

**Aviso de Accidente o Enfermedad**  
(Debe ser contestado por el Asegurado)

**MetLife**

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé una información completa y detallada, por el hecho de proporcionar este formulario, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

No. de Póliza 02001 M002 5557			No. de Certificado 00009			Fecha de Antigüedad de Póliza Año Mes Día		
Nombre o Razón Social del Contratante Apellido paterno: <b>Societé Air France</b> Apellido materno: Nombre(s):								
Nombre del Asegurado Titular Apellido paterno: <b>Espinosa</b> Apellido materno: <b>Martinez</b> Nombre(s): <b>Gustavo Adolfo</b>						R.F.C. del Asegurado Titular <b>EIMG 631114 RC3</b>		
Nombre del Paciente Asegurado Apellido paterno: <b>Espinosa</b> Apellido materno: <b>Galindo</b> Nombre(s): <b>Sergio</b>						Fecha de Alta al Seguro Año Mes Día		
Fecha de Nacimiento Año: <b>97</b> Mes: <b>12</b> Día: <b>20</b>			Edad <b>15</b>		Estado Civil <b>Soltero</b>		Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Parentesco Mismo Hijo (a) <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Ascendiente <input type="checkbox"/>								
Domicilio <b>Edif 79-A Depto 402 Unidad Lindavista</b>						Ciudad <b>Mexico DF</b>		Estado <b>D.F.</b>
C.P. <b>07720</b>		Teléfono <b>55676356</b>		Ocupación <b>Estudiante</b>		Lugar donde Trabaja		
¿Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desde cuándo: _____								
Compañía						No. de Póliza		
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra Compañía? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Compañía(s):						No. de Sinistro:		
Se trata de: Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>			Nombre del Agente: Clave del Agente: Estado:					
Tipo de reclamación: Inicial <input type="checkbox"/> Complemento <input checked="" type="checkbox"/> No. de Sinistro: _____						Pago directo <input type="checkbox"/> Reembolso <input checked="" type="checkbox"/> Cirugía Programada <input type="checkbox"/>		
Mencione el motivo por el cual recibió la atención médica: <b>Deficiencia de Hormona de crecimiento</b>								
Fecha en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma: <b>Oct 18 / 2001</b>						Día Mes Año <b>18 10 01</b>		
Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?								
¿Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? <b>"Hormona del crecimiento" "Edad ósea"</b>								
Hospital en el que fue atendido:			Número de días que estuvo hospitalizado:			Fecha: Día Mes Año		
Testigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)).						Domicilio:		Teléfono:
Tomó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cite cuál: _____								
En caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Favor de mencionar: _____								
Compañía:		Cobertura:		Suma Asegurada (G.M.):		No. de Póliza:		

Anexar: Copias de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la Compañía.

Hoja 1 de 2

Bldv. Manuel Ávila Camacho No.32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.  
Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00 MetLife (6385433)

<b>Nombre del Médico Tratante</b> Apellido paterno: <u>Miranda</u>		Apellido materno: <u>Lora</u>		Nombre(s): <u>América Liliana</u>	
Lugar de atención:		Consultorio Médico <input checked="" type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>	Domicilio Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Por qué medio le fue recomendado el Médico:		MetLife México, S.A. <input type="checkbox"/>		Consultorio Médico <input type="checkbox"/>	
Compañía donde trabaja <input type="checkbox"/>		Otro Médico <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre: _____		Otro Médico <input type="checkbox"/>
Describa la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas: <u>Deficiencia de hormona del crecimiento</u>					
Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años: <u>Endocrinóloga pediátrica</u>					
Nombre del Médico: (Apellido paterno, materno y Nombre(s)) <u>Miranda Lora América Liliana</u>					
Domicilio: <u>Nueva York No 32-403 Col. Nápoles</u>					
Causa:				Fecha:	
<b>Indique otras pólizas en vigor de Gastos Médicos Mayores (G.M.M). Accidentes (Acc.) u Hospitalización (Hosp.)</b>					
Compañía		Cobertura		Suma Asegurada	
El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a MetLife México, S.A., o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentadas por mí a la Institución, la copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.					
Lugar y Fecha: <u>MEX DF</u> <u>15 FEB 2013</u>					
Nombre y firma del Asegurado Afectado			Nombre y firma del Asegurado Titular <u>Gustavo Adolfo Espinosa Martínez</u> <u>Gustavo Espinosa</u>		