

## 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 / Delegación _____   |     | 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 _____   |                  |





## 11. Aviso de Privacidad MetLife México, S.A.

**I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS.** MetLife México, S.A., ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, pisos skl, 14 al 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11000, 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, 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](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, 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, 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.

**La cláusula de Aviso de Privacidad se encuentra registrada bajo el registro número CGEN-S0034-0069-2016 de fecha 02 de junio de 2016.**

## Check List

Para realizar los siguientes trámites puedes acudir a uno de nuestros centros de servicios o módulos hospitalarios, ingresa [www.metlife.com.mx](http://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 trámites/formatos y solicitudes.
- 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 fiscales<sup>1</sup>.
- Copia legible de la interpretación de estudios de laboratorio, gabinete y reporte histopatológico<sup>2</sup>.
- 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).
- Estado de cuenta con vigencia no mayor a 3 meses y llenar el apartado 8 de la solicitud, si deseas que tu pago sea por transferencia electrónica.

### 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 trámites/formatos y solicitudes.
- 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 histopatológico<sup>2</sup>.
- 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).

<sup>1</sup> Deberán contener las características de un comprobante \_fiscal digital (CFDI) emitido.

<sup>2</sup> 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.**