

CHECK LIST DE RECLAMACIÓN BENEFICIO DE PÉRDIDA DE INGRESOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Crédito número: _____

Certificado número: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido materno

Datos de Contacto

Celular

Casa

Oficina

Correo electrónico

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Original del consentimiento/certificado debidamente llenado y firmado por el asegurado.

Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado legible por ambos lados.

Acreditar el despido injustificado, presentando el original de cualquiera de los siguientes documentos:

- Original de la liquidación otorgada con su respectivo desglose.
- Original del finiquito donde se demuestre la existencia de una indemnización, junto con los últimos 2 recibos o comprobantes de ingresos.
- Original y/o copia certificada del convenio de termino laboral.

(En los casos de desempleo que conlleven un litigio del asegurado, solo será necesario presentar la documentación que sustente y acredite la demanda presentada por despido injustificado ante la institución correspondiente).

Demostrar mínimo un año de antigüedad, con cualquiera de los siguientes documentos:

- Copia simple de última inscripción a la institución de seguridad social al que hubiese pertenecido (ej. IMSS, ISSSTE o ISSEMyM)
- Copia simple del contrato laboral por tiempo indeterminado.
- Copia simple de contrato de prestación de servicios o cualquier otro convenio del cual se obtenga una remuneración periódica.
- Copia simple de los últimos 12 o 24 recibos de nómina o ingresos *(de acuerdo con la forma de pago)*.
- Original de carta expedida por el patrón o empleador aceptando relación laboral *(hoja membretada)*

Original de la Carta Aclaratoria del ex-empleador en la cual indique el motivo de separación del asegurado a la compañía, monto de la indemnización y su respectivo desglose (hoja membretada).



Copia simple de la baja ante la institución de seguridad social al que hubiese pertenecido (ej. IMSS, ISSSTE o ISSEMyM)

“MetLife se reserva el derecho de solicitar información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar el despido injustificado con el objeto de determinar si es procedente el pago del beneficio. En tal virtud, derivado del análisis que se realice, MetLife podrá solicitar documentación adicional a la indicada, en conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el contrato del seguro.”

**Para la solicitud del beneficio de ayuda económica por primera o segunda vez (en caso de proceder) deberá presentar los siguientes documentos:*

- *Original de la solicitud de pago Vida Crédito debidamente requisitada y firmada por el asegurado.*
- *Original de la identificación vigente con fotografía y firma del asegurado legible por ambos lados. (En caso de que el domicilio no coincida con la identificación oficial, deberá presentar comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad).*
- *Estado de cuenta bancario con clave interbancaria a nombre del asegurado no mayor a 3 meses de antigüedad.*

** Para la continuidad de cobertura por 3 meses más, el asegurado deberá presentar el siguiente documento actualizado:*

- *Documento de certificación que emita el instituto de seguridad social al que hubiese estado inscrito al momento de la pérdida del empleo y en el cual se haga constar que su número de registro ante dicho instituto continúa inactivo durante el siguiente periodo por la pérdida de empleo. (no deberá contar con una antigüedad mayor a 30 días contados a partir de su expedición por el instituto correspondiente) .*

AVISO DE PRIVACIDAD

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., 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.

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.

Firmado en el día ____ de _____ de _____.

Contratante: GM FINANCIAL DE MEXICO, SA DE CV SOFOM ER

Nombre y Firma del Asegurado.



Para poder continuar con tu trámite y brindarte el beneficio acordado por favor envía tu documentación completa por mensajería en **atención a Seguros MetLife** a la siguiente dirección:
Av. Eugenio Garza Lagüera N.º 933, Planta baja, Zona Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, CP. 66278, México.



Para cualquier duda, puedes comunicarte al 555-329-9321 o al correo electrónico atencionclientes.gmf@metlife.com.mx.

