

## Solicitud de reclamación gastos médicos mayores

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.

Es necesario ingresar una nueva solicitud para cada trámite requerido.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

### 1. Datos de quien contrató la póliza

Datos del tipo de póliza: Colectiva  Individual

Nombre del Contratante o razón social \_\_\_\_\_

### 2. Datos del Asegurado titular

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

País de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado de nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad(es) \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Registro Federal de Contribuyentes (RFC) \_\_\_\_\_ Póliza \_\_\_\_\_

### 3. Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Día Mes Año País de nacimiento \_\_\_\_\_ Estado de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Número de certificado \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado titular \_\_\_\_\_

### 4. Datos de contacto del Asegurado Titular

Calle / Avenida \_\_\_\_\_ Exterior Interior Código postal Colonia / Barrio \_\_\_\_\_

Municipio / Alcaldía \_\_\_\_\_ Ciudad / Población \_\_\_\_\_ Estado / Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: + \_\_\_\_\_  
Prefijo internacional (números fuera de México)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Por este conducto, por así convenir a mis intereses, autorizo recibir todo tipo de información, documentación, notificaciones o cualquier comunicado emitido por MetLife México, S.A. de C.V., relacionados al seguro de Gastos Médicos antes mencionado indistintamente al domicilio señalado y/o a la cuenta de correo electrónico, en el entendido que, por cualquiera de estos conductos me daré por enterado de forma personal y directa. Sí  No

## 5. Datos complementarios

Además de la póliza antes mencionada de MetLife ¿Actualmente cuentas con otra póliza vigente? Sí  No

¿Cuál es? \_\_\_\_\_

¿Has tenido seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_ Fecha inicio vigencia \_\_\_\_\_ Fecha fin vigencia \_\_\_\_\_

¿Actualmente tienes seguro de gastos médicos con otra compañía? Sí  No

Compañía \_\_\_\_\_ Fecha inicio vigencia \_\_\_\_\_ Fecha fin vigencia \_\_\_\_\_

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en MetLife? Sí  No

\_\_\_\_\_  
Número de siniestro

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento en otra compañía? Sí  No

\_\_\_\_\_  
Compañía / Número de siniestro o reclamación

¿Desempeñas o has desempeñado tú, tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas? (persona políticamente expuesta) Sí  No

## 6. Información sobre la presente reclamación

Tipo de reclamación:

Ingreso hospitalario  Programación de cirugía  Reembolso  (Llenar apartados 7, 8 y 9)

Primera reclamación  Reclamación subsecuente

En caso de presentarse reclamación subsecuente, ¿Cuál es el número de siniestro? \_\_\_\_\_

¿Estás enviando información solicitada en un trámite previo? Sí  No  \_\_\_\_\_  
¿Cuál es el folio (DCN) del trámite anterior?

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

En caso de enfermedad, describe los síntomas presentados; o en caso de accidente, describe: cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente.

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

¿Tienes algún comentario, observación o aclaración relacionada con este trámite? (por ejemplo si se trata de una reconsideración o solicitud especial)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Detalla a continuación las facturas hospitalarias, facturas de farmacias, recibos de honorarios médicos u otros comprobantes fiscales que se incluyen en la presente solicitud.

Recuerda que todos los comprobantes fiscales deben de estar a nombre del Asegurado titular de la póliza y su RFC correspondiente, y además asegúrate de incluir el desglose o estado de cuenta detallando cada concepto y costo unitario; en caso de que el comprobante fiscal no lo especifique.

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

Total reclamado \$ \_\_\_\_\_

Detalla resultados / interpretaciones de 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 pago (llenar sólo en caso de solicitar reembolso)

Solicito pago por:  Transferencia electrónica (Indispensable llenar adicionalmente el punto 9)  Cheque (Indispensable especificar conducto de salida)

### 9. Instrucción de pago por transferencia electrónica (llenar sólo en caso de solicitar reembolso por transferencia electrónica)

Nombre de la institución bancaria \_\_\_\_\_

CLABE <sup>(1)</sup> Clave Bancaria Estandarizada 

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

<sup>(1)</sup> 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.

La firma de la presente solicitud debe ser de manera autógrafa o digital bajo el uso de la herramienta o sistema avalado por MetLife México, S.A. de C.V. y entiendo que al firmar de manera digital reconozco que me fue explicado, comprendo y estoy de acuerdo con términos y condiciones para el uso de dicha firma para tramitar el pago del siniestro descrito en el presente documento, así como los derechos y obligaciones que entre las partes se genera derivado del uso de la misma. Preciso que la información personal señalada en forma digital es real y verídica.

Acepto de conformidad las notificaciones realizadas en el apartado 10. Aviso importante para el(los) reclamante(s) ubicado en la siguiente hoja del presente documento.

Por último, manifiesto mi total conformidad con la información otorgada por parte del (los) médico(s) que me han brindado atención, siendo suficiente, clara, oportuna y veraz, acerca de mi diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de la misma manera con toda aquella contenida en los informes médicos entregados, notas de ingreso, notas médicas, estudios, radiografías, etc., o que forman parte de la presente reclamación.

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

## 10. Aviso importante para el(los) reclamante(s)

I. De acuerdo los términos y condiciones del contrato de seguro firmado, y siempre que el siniestro que se señala esté respaldado por la misma, los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, cubiertos por MetLife con base a los montos establecidos en el tabulador del plan contratado.

II. Siguiendo los términos y condiciones del contrato de seguro firmado, y siempre que el siniestro que se señala esté respaldado por la misma, los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Grupo Médico Asociado, serán cubiertos por MetLife con base a los montos establecidos en el tabulador del plan contratado, por lo que, las diferencias en los montos establecidos, no serán cubiertos.

III. Con la firma de la presente solicitud, comprendo los alcances legales sobre la responsabilidad civil que implique la prestación de los servicios médicos a los cuales de forma libre, espontánea y por así convenir a mis intereses se eligieron para la atención médica que en este acto se reclaman, los cuales fueron provistos de manera personal en representación propia o de terceros como persona física o moral ajena totalmente a MetLife México, S.A. de C.V., y por lo tanto, libero de toda responsabilidad civil, solidaria, mancomunada o subsidiaria a la compañía de seguros frente a todo acto que por impericia, dolo, omisión, culpa grave o mala fe del prestador de servicios médicos, de enfermería, rehabilitación, estudios, procedimientos, así como proveedores de medicamentos o servicios auxiliares afecten mi esfera jurídica o derechos fundamentales, siendo responsabilidad de MetLife México, S.A. de C.V., única y exclusivamente las establecidas en la póliza de seguro y la legislación especial en seguros relativos al pago a terceros, indemnizaciones, reembolsos o cualquier otra prevista en el contrato conforme a la carátula y condiciones generales de mi póliza.

IV. 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. de C.V. 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.

V. De igual manera, tengo pleno conocimiento de las condiciones de contratación de mi Seguro de Gastos Médicos Mayores, alcances de coaseguro, deducibles y topes máximos de los tabuladores aplicables al plan contratado, exclusiones y demás términos no amparados, y por lo tanto, el importe reclamado puede sufrir variaciones por los conceptos antes mencionados.

Los datos e información contenidos en el presente documento se manifiestan con toda veracidad y bajo mi más estricta responsabilidad sujeto a las posibles consecuencias jurídicas previstas en los artículos 67, 68 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro con relación al aviso del siniestro.

## 11. Aviso de privacidad MetLife México, S.A. de C.V.

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

**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, verificar tu identidad, 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, al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia, para perfilamiento, crear anuncios o avisos personalizados o afines. 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, así como tus datos biométricos incluyendo, entre otros, huella dactilar y reconocimiento facial. **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](http://www.metlife.com.mx) o enviando un correo a [privacidad@metlife.com.mx](mailto:privacidad@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 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](http://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 darte un servicio o tramitar tus siniestros; a organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; al Instituto Nacional Electoral para verificar tu identidad, a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, necesidades de cobertura e identificación, para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial; así como a redes sociales y plataformas de terceros para fines de publicidad, prospección, perfilamiento, crear audiencias personalizadas o integrarte a audiencias afines.

**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 555328 7000, lada sin costo 800 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. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@metlife.com.mx) o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, 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, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

## Check list

Para realizar tu solicitud puedes hacerla en línea [bit.ly/Tramites\\_y\\_servicios](http://bit.ly/Tramites_y_servicios) o acudir a uno de nuestros centros de servicios agenda una cita en [bit.ly/citas\\_MetLife](http://bit.ly/citas_MetLife) o módulos hospitalarios, ingresa [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx) localiza el módulo hospitalario más cercano en [bit.ly/Modulos\\_hospitalarios](http://bit.ly/Modulos_hospitalarios).

### Documentación requerida para reembolso de seguro de gastos médicos mayores:

- 1. 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 o en [bit.ly/Tramites\\_y\\_servicios](http://bit.ly/Tramites_y_servicios).
- 2. Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante. Indicar lugar y fecha de la cirugía. Para trámites complementarios, es necesario ingresarlo actualizado cada 6 meses.
- 3. Interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico (según aplique).
- 4. Facturas originales a nombre del Asegurado titular de la póliza y su RFC correspondiente, en formato PDF y XML:
  - Facturas hospitalarias.
  - Farmacias y prestadores de servicios médicos.
  - Copia de receta médica desglosada (para medicamentos).
  - Factura de honorarios médicos con requisitos fiscales.

Recuerda que debes de incluir el desglose o estado de cuenta detallando cada concepto y costo unitario; en caso de que el comprobante fiscal no lo especifique.

Todos los comprobantes deben contener las características de un comprobante fiscal digital (CFDI) emitido.

- 5. 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 bancario con antigüedad no mayor a 3 meses.
- 6. Identificación oficial vigente del titular y paciente. Puedes incluir: copia de identificación oficial vigente, cédula profesional, pasaporte vigente, FM2, FM3 o credencial de inmigrado. Para menores de edad no será necesaria salvo algunos casos que MetLife así lo requiera podrá solicitarse identificación oficial como acta de nacimiento, certificado de nacimiento o pasaporte. Es necesario en trámites iniciales.
- 7. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses. (Agua, luz, telefonía fija, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

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

- 1. 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, o en [bit.ly/Tramites\\_y\\_servicios](http://bit.ly/Tramites_y_servicios).
- 2. Informe médico en original, debidamente llenado y firmado por cada médico tratante. Indicar lugar y fecha de la cirugía. Para trámites complementarios, es necesario ingresarlo actualizado cada 6 meses.
- 3. Interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico (según aplique).
- 4. Identificación oficial vigente del titular y paciente. Puedes incluir: copia de identificación oficial vigente, cédula profesional, pasaporte vigente, FM2, FM3 o credencial de inmigrado. Para menores de edad no será necesaria salvo algunos casos que MetLife así lo requiera podrá solicitarse identificación oficial como acta de nacimiento, certificado de nacimiento o pasaporte. Es necesario en trámites iniciales.
- 5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses. (Agua, luz, telefonía fija, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

### Es indispensable presentar esta documentación mínima completa para dar inicio a tu trámite.

Puedes confirmar los documentos mínimos indispensables actualizados en nuestro portal público, en [bit.ly/Tramites\\_y\\_servicios](http://bit.ly/Tramites_y_servicios)