NOW**

© 2022 Grupo De La O. Todos los derechos reservados. Contenido confidencial

Lugar y Fecha

CIUDAD DE MEXICO 16 / 02 / 2023

MetLife México S.A

Av. Insurgentes Sur No. 1457, pisos 7 al 14,  
Colonia Insurgentes Mixcoac,  
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03920,  
México, Ciudad de México.

PRESENTE

Por medio de la presente manifiesto que he leído, me ha sido explicado y comprendo los términos y condiciones del producto de seguro Metalife Retiro para una cobertura de 704,517 que propongo contratar, que la información personal señalada en forma digital bajo el registro 23V0770002709, es real y verídica, estando de 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: MARGARITA12GOMEZ @ GMAIL.COM

(Firma)

(Nombre Completo del proponente)  
MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ

(Nacionalidad(es) del proponente)  
MEXICANA

CIUDAD DE MEXICO 16 de 02 de 2023

Constancia de Entrevista

Número de folio solicitud de seguro **23V0770002709**

# PROCESO DE EMISIÓN



# DOCUMENTACION CON CARTA ORIGINAL

- Carta de autorización debidamente requisitada
- Identificación oficial vigente (cotejado)
- Comprobante de domicilio vigente (cotejado)
- Constancia de situación fiscal (cotejado)
- Cotización con versión vigente 7.2
- SUD (solicitud única digital completada)

MetLife México S.A.  
Av. Insurgentes Sur No. 1402, piso 7 al 14,  
Colonia Insurgentes México,  
Alameda Renato Altamirano, C.P. 06700,  
México, Ciudad de México.

Ciudad de México  
24/03/2022

Fecha y lugar donde se firmó

PRESENTE

Por medio de la presente manifiesto que he leído, me ha sido explicado y comprendo los términos y condiciones del producto de seguro MetLife Retiro D.F.A. 66 para una cobertura de 551,991 MXN que propongo contratar, que la información personal solicitada en forma digital bajo el número 22V0770007246 es real y verídica, estando de acuerdo con las características de cobertura que en el mismo se establecen.

Tipo de producto + Plazo de Seguro

Folio de captura de solicitud

Suma Asegurada

Asimismo 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 he sido entregado el consentimiento 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 he leído y estoy de pleno consentimiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sanitarios, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de privacidad.

Información gral del CONTRATANTE

Esto 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, egresamente solicito, autorizo e instruyo que me entreguen vía correo electrónico la documentación contractual del seguro y la información relativa, a mi dirección electrónica: ad.romero@adelsille.com

Adriana Romero Galindo  
Identificación oficial del contratante  
Mexicana

Ciudad de México 24/03 de 2022

Fecha y lugar donde se firmó

Constancia de Entrevista.  
Número de folio solicitud de seguro 22V0770007246

Folio de captura de solicitud

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 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, por lo que concuerdan con su original y se integrarán a su expediente.

Datos del Agente

Asesante  
Paola Michelle Arellano Meléndez



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



Coteje contra original  
 Fecha  
 Nombre del agente  
 Clave  
 Firma

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



Coteje contra original  
 Fecha  
 Nombre del agente  
 Clave  
 Firma



Coteje contra original  
 Fecha  
 Nombre del agente  
 Clave  
 Firma

# DOCUMENTACION CON SIGN NOW

- Carta de autorización sign now
- Identificación oficial vigente
- Comprobante de domicilio vigente
- Selfies con ambos lados según sea la
- Constancia de situación fiscal
- Cotización con versión vigente
- identificación SUD (solicitud única digital completada)

MetLife México S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur No. 1457, pisos 7 al 14,  
Colonia Insurgentes Mixcoac,  
Alcaldía Benito Juárez,  
C.P. 03920, 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 MetLife de seguro Vida que solicito contratar con esa 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 establecen y en el caso de que el pago sea mediante transferencia bancaria, confirmo los datos de la cuenta CLABE que proporcioné.

(3) Reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo para el uso de la firma digital para la contratación del seguro que entre las partes se genera derivado del uso de la misma, consultar directamente en la página de internet [www.metlife.com](http://www.metlife.com)

(4) Se me ha entregado el folleto que establece los derechos y beneficiarios de un seguro. Manifiesto que MetLife México, forma previa su aviso de privacidad, el cual declaro conocer; datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el aviso de

Este documento sólo constituye la ratificación a mi propue representa garantía alguna de que la misma sea aceptada aceptación concuerde totalmente con los términos de su solicitud, autorizo e instruyo que me entreguen vía correo electrónico del seguro e información relativa, a mi dirección electrónica \_\_\_\_\_@yahoo.com

Constancia de Entrevista.

Número de folio solicitud de seguro 

METLIFE MÉXICO S.A. DE C.V.

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 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.

Atentamente

Tipo de identificación: INE/IFE

Nota: Si el domicilio actual es el que aparece en el INE/IFE será únicamente el anverso de la identificación en el campo de "Comprt





GOBIERNO FEDERAL

HACIENDA SAT

CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL

Lugar y Fecha de Emisión: MINISTERIO DE LA RESPUESTA FISCAL Y DE SERVICIO AL PAGADOR DE IMPOSICIONES, 17 DE MAYO DE 1980.

Fecha de última actualización de emisión: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2012.

Nombre de identificación del Contribuyente: MFL0000000

Identificación Social: MEX00 PLENOS

Nombre Comercial: ASOCIACION LEON

Fecha de inicio de operaciones: 15 DE SEPTIEMBRE DE 1970

Situación actual: ACTIVO

Fecha de último cambio de situación: 21 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Datos de Ubicación: Calle de Ubicacion: Calle, Tipo de Ubicacion: Calle

Numero de Ubicacion: PLATANOS VALLEJITAS, Numero de Extensión: 110

Numero de la Subdirección: FISCALÍA DE SAN PABLO

Numero del Subregistro de Identificación Tributaria: 00000000000000000000000000000000

Numero de la Entidad Federativa: FEDERAL

Estado Postal: PUEBLO VIEJO

Y Lugar: PUEBLO VIEJO

Numero de Emisión: 00000000000000000000000000000000

## ATENCIÓN OPERATIVA



### ***Iniciación Agentes Nuevos***

56 4792 2790

agendagrupodelao@gmail.com



### ***Emisión***

777 303 2404

emision.delaoasociados@outlook.com

### ***Servicios***

777 303 2464

servicios.delaoasociados@outlook.com



### ***Atención Valenzuela***

55 2674 7046

atención.valenzuela321@outlook.com



### ***Atención Vibe***

777 303 1977

atencion.vibe@outlook.com

**Horarios de atención**

**Lunes a Viernes**

**9:00 am - 6:00pm**

# Gracias !