

# Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores



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					
Día	Mes	Año	Ocupación	Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
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	

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	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 importante para el (los) reclamante (s)

I. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), serán cubiertos por MetLife con base a los montos previamente convenidos con la Red Médica en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

II. Conforme a los términos y condiciones del contrato de seguro celebrado y siempre que el siniestro que se reclama, se encuentre amparado por la misma, los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Grupo Médico Asociado (Red Médica), serán cubiertos por MetLife con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado, por lo que en caso de presentarse diferencias que excedan los montos establecidos, éstos no serán cubiertos

Enterado y conforme: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Asegurado titular

### 7. Solicitud de pago

En caso de que el trámite sea realizado por un representante del Asegurado afectado, este deberá asegurarse de contar con la documentación adicional necesaria (ver instrucciones).

Entrego mi documentación en: \_\_\_\_\_

Enviar respuesta a: Mismo conducto entrega ☐ Otro (especifica): ☐ \_\_\_\_\_

El Asegurado titular es menor de edad: Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo favor de especificar a nombre de quién deberá ser expedido el pago: \_\_\_\_\_

Solicito pago por: Transferencia electrónica ☐ Cheque ☐

(Llena adicionalmente punto 8)

### 8. Instrucción de pago por transferencia electrónica

Yo \_\_\_\_\_, por así convenir a mis intereses, instruyo a MetLife México, S.A., para que el monto de suma asegurada que resulte procedente de esta reclamación y a la cual tenga derecho, me sea cubierto mediante depósito en la cuenta bancaria a mi nombre que tengo en la Institución bancaria \_\_\_\_\_, bajo el número de cuenta abajo mencionado, en el entendido de que al realizar MetLife México, S.A. el depósito de la cantidad correspondiente en la cuenta bancaria señalada, por ese simple hecho, le otorgo el finiquito más amplio que en derecho proceda derivado de la reclamación de suma asegurada que se formula; por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta compañía por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

CLABE (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1) La CLABE aparece en el estado de cuenta impreso o es proporcionada en cualquier sucursal de su banco, consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.

**Importante: Es necesario que en la Cuenta CLABE arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (no mancomunada) excepto que las condiciones de contratación establezcan un tratamiento distinto.**

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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Asegurado titular

**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](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlife.com.mx](http://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](http://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](http://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](http://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 [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@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 Ciudad de México.

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](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://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. 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)

Honorarios médicos (M)

Farmacias (F)

Otros servicios (O)

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto

Número Factura / Recibo	Importe	Concepto

Nombre y firma del Asegurado titular

MetLife México, S.A