

Solicitud de reclamación gastos médicos mayores

Lugar y fecha: _____

Para facilitar los trámites de esta solicitud, por favor llénala con letra de molde y tinta negra. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado, no se aceptarán cambios posteriores.

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 | | | |
| Datos del tipo de póliza: Colectiva <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> | | | |
| Nombre del Contratante o razón social _____ | | | |
| 2. Datos del Asegurado titular | | | |
| Apellido paterno _____ | | Apellido materno _____ | |
| Nombre(s) _____ | | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Registro Federal de Contribuyentes (RFC) | | Póliza | |
| 3. Datos del Asegurado afectado | | | |
| Apellido paterno _____ | | Apellido materno _____ | |
| Nombre(s) _____ | | | |
| Fecha de nacimiento | | País de nacimiento | |
| Año | Mes | Día | Nacionalidad(es) |
| Ocupación _____ | | Número de certificado _____ | |
| Parentesco con el Asegurado titular _____ | | | |
| 4. Datos de contacto del Asegurado | | | |
| Calle / Avenida _____ | | Exterior | Interior |
| | | Código postal | Colonia / Barrio |
| Municipio / Alcaldía _____ | | Ciudad / Población _____ | |
| | | Estado / Provincia | |
| | | País | |
| Celular: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | Teléfono: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Correo electrónico: _____ @ _____ | | | |
| 5. 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., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 555328 7000, Lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433), www.metlife.com.mx

6. 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 inicio de síntomas: _____ Fecha de primer atención: _____
Día Mes Año Día Mes Año

¿Describe síntomas mostrados en caso de enfermedad o en caso de accidente cómo, cuándo y dónde ocurrió?:

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

7. 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 | 13500H | 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.

8. Solicitud de pagoSolicito pago por: Transferencia electrónica Cheque

(indispensable llenar adicionalmente el punto 10) (indispensable señalar conducto de salida)

9. Instrucción de pago por transferencia electrónica

Nombre de la institución bancaria _____

CLABE (1) Clave Bancaria Estandarizada | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(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 la cuenta clabe arriba señalada aparezca el Asegurado titular como titular de la misma y firme en el de forma independiente (no mancomunado) excepto que las condiciones de contratación establezca un tratamiento distinto.

El Asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, 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 esta efectúe.

10. 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.

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. Así mismo, autorizo a MetLife México, S.A. para que comparta mis datos personales y mis datos personales sensibles de salud, tales como padecimientos, diagnósticos, estado de salud, carta pase, suma remanente y los que se deriven de mi(s) siniestro(s) y/o de mis beneficiarios, con el Contratante de mi póliza y/o broker o agente y/o cualquier tercero relacionado o participante en la atención u operación del seguro respectivo, a efecto de que dicha información sea utilizada en mi beneficio o el de mis citados beneficiarios y particularmente, de manera enunciativa, con las siguientes finalidades: seguimiento y revisión a mis trámites o reclamaciones, incluyendo finiquitos, cartas de programación de cirugías, reembolsos y reportes hospitalarios; auditorías vinculadas a reclamaciones de mis siniestros para garantizar que éstas cumplan los requisitos conforme a las coberturas contratadas; análisis de tendencias y posibles desviaciones en la siniestralidad; e identificación de casos de alto impacto en la siniestralidad de la colectividad o agotamiento de Suma Asegurada.

Nombre y firma del Asegurado titular

11. Aviso de privacidad MetLife México, S.A.

II. Identidad y domicilio del responsable que recaba los datos. MetLife México, S.A., ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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 ésta, 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 servicios, 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 o transferidos 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 o inscribirte en el Registro Público de Usuarios. **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, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial. **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.

Check list

Para realizar los siguientes trámites puedes acudir a uno de nuestros centros de servicios o módulos hospitalarios, ingresa www.metlife.com.mx para localizar el más cercano.

Documentación requerida para reembolso de seguro de gastos médicos mayores:

- Solicitud de reclamación de gastos médicos mayores en original, debidamente llenada y firmada por el Asegurado titular. La puedes obtener en nuestros puntos de contacto o en nuestra página de internet en el apartado de soy cliente > trámites y servicios > reembolso en línea.
- Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante.
- Original y copia de la identificación oficial vigente del titular y paciente (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, FM2, FM3 o credencial de inmigrado).
- Facturas originales emitidas a nombre del titular de la póliza de:
 - Recibos hospitalarios
 - Comandas desglosando los conceptos que se están cobrando
 - Farmacias y prestadores de servicios médicos
 - Copia de receta médica desglosada (solo para medicamentos)
 - Honorarios médicos con requisitos fiscales¹.
- Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico².
- Original y copia de comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono convencional, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).
- Si deseas que tu pago sea por transferencia electrónica debes llenar el apartado 8 y 9 de la solicitud, y presentar un estado de cuenta con vigencia no mayor a 3 meses.

Documentación requerida para programación de cirugía de seguro de gastos médicos mayores:

- Solicitud de reclamación de gastos médicos mayores en original, debidamente llenada y firmada por el Asegurado titular. La puedes obtener en nuestros puntos de contacto o en nuestra página de internet en el apartado de soy cliente > trámites y servicios > programar cirugía.
- Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante indicando lugar y fecha de la cirugía.
- Original y copia de la identificación oficial vigente del titular y paciente (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, FM2, FM3 o credencial de inmigrado).
- Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico².
- Original y copia de comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono convencional, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

¹ Deberán contener las características de un comprobante fiscal digital (CFDI) emitido.

² Todos aquellos casos de cirugía en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano.

Es indispensable presentar la documentación completa para dar inicio a su trámite.