

No.				
Nombre completo del Solicitante (nombre (s), apellido paterno, apellido materno)				
Enviar correspondencia al domicilio				
Particular <input type="checkbox"/> De cobro <input type="checkbox"/>				
Domicilio particular				
Domicilio de cobro				
Calle y Número	Calle y Número			
Colonia	Colonia			
Población	Población			
¿Cuál es su ocupación actualmente?	Describe su ocupación actual			
¿Qué deportes practica actualmente?	¿Vuela actualmente en líneas aéreas?			
Conteste íntegramente este cuestionario				
1. ¿Le ha sido rechazada, cancelada o extraprimada la solicitud o la renovación de la Póliza de Seguro de Vida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. ¿Cuánto mide? mts.			
2. ¿Ha padecido durante los últimos cinco años alguna enfermedad ameritando hospitalización? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7. ¿Cuánto pesa? kgs.			
3. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. ¿Ha padecido en los últimos cinco años alguna enfermedad venérea? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
4. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a algún tratamiento médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. ¿Se le han practicado pruebas del SIDA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
5. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	10. ¿Ha donado o recibido transfusión de sangre en los últimos cinco años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
(Contestar las siguientes preguntas si el solicitante es mujer)				
11. ¿Está usted embarazada? ¿Qué mes cursa su embarazo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	12. ¿Ha tenido abortos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de respuestas afirmativas, dar amplia información en el cuadro siguiente				
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición física actual
Importe de la prima de depósito	Conducto de cobro Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/>	Entregado a Agente <input type="checkbox"/> Compañía <input type="checkbox"/>	Fecha de vencimiento de la primera prima vencida y no pagada	
Si solicita algún cambio en la póliza a partir de la rehabilitación favor de indicarlo				
Declaro que las respuestas han sido estrictamente apegadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de Rehabilitación quedará condicionado a la prima de depósito y a la presentación de los registros de asegurabilidad que me sean solicitados por MetLife México, S.A., de acuerdo a la cláusula de rehabilitación de las condiciones generales de la póliza.				
Quedo enterado que la rehabilitación se hará a partir del momento en que sea aceptada expresamente por Metlife México, S.A.				
Lugar y fecha				
Nombre del agente	Clave No.	Participación	Sucursal	
Firma del Asegurado	Firma del Agente			