

Solicitud de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores

MetLife®

Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso).

Lugar y fecha _____

I. Datos del Contratante

No. de Póliza _____ Nombre o Razón Social del Contratante: _____

II. Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular: _____ No. de Certificado: _____

Domicilio: Calle _____ Núm. Ext. _____ Núm. Int. _____ Colonia _____

Población, Municipio o Delegación y Estado _____ Teléfono(s) _____

III. Información Sobre la Reclamación

Nombre del Asegurado Afectado: _____

Lugar de Atención por Enfermedad o Accidente (Entidad): _____

Tipo de Reclamación: Inicial Complemento No. de Siniestro: _____

Tipo de Evento: Accidente Enfermedad Embarazo Programación de Cirugía

IV. Información para el Pago

Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro.

Desglose de Documentos: A. Informe Médico () B. Aviso de Accidente o Enfermedad ()

C. Factura de Hospital*		D. Recibos de Honorarios*		E. Facturas de Farmacias (con recetas anexas)*		F. Facturas de Otros Servicios*	
No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$

G. Estudios que presenta: Radiografías Laboratorio Patología

H. Otros _____

J. Solicito pago por: Transferencia Electrónica Cheque I. Total Reclamado: \$ _____
(requisitar Inciso V.)

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal

V. Instrucción de Pago-Finiquito por Transferencia Electrónica

Por este conducto solicito y autorizo a MetLife México, S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado de los Contratos de Seguro concertados en esta Aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

El depósito lo solicito: Sólo para este trámite Para todos los trámites de este siniestro

Número de cuenta: _____ Sucursal No. _____ Plaza No. _____

Nombre del Banco: BBVA Bancomer Banamex HSBC Santander Serfin Scotiabank Inverlat Banorte

CLABE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a MetLife México, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda a este reclamo.

Importante: Es necesario que en la CLABE arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Aseguradora

Solicitud de Reembolso del Seguro de Gastos Médicos Mayores

MetLife®

Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso).

Lugar y fecha _____

I. Datos del Contratante

No. de Póliza _____ Nombre o Razón Social del Contratante: _____

II. Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular: _____ No. de Certificado: _____

Domicilio: Calle _____ Núm. Ext. _____ Núm. Int. _____ Colonia _____

Población, Municipio o Delegación y Estado _____ Teléfono(s) _____

III. Información Sobre la Reclamación

Nombre del Asegurado Afectado: _____

Lugar de Atención por Enfermedad o Accidente (Entidad): _____

Tipo de Reclamación: Inicial Complemento No. de Siniestro: _____

Tipo de Evento: Accidente Enfermedad Embarazo Programación de Cirugía

IV. Información para el Pago

Entrego la documentación que se relaciona a continuación para el trámite de la reclamación correspondiente, enterado de que la conclusión y/o liquidación será en base a las condiciones de la póliza del seguro.

Desglose de Documentos: A. Informe Médico () B. Aviso de Accidente o Enfermedad ()

C. Factura de Hospital*		D. Recibos de Honorarios*		E. Facturas de Farmacias (con recetas anexas)*		F. Facturas de Otros Servicios*	
No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$

G. Estudios que presenta: Radiografías Laboratorio Patología

H. Otros _____

J. Solicito pago por: Transferencia Electrónica Cheque I. Total Reclamado: \$ _____
(requisitar Inciso V.)

Nombre y Firma del Asegurado Titular o de su Representante Legal

V. Instrucción de Pago-Finiquito por Transferencia Electrónica

Por este conducto solicito y autorizo a MetLife México, S.A., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado de los Contratos de Seguro concertados en esta Aseguradora sean depositados en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos:

El depósito lo solicito: Sólo para este trámite Para todos los trámites de este siniestro

Número de cuenta: _____ Sucursal No. _____ Plaza No. _____

Nombre del Banco: BBVA Bancomer Banamex HSBC Santander Serfin Scotiabank Inverlat Banorte

CLABE: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.

Al efectuarse el depósito o transferencia a la cuenta correspondiente a la CLABE mencionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, reconozco que se ha efectuado el pago y otorgo a MetLife México, S.A., el más amplio finiquito que en derecho proceda a este reclamo.

Importante: Es necesario que en la CLABE arriba señalada aparezca el Asegurado Titular como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella de forma independiente (No mancomunada).

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Asegurado

Importante: Con la finalidad de darle respuesta en el menor tiempo posible, le sugerimos leer cuidadosamente este documento.

Instrucciones para su llenado

El presente formato deberá llenarse para cada Asegurado afectado y por cada padecimiento, anexando los comprobantes correspondientes para cada uno.

I. Datos del Contrante

No. de Póliza: Anotar el número de Póliza

Nombre o Razón Social del Contratante: Anotar el nombre o Razón Social del Contratante de la Póliza.

II. Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado Titular: Anotar el nombre completo del Asegurado Titular.

Número de Certificado: Anotar el número de Certificado del Asegurado Titular.

Dirección y Teléfono: Anotar dirección y teléfono del Asegurado Titular.

III. Información sobre la Reclamación

Nombre del Asegurado Afectado: Anotar el nombre completo de la persona enferma o afectada.

Lugar de Atención por Enfermedad o Accidente (Entidad): Anotar el nombre completo de la entidad en que fue atendido el Asegurado Afectado.

Tipo de Reclamación: Marcar con una "X" si es primera reclamación o el número de siniestro en el caso de ser un complemento de reclamación.

Tipo De Evento: Marcar con una "X" el evento correspondiente.

IV. Información para el Pago: (para ser llenado por el solicitante)

Desglose de documentos:

A y B: Marcar con una "X" los formatos completados que anexa.

C, D, E y F: Anotar el número de factura/recibo y la cantidad que ampara, ejemplo:

No.	CANTIDAD
00234	\$5,300.00

G: Indicar con "X" los estudios que se anexan.

H. Otros: En este apartado podrá anotar documentación adicional como los informes médicos, cartas, copias de expedientes, anotar facturas / recibos en caso de agotar los campos arriba disponibles, etc.

I: Anotar la suma total de la cantidad reclamada.

* Requisitos Fiscales: Las facturas, recibos y/o comprobantes de gastos, se deben anexar en original y deben contener folio, cédula fiscal impresa y los datos del prestador de servicio (fecha, nombre, etc.) en caso de Ticket, deberá ser de caja registradora oficial con las siglas S.H.C.P. (Requisitos Arts. 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación) y en todo caso aclaración de conceptos (desglose).

J. Forma de pago. Marcar la opción indicada: en cheque o vía transferencia electrónica. Si requiere que el pago se realice mediante transferencia electrónica a alguna cuenta bancaria, deberá requisitar el inciso V. Instrucción de Pago Finiquito por Transferencia Electrónica.

Documentación que debe presentar cada Asegurado:

- * Los formatos de Informe Médico, Aviso de Accidente o Enfermedad, así como el presente y otros formatos de trámite, deberán estar completos y debidamente requisitados.
- * Informe por cada médico tratante, excepto en los casos de ayudantes de cirujanos y anesthesiólogos.
- * Documentos originales y con requisitos fiscales vigentes para su tipo con el desglose de cargos correspondientes.
- * En caso de facturas de farmacia deberán acompañarse por la receta médica correspondiente.
- * En caso de factura de estudios (R.X., laboratorio, tomografías, etc.) deberán acompañarse de la interpretación original de los estudios practicados correspondientes.
- * En caso de hospitalización, anexar la copia de la Historia Clínica completa realizada en el hospital.

Importante:

Verifique que la información requerida este completa, en caso contrario nos veremos en la necesidad de solicitarla posteriormente. En esta ocasión, su trámite es por vía de reembolso, el cual podría evitarse con el simple hecho de utilizar nuestra red de proveedores en convenio (en caso de que el evento sea amparado por su póliza), obteniendo así el pago directo a nuestros proveedores por medio de Metlife México, S. A., gozando además de beneficios adicionales como:

- * Reducción o eliminación del deducible o coaseguro, dependiendo de la Póliza contratada.
- * Evitar desembolsos en el pago de su atención.
- * En caso de Gastos Médicos Menores o eventos no amparados por su Póliza, poder gozar de descuentos adicionales.

Nuestro mayor deseo es poner a su alcance nuestros servicios para su mejor atención y de sus familiares.

Ante cualquier duda o aclaración, ponemos a sus órdenes los siguientes teléfonos:

Centro de Información y Control
LADA 800

Tel. 5328-7222
Tel. 01-800-019-3300