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

MetLife

Nombre del Agente:	Nota: Es impo queda obligad	rtante que toda a a admitir la v	as las preguntas alidéz de la recla	s sean contest amación ni a i	adas y que se dé una enunciar a los derech	información com os que se reserva	npleta y detallada, por conforme a la póliza.	el hecho de propo	orcionar e	ste formulario,	la Institución no
Nombre of Asegurado Titular Apellido paterno Apellido materno Apellido materno Apellido paterno Apellido materno Apellido A				No. de Certificado							
Apellido paterno Societa Asegurado Titular Apellido paterno ESPINOSC Reficia de Atagurado Apellido paterno ESPINOSC Reficia de Atagurado Apellido materno Mombre(s) Reficia de Atagurado Apellido paterno Apellido materno Mombre(s) Reficia de Atagurado Apellido materno Nombre(s) Reficia de Atagurado Reficia de Moscimiento Reficia de Atagurado Reficia de Apellido materno Rompañía De Sexo Reficia de Moscimiento Reficia de Reficia de Apellido materno Reficia de	02001	M00.5	5557			90009		Ano		wes	Dia
Combre del Asegurado Titular Apellido paterno Apellido materno Nombre(s) E.S.O.I.O.S.C. Apellido materno Apelli	Nombre o R	< Ape	Ilido paterno		c F		Apellido materno		lb .	Nomb	ore(s)
Apellido paterno ESDINOSA Martinez Martinez Montretto Sastau Apellido materno Montretto Sexo Parentesco Nombre del Agerde: Estado Compañía No. de Siniestro: Nombre del Agerde: Estado Crugia Programada Año Crugia Programada Crugia Programada Crugia Programada Papo directo Crugia Programada Crugia Programada Crugia Programada Crugia Programada Carecidente Enternedad Sembarazo Crugia Programada Carecidente Año Ol 18 Que estudios de laboratorio y reyos "X" le fueron realizados? Papo directo Reembolso Crugia Programada Carecidente Comporte del discomento del accidente? Nomero de diss que esturo hospitalizado: Peda Osca Opital en el que fue atendido: Nómero de diss que esturo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año Ocupación Teléfonoc: Teléfonoc: Teléfonoc: Teléfonoc: Nomero de diss que esturo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año Ocupación Teléfonoc: Tel	Nombre del	And the second second second	The state of the s		· · · · · ·	ACC			R.F.C. de	el Asegurad	lo Titular
Applition paterno	_	Ape	Ilido paterno		Apellido materno		Nombre(s)			Participant	
Apellido materno Apellido materno Nombreto Ano Mes Dia	t			1	Martine	22	Gustavol	19010 F			
Fecha de Nacimiento Mes Dia Sacto Civil Sexo Masculino Fi Femenino Mismo Higo (a) Ascendiente Ed. f 79- M Dc pt-0 402	Nombre del				Appliedo materas		Homber(s)			1	
Percha de Nacimiento Edad Estado Civil Sexo Parentesco Año	7				Go 1 - 1			0.00	Ano	evies	Dia
Año 97 12 20 15 Soltero Masculino 12 Femenino Mismo Ascendiente Estado E.J. f. 79-A Dr. pho. 402 Un. Led Lundevish Mex.co DF D.F. C.P. Teléfono Ocupación Lugar donde Trabaja OT720 SS CT L 3 SG E S. H. L. a. L. Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? Si No Desde cuándo: Ompañía No. de Póliza No. de Siniestro: terata de: Nombre del Agente: Estado: Ompañía(s): No. de Siniestro: terata de: Nombre del Agente: Estado: Oppositiva Complemento No. de Siniestro Reembolso Reembolso Cirugia Programada Mencione el motivo por el cual recibió la atención médica: Def. c. e. c. c. Def. Oct. 18 / 2001 Día Mes Año Oserba en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma: Oct. 18 / 2001 Día Mes Año Oserba en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma: Oct. 18 / 2001 Día Mes Año Oserba en que visitó por primera vez al médico con motivo de la desaque estuvo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año Operatios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? Harmon Lel Crecumiento Eda Lo Cea Oserba estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? Harmon Lel Crecumiento Teléfono: Operatios presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(Q)). Domicilio: Teléfono: Opomoconocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Favor de mencionar: Opomoconocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Favor de mencionar: Opomoconocimiento del accidente automovilístico, existe Seguro delícide los) automóvilíces: Suma Asegurada (G.M.): No de Póliza:	Fecha	-		Edad	Estado Civil	1	THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN			Parentesco)
Edif 79-A Depto 402 Unided Linderist Mexico DF D.f. C.P. Teléfono OT720 SSC1 C3 SSC Estudies Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? SI No Desde cuándo: Dompañía No. de Póliza		Mes 12	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	15	Soltero	Masculino				Cón	nyuge 🔲
C.P. Teléfono Ocupación Cugardon Compañía? Si		_					Ciu	ıdad		Esta	do
Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? 5i	Edit	79-A	Debto,	105 (Inidad 1	underist	Mexico	ODE		D.F.	
Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? Si No Desde cuándo: No. de Póliza	C.	P.	Te	léfono		Ocupac	ión	T	Lugar	donde Traba	aja
Tione o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía? Si No Desde cuándo: No. de Póliza	0773	0	SSC	1635	56 E	studi	aute		, -		
No. de Póliza No. de Póliza Si			Gastos Médico	s con otra Cr			enn	le ruándo:			
Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra Compañía? No. de Siniestro: No. de Siniestro:	And the Prince of the Paris	nao segaro de	- Gastos Intedico	-	Angaina 2	, U		se coarido.			
ompañia(s): e trata de: Nombre del Agente: vacidente	compania						No. de ronza				
e trata de: Nombre del Agente: Estado:	Ha presentado	o gastos anteri	ores por este p	adecimiento	en ésta u otra Comp	añía?			Si	×	No 🗌
Clave del Agente: Estado:	Compañia(s):						No. de Siniestro:		-	-	
Clave del Agente: Estado:	Sa trata da:										
ipo de reclamación: pago directo											
Annotal Complemento No. de Siniestro Reembolso Rembolso Rembolso Rembolso Rembolso Remotivo por el cuál recibió la atención médica: Deficiencia de Normana de Crecimiento et motivo por el cuál recibió la atención médica: Deficiencia de Normana de Crecimiento de la misma: Oct 18 / 200 1 Día Mes Año o i es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente? Que estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? = Hormana del Crecimiento " = Edad Osca" ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año estigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)). Domicilio: Teléfono: omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál; oraso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: orașa dia contra automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: No. de Póliza:		-	nedad [X	Embarazo	Clave del Age	ente:	Te a f	Estado:			
echa en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma: Och 18 / 2001 Día Mes Año ol i es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente? Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? = Hormona del crecimiento " = Edado Osica" Ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año estigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)). Domicilio: Teléfono: Omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: In caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: Och 18 / 2001 Día Mes Año Día Mes Año Pecha:	Inicial .	liebe n'n	Complemento	▼ No. de	Siniestro		Charles I which the	×		Cirugía Prog	gramada 🔲
Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? = Harmona del crecimiento " = Edado Osea" Ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Fecha: Día Mes Año estigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)). Domicilio: Teléfono: omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál; in caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: ompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:	Mencione el m	otivo por el cu	ál recibió la ate	ención mèdic	Deficien	cra de	Hormon	a de	crec	wien	40
Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados? > Hormona del crecimiento del accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Suma Asegurada (G.M.): No. de Pófiza:	Fecha en que v	isitó por prime	ra vez al médic	a con mativo	de la misma:	Oct 18	12001				
ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Pecha: Día Mes Año Teléfono: Domicilio: Teléfono: Omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: In caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: Ompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:	Si es accidente	detállese ¿Cón	no y dónde ocu	rrió el accide	nte?					1	1.01
ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Pecha: Día Mes Año Teléfono: Domicilio: Teléfono: Omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: In caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: Ompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:											
ospital en el que fue atendido: Número de días que estuvo hospitalizado: Pecha: Día Mes Año Teléfono: Domicilio: Teléfono: Omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: In caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: Ompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:											
estigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)). Domicilio: Teléfono: promó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: n caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: Dompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:	Qué estudios	de laboratorio	y rayos "X" le l	fueron realiz	ados? = Hormo	madel.	crecimiento	" = Edad	050	ea"	
omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si	Hospital en el c	ue fue atendio	do:		Número de dias	que estuvo hosp	oitalizado:	Fecha:	Dia	Mes	Año
omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: n caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: brompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:	lestigos presen	ciales: Nombre	(Apellido pate	rno, matern	o, Nombre(s)).		Domicilio:			Teléfono:	1
omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: n caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: brompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:	201 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	J. Ingeli	CIWIO -			-			-		
omó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si No Cite cuál: n caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: brompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.): No. de Póliza:				75			-				
n caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si No Favor de mencionar: brigañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M): No. de Póliza:		A LUC	W. K. IV								
ompañía: Cobertura: Suma Asegurada (G.M.); No. de Póliza:	omó conocimi	ento del accide	ente alguna aut	toridad comp	etente: Si	No 🗌	Cite cuál:	Sorry-1A leb	entra y	101101	
	n caso de acci	dente automov	/ilístico, existe \$	Seguro del(de	los) automóvil(es):	Si 🗌	No 🗌 Fav	or de mencionar:			
Anexar: Copias de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la Compañía Unia 1 de	Compañía:		Cobe	ertura:		Suma Asegurad	a (G.M.):	No.	de Póliza	:	
	SK42		And	exac Conias s	le la actuación del M	inisterio Público	o atención recibida d	la la Compositir			Hoja 1 de '

Nombre del Médico Tratante Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	. HILLISIN
M, randa	Lora	América L	lana
ugar de atención: Consultorio Médico	Hospital 🗌	Domicilio Asegurado	Otro 🗌
or qué medio le fue recomendado el Médico: MetLife México, S.A.	Consulto	orio Médico	.an
Compañla Otro Médico 🔀 Nombre _	17.00	ALANDAR DO PART	Otro Medio
Describa la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:	. sye a FF o	A Stable	
Deficiencia de hormana del	crecimiento	naturi Laberga	greek light poplered)
ué Médico ha consultado durante los últimos dos años: End	locrinologa per	hatrica	AND THE STATE OF T
iombre del Médico: (Apellido paterno, materno y Nombre(s))	America Li	liana	of the administration
M. randa Lora Domicilio: Neva York No 32	-403 Gl.	Nápoles	
Causa:	Area Jan Jan Jan Jan Jan Jan Jan Jan Jan Ja	Fecha:	7.23
ndique otras pólizas en vigor de Gastos Médicos Mayo	res (G.M.M). Accidentes (Acc.)	u Hospitalización (Hosp.)	CASTED
Compañía	Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza
	14/85/97 NA VIII	rudhisebu alla signicativo di	
	As-ep-a to magazoni		(The Street of
El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hosp miembro de mi familia, a suministrar a Metlife México o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, p del hospital o médico, lo que podrá ser incluido como copia fotostática de esta autorización deberá ser cons	o, S.A., o a su representante, o prescripciones o tratamientos, o parte de las pruebas de la re	incluyendo radiografías y c eclamación presentadas por	opias de expedientes
MEX DF. Lugary Fecha: 15 FEB 2013	La manage de la lace		
in the second second			
Section 1	6	get of Jobh orde	istical esour
		autosoprus	Car
Nombre y firma del Asegurado Afectado		Nombre y firma del Asegur	rado Titular
model to the property of the p			
			Hoja 2 de