

Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores

MetLife

Lugar y fecha _____

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

En este formato ponemos a tu disposición nuestro Aviso de Privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales o de tus beneficiarios.

| 1. Datos de quien contrató la Póliza | | |
|---|---|--|
| _____ | _____ | _____ |
| Razón Social (solo en caso de póliza colectiva) | Nombre completo (solo en caso de póliza individual) | |
| 2. Datos del Asegurado titular | | |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre completo del Asegurado titular | Número de póliza | Registro Federal de Contribuyentes del Asegurado titular |
| 3. Datos del Asegurado afectado | | |
| _____ | _____ | _____ |
| Nombre completo del Asegurado afectado | Número de certificado | |
| _____ | _____ | _____ |
| Domicilio | Teléfonos de contacto | Celular |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Ciudad | Estado | Código Postal |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| Correo electrónico: | @ | |
| Parentesco con Asegurado titular: Mismo <input type="checkbox"/> | Hijo (a) <input type="checkbox"/> | Cónyuge <input type="checkbox"/> |
| Padre/Madre <input type="checkbox"/> | | |
| Fecha de nacimiento | Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> | |
| _____ | Masculino <input type="checkbox"/> | |
| _____ | _____ | |
| Día | Mes | Año |
| _____ | Ocupación | _____ |
| País de Nacimiento | Nacionalidad(es) | |
| _____ | _____ | |
| 4. Datos complementarios | | |
| ¿Has tenido seguro de gastos médicos con otra compañía? | Sí <input type="checkbox"/> | |
| _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| _____ | _____ | _____ |
| Compañía | Fecha inicio vigencia | Fecha fin vigencia |
| ¿Actualmente tienes seguro de gastos médicos con otra compañía? | Sí <input type="checkbox"/> | |
| _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| _____ | _____ | _____ |
| Compañía | Fecha inicio vigencia | Fecha fin vigencia |
| ¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en MetLife? | Sí <input type="checkbox"/> | |
| _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| Número de siniestro | _____ | |
| ¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en otra compañía? | Sí <input type="checkbox"/> | |
| _____ | No <input type="checkbox"/> | |
| _____ | Compañía | |

MetLife México, S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Código Postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, Distrito Federal Teléfono 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) www.metlife.com.mx

5. Información sobre la reclamación

Nota: En caso de marcar reembolso y reclamación subsecuente favor de llenar a partir del punto 4 únicamente.

Tipo de reclamación:

Ingreso hospitalario Programación de cirugía Reembolso

Primera reclamación Reclamación subsecuente Número de siniestro _____ (Llenar en caso de reclamación subsecuente únicamente)

Menciona el motivo por el cual recibiste la atención médica: Accidente Enfermedad Embarazo

Fecha de primer visita al médico con motivo de la misma: _____
Día Mes Año

¿Qué estudios te fueron realizados? Laboratorio Patología Rayos "X"

Otros (especifica): _____

Síntomas mostrados (sólo en caso de enfermedad): _____

Hospital y ciudad en el que fue atendido _____

Número de días que estuvo hospitalizado _____

Únicamente en caso de accidente detalla lo siguiente

¿Cómo, cuándo y dónde ocurrió? _____

¿Tomó conocimiento del accidente dejando evidencia, alguna autoridad competente? Sí Cita cuál _____ No

6. Información para el pago (llenar sólo en caso de solicitar reembolso)

Marca con una "x" los documentos que acompañan esta solicitud:

a) Informe Médico b) Facturas y/o Recibos de Honorarios (detallar a continuación)

Ejemplo:

| Concepto: Hospital (H) | | | Honorarios médicos (M) | | | Farmacias (F) | | | Otros servicios (O) | | |
|-------------------------|---------|----------|-------------------------|---------|----------|-------------------------|---------|----------|-------------------------|---------|----------|
| Número Factura / Recibo | Importe | Concepto | Número Factura / Recibo | Importe | Concepto | Número Factura / Recibo | Importe | Concepto | Número Factura / Recibo | Importe | Concepto |
| 12345 | 13500 | H | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Total reclamado \$ _____

c) Detalla estudios que presentas (campo obligatorio): _____

Entrego la documentación antes relacionada para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será con base en las condiciones de la póliza del seguro.

Aviso de Privacidad MetLife México, S.A.

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000, México, Distrito Federal. **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 esta, 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 servicio, 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 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, inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla **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 y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia, tacha esta casilla **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.

UNE DE METLIFE (Unidad Especializada de la Aseguradora)

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidad ESPECIALIZADA@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho Número 32, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000 México, Distrito Federal.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx

La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0172-2015 de fecha 18 de agosto de 2015.

Instrucciones

Para requisitar esta solicitud deberás contar con la siguiente documentación:

a) Póliza de Gastos Médicos Mayores (credencial de Asegurado), recuerda que el número de póliza debe escribirse igual que en su credencial de Asegurado. Ejemplo: 02001 218804.

b) Identificación oficial vigente del Asegurado titular y afectado (solo en caso de presentar la reclamación por primera vez).

NOTA: En caso de menores de edad titulares, para efectos del pago se requiere contar con la identificación oficial vigente del contratante (solo en caso de ser póliza individual)

c) Informe médico por enfermedad o accidente de cada médico tratante.

En caso de presentar una reclamación de reembolso adicionalmente deberá anexar:

d) Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses de antigüedad, en caso de no coincidir el domicilio actual con tu credencial para votar (solo en caso de presentar la reclamación por primera vez y ser póliza individual).

e) Recibos y/o facturas que cumplan con los requisitos fiscales dictados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, expedidos a nombre del Asegurado titular o afectado dentro de la póliza, con los desgloses que amparen dichos comprobantes.

f) Copia de la interpretación de estudios realizados que se hayan utilizado para el diagnóstico de la enfermedad.

Únicamente a solicitud de MetLife será necesario presentar placas radiográficas, disco compacto, ultrasonidos, etcétera.

Para que el pago correspondiente a tu reclamación resulte procedente mediante transferencia electrónica, deberás proporcionar en este formato la cuenta CLABE o PAGOMÁTICO BANAMEX. Invariablemente se deberá indicar en cada reclamación si deseas se continúe con el pago en la misma cuenta.

En caso de reclamaciones subsecuentes, se deberá entregar el informe médico actualizado cuando exista cambio del médico tratante o si existe actualización del curso del padecimiento.

En caso de que el trámite sea realizado por un tercero, deberás presentar en adición a lo anterior:

1) Carta poder en original y copia, firmada por el Asegurado afectado o titular (otorgante), aceptante (tercero) y dos testigos (la carta poder deberá tener una antigüedad menor a 3 meses).

2) Identificación oficial original del tercero (que acepta el poder) y testigos.

Ante cualquier duda o aclaración, ponemos a tu disposición los siguientes teléfonos:

5328 7000
01 800 00 638 5433

Comprobante de entrega de documentación anexa a la Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores

Nota: Es importante que toda la información del presente comprobante sea completada. Lugar y fecha _____

Datos del Asegurado titular

Nombre completo del Asegurado titular _____

Número de póliza _____

Datos del Asegurado afectado

Nombre completo del Asegurado afectado _____

Número certificado _____

Información sobre la reclamación

Tipo de reclamación:

Programación de cirugía

Reembolso

Ingreso hospitalario

Primera reclamación

Reclamación subsecuente

Número de siniestro _____

Marque con una "x" los documentos entregados:

a) Informe Médico

c) Estudios _____

b) Facturas y/o Recibos de Honorarios (detallar a continuación)

Hospital (H)

| Número Factura / Recibo | Importe | Concepto |
|-------------------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Honorarios médicos (M)

| Número Factura / Recibo | Importe | Concepto |
|-------------------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Farmacias (F)

Otros servicios (O)

| Número Factura / Recibo | Importe | Concepto |
|-------------------------|---------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Nombre y firma del Asegurado titular

MetLife México, S.A

