

Favor de sólo llenar los campos en blanco, las áreas sombreadas serán para uso exclusivo de Mercer Marsh Beneficios

Empresa: _____	Fecha: _____
Aseguradora: _____	No. de Póliza: _____
Titular: _____	Certificado: _____
Paterno                      Materno                      Nombre(s)	Parentesco: _____
Paterno                      Materno                      Nombre(s)	
CURP (Afectado): _____	Padecimiento: _____
Tipo de Sinistro: <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Complemento    Número de siniestro _____	

**Seleccionar el tipo de trámite**

<input type="checkbox"/> Reembolso	(Documento a presentar: del 1 al 5)		
<input type="checkbox"/> Solicitud de anticipo	(Documento a presentar: 1,2,4,5 y 6)		
<input type="checkbox"/> Comprobación de anticipo	(Documento a presentar: 3)	Fecha de intervención: _____	Hospital: _____
<input type="checkbox"/> Carta pase	(Documento a presentar: 1,2,4,5)		
<input type="checkbox"/> Valoración	(Documento a presentar: 1,2,4,5)		
<input type="checkbox"/> Información adicional			

**Documentación anexa**

	Original	Copia	No. Factura	Importe	Original	Fact. Electr.
<input type="checkbox"/> 1 Informe médico (requisitado y firmado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 Aviso de accidente o enfermedad (requisitado y firmado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 Facturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No. de Facturas _____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total de Gastos anexos _____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4 Historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5 Estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de Gabinete		No. de placas	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes de Laboratorio		No. de hojas	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 Presupuesto de cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7 Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique: _____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**Mercer Agente de Seguros, S.A. de C.V. (en lo sucesivo, “MERCER”), comprometido con la confidencialidad, seguridad y protección de sus datos personales le da a conocer el siguiente Aviso de Privacidad:**

En cumplimiento a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás disposiciones que deriven de ésta (en lo sucesivo, la “LFPDPPP”), MERCER con domicilio ubicado Avenida Paseo de la Reforma No. 505, Pisos 11 y 12, Colonia y Delegación Cuauhtémoc, México Distrito Federal, C.P. 06500, es responsable del tratamiento de sus datos personales: de identificación, patrimoniales, financieros, laborales, académicos, migratorios y sensibles (características físicas, afiliación sindical, origen racial o étnico, historial clínico, tipo de sangre, estado de salud presente y futuro, información genética, información médica, creencias religiosas, creencias filosóficas, creencias morales y/o preferencia sexual), según sea el caso.

Para las finalidades señaladas en el presente Aviso, MERCER puede recabar sus datos personales de distintas formas: cuando usted nos los proporciona personalmente; cuando nos los entrega a través de medios electrónicos, ópticos, sonoros o de cualquier otra tecnología como correo postal, internet o vía telefónica; cuando los obtenemos a través de un tercero por una transferencia consentida (empleadores, Instituciones de Seguros, Instituciones Financieras, proveedores de servicios y profesionales médicos); o a través de una fuente de acceso público.

Por tanto, los datos recabados se tratarán de acuerdo con las siguientes finalidades:

- A. Finalidades Primarias aplicables a los supuestos que continuación se señalan: (para lo cual atentamente le pedimos marque con una “x” la casilla que corresponda al caso en el que se ubique)
1. Clientes Potenciales o Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes): ☐

Se utilizarán, según sea el caso, para evaluar y atender su solicitud de información, comercialización de productos y/o prestación de servicios de consultoría, cotización, negociación, intermediación, colocación y/o renovación de pólizas de seguros con Aseguradoras, Administradoras de Sinistros o Proveedores de Servicios; para el análisis, priorización y gestión de riesgos; para la identificación de soluciones potenciales; para la identificación de riesgos ocultos o no previstos; para brindar asesoría en la determinación de valores asegurables y sus necesidades de protección; para la evaluación de pérdidas potenciales; para la asesoría, gestión y trámite de siniestros; para asistencia y manejo de reclamaciones; para el apoyo tecnológico y de comunicación a través de sistemas, diseño, mantenimiento, auditorías y actualización de programas de seguros; para la administración de programas de beneficios para empleados; para el análisis de datos de encuestas y sus resultados; para brindar consultoría en recursos humanos, servicios empresariales y planes de pensiones; para servicios asistenciales en el servicio preventivo de seguridad y salud en el trabajo con el objeto de mitigar riesgos; para programas de promoción y prevención de salud; para estudios, registros, estadísticas y análisis de información de salud; así como para el cobro y la facturación por nuestros servicios y/o productos, incluyendo cargos en línea y para evaluar la calidad de los mismos.

2. Proveedores: ☐

Se utilizarán para el proceso de evaluación y en su caso de contratación y para la facturación y acreditamiento de pagos por el suministro de productos y/o servicios.

3. Candidatos a vacantes y Empleados: ☐

Se utilizarán para el proceso de selección, análisis, reclutamiento y verificación de referencias, bolsa de trabajo, capacitación y desarrollo de habilidades, contratación y para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación laboral, que en su caso se llegue a establecer.

4. Visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MERCER: ☐

Se utilizarán para los fines vinculados con el acceso, control, video vigilancia/grabación, para garantizar la seguridad e integridad de las instalaciones, personal, herramientas y equipo de MERCER.

De acuerdo con lo establecido en la LFPDPPP, MERCER requiere de su consentimiento expreso para el tratamiento de los datos personales, incluyendo los sensibles, para las finalidades primarias a las que se hace mención en el presente Aviso. En caso de que usted no otorgue su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos, podríamos vernos imposibilitados para brindarle nuestros servicios y/o productos detallados en las finalidades primarias, o bien, para ofrecerle empleo (únicamente en caso de candidatos a vacantes) o para otorgarle alguna prestación laboral, incluyendo algún tipo de seguro de gastos médicos, según sea el caso concreto. Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado:

☐ **Consiento que mis datos personales, incluyendo los sensibles y los financieros, sean tratados conforme a las finalidades primarias establecidas en el presente Aviso.**

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS \_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

- B. Finalidades Secundarias
- Para fines de mercadotecnia, publicidad y/o prospección comercial con el fin de promocionar servicios fuera de los establecidos en las finalidades primarias, o para darle a conocer información y noticias relacionadas con la industria del sector asegurador que no estén relacionadas con lo señalado en las finalidades primarias que le sean aplicables.

• Con la finalidad de invitarlo a participar en promociones, concursos y/o actividades de salud, que no formen parte de lo estipulado en las finalidades primarias que le sean aplicables.
- Por lo anterior, le solicitamos atentamente marcar si acepta o no lo especificado:

☐ **Consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.**

☐ **NO consiento que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades secundarias señaladas en el presente Aviso.**

En caso de que el presente Aviso no le sea dado a conocer de manera directa, usted contará con un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de datos personales.

Los datos a que se refiere este Aviso, podrán ser transferidos conforme a lo que se señala a continuación:

1. En el caso de Clientes (incluyendo, en caso de ser aplicable, a sus empleados y/o derechohabientes) a:
- Compañías Aseguradoras y/o Administradoras de Sinistros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso.

• En el caso de empleados de Clientes de MERCER, incluyendo sus derechohabientes, podremos compartir sus datos con aquella compañía o persona para la que presta sus servicios y que previamente haya solicitado los servicios y/o productos de MERCER, como parte del paquete de prestaciones que el cliente ofrece. Lo anterior en el entendido que dichos datos serán transferidos únicamente para fines estadísticos y de análisis sobre la calidad de los servicios y/o productos ofrecidos por MERCER.

• Proveedores de Servicios contratados por MERCER para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente.

• Sociedades relacionadas o subsidiarias de MERCER en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos sobre la calidad de nuestros servicios y/o productos.

• Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

• Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.
2. En el caso de empleados a:
- Prestadores de servicios que auxilian a MERCER a dar cumplimiento con sus obligaciones en materia de previsión social y compensaciones.

• Compañías Aseguradoras o Administradoras de Sinistros para el intercambio de ofertas y/o para la celebración, conservación, cancelación o modificación de contratos de seguros, así como para el trámite de pagos, siniestros y/o reclamaciones, según sea el caso.

• Proveedores de servicios contratados por MERCER para realizar servicios a su nombre. Lo anterior, en el entendido que dichos proveedores están obligados a nivel contractual a tratar los datos personales única y exclusivamente para dar cumplimiento a los servicios y/o productos descritos en las finalidades primarias y que expresamente hayan sido solicitados por el cliente.

• Sociedades relacionadas o subsidiarias de MERCER en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos.

• Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

• Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.

• Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
3. En el caso de proveedores y/o visitantes que ingresan a las instalaciones, oficinas o representaciones de MERCER, a:
- Sociedades relacionadas o subsidiarias de MERCER en México y en el extranjero para fines estadísticos y de análisis internos.

• Autoridades financieras mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

• Autoridades mexicanas y extranjeras de carácter civil, mercantil, penal, laboral, administrativa o fiscal, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios.

MERCER requiere de su consentimiento expreso para proporcionar sus datos personales, incluyendo los sensibles, a los terceros señalados, según sea el caso, por lo de estar de acuerdo con la mencionada transferencia, le solicitamos que marque la casilla siguiente:

☐ **Consiento que mis datos personales, incluyendo los sensibles, sean transferidos conforme a los términos y condiciones del presente Aviso.**

NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS \_\_\_\_\_

FECHA (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Usted podrá ejercer su derecho de revocación de consentimiento, así como sus derechos ARCO para el Acceso a sus datos personales que MERCER posee, para obtener detalles sobre el tratamiento de los mismos, para Rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos, para Cancelarlos cuando considere que resulten ser excesivos o innecesarios para los fines que justificaron su obtención y para Oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos. Para dichos efectos, usted deberá enviar una solicitud en términos de lo establecido por la LFPDPPP al siguiente correo electrónico [Mexico.datospersonales@Mercer.com](mailto:Mexico.datospersonales@Mercer.com), a fin de que MERCER pueda procesar su petición. En todos los casos en los que su solicitud sea procedente en términos de lo señalado por la LFPDPPP, la entrega de los datos personales será gratuita y usted deberá cubrir únicamente los gastos justificados por el envío o por el costo de reproducción en copias u otros formatos que se generen. Asimismo, MERCER pone a su disposición formularios y guías para facilitar el envío de las solicitudes descritas, a través de la página web [www.mercer.com.mx](http://www.mercer.com.mx) sección “Aviso de Privacidad”.

Además del ejercicio de sus derechos de revocación o ARCO, usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios Personas Físicas (REUS), a cargo de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

MERCER en sus distintos sitios Web utiliza cookies para grabar la información de la sesión, tales como cotización o información específica sobre qué páginas visitó, pero dicha información es utilizada sobre una base anónima y agregada de tal manera que no podrá ser identificado en ella.

En los sitios de MERCER se puede emitir publicidad o la ejecución de funciones de terceros que envían cookies al equipo de cómputo de los usuarios. Mediante el uso de estas cookies no se identifica personalmente a los usuarios, únicamente a su equipo de cómputo.

Como usuario, usted podrá cambiar sus opciones a través de su equipo de cómputo o navegador de Internet para dejar de aceptar cookies, o bien, confirmar si las permite o rechaza. Sin embargo, en caso de que desactive las cookies podría no tener acceso a algunas de las funciones personalizadas de nuestros Sitios Web.

MERCER se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente Aviso, con el fin de atender novedades legislativas, políticas internas, nuevos requerimientos para la prestación de nuestros productos y servicios y para prácticas del mercado. Estas modificaciones estarán disponibles al público a través de nuestra página de Internet [www.mercer.com.mx](http://www.mercer.com.mx), sección “Aviso de Privacidad”, por lo que le recomendamos que la visite periódicamente. Para cualquier asunto relacionado con el presente Aviso, puede contactar a nuestro Departamento de Privacidad al teléfono +52 (55) 5999.4400 extensión 4585, o bien, al correo electrónico [Mexico.datospersonales@Mercer.com](mailto:Mexico.datospersonales@Mercer.com)

Fecha de última actualización del presente Aviso de Privacidad: septiembre de 2014.



## 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:     Día         Mes         Año     Fecha de primer atención:     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 lo 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	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. Precizando 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)



# Manual de llenado

## Solicitud de reclamación

### Gastos Médicos Mayores

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica si el seguro es grupal o individual.

Escribe la información del asegurado titular.

Indica la información del asegurado afectado.

Indica la fecha de nacimiento a 2 dígitos el día y mes, y 4 el año.

Indica los datos de contacto del asegurado titular.


Recuerda que los teléfonos (sin prefijo internacional) son a 10 dígitos.

Indica la fecha y lugar de llenado.

Indica el nombre de la empresa, institución o contratante.

Indica el número completo de la póliza.

Si estás de acuerdo con recibir información de MetLife, marca la casilla "Sí".



**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: \_\_\_\_\_

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**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 \_\_\_\_\_ País 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 dará por enterado de forma personal y directa. Sí ☐ No ☐

MetLife México, S.A. de C.V., 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 (838 5433), [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

VG-2-088 VER. 9 1 de 6

# Manual de llenado

## Solicitud de reclamación

### Gastos Médicos Mayores

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica si cuentas con otro seguro.

Indica si tienes o has tenido un seguro de gastos médicos en otra compañía.

Indica si se han presentado gastos por el mismo padecimiento en MetLife u otra compañía.

Indica el tipo de reclamación:

- a) **Ingreso hospitalario:** El paciente (asegurado afectado) se encuentra internado en un hospital.
- b) **Programación de cirugía:** El asegurado ingresa documentación para recibir la carta de autorización previo al ingreso al hospital.
- c) **Reembolso:** El asegurado ya recibió la atención médica y desea solicitar la devolución de los gastos generados.

La reclamación puede ser inicial (primera reclamación) o complementaria (subsecuente).

Indica si se notificó a alguna autoridad del accidente.

En caso de tener algún comentario o especificación adicional, indícalo aquí.

11 5. Datos complementarios

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

¿Cuál es? \_\_\_\_\_

12 ¿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 \_\_\_\_\_

13 ¿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

14

15 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? \_\_\_\_\_

16 Menciona el motivo por el cual recibiste la atención médica: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐

17 Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Fecha de primer atención: \_\_\_\_\_

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

18

19 ¿Tomó conocimiento del accidente dejando evidencia, alguna autoridad competente? ☐ Sí ☐ No

Cita cuál \_\_\_\_\_

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

2 de 8

Indica si tu o un familiar han desempeñado funciones públicas destacadas.

Si es una reclamación subsecuente, marca el número de siniestro.

En caso de enviar información adicional, marca la casilla "Sí", e indica el folio.

Indica fecha de inicio de síntomas y primera atención, describe síntomas de enfermedad o detalle del accidente.

**Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.**

**Ingresa los detalles de los recibos o facturas en este apartado. Ocupa una línea por factura.**

Indica qué estudios  
presentas relacionados al  
padecimiento.

Indica el nombre de la institución bancaria donde se realizará la transferencia, e ingresa la CLABE interbancaria ocupando un espacio por número.

[illegible]

Indica la suma total del importe de cada factura.

Indica el medio por el que se realizará el pago.

Conducto de salida: Medio por el que se prefiere que el cheque sea entregado.

Es importante que el asegurado titular, afectado o representante, firme de enterado sobre los términos y condiciones del contrato del seguro.

# Manual de llenado

## Solicitud de reclamación

### Gastos Médicos Mayores

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Lee con atención el aviso para los reclamantes y el aviso de privacidad de MetLife.

27

#### 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 unioactiva, 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 Mxooac, 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 identificar, 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 característicos físicos, 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.

# Manual de llenado

## Solicitud de reclamación

### Gastos Médicos Mayores

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Lee con atención la información de la Unidad Especializada de la Aseguradora (UNE) de MetLife.

28

**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)

# Manual de llenado

## Solicitud de reclamación

### Gastos Médicos Mayores

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Verifica que tengas la documentación mínima para iniciar tu trámite, mostrada a continuación.

29

**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)

6 de 6

IG-2-029

## Informe médico

Este formato deberá ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta.

Se debe actualizar cada 6 meses o en caso de que se cambie de médico tratante o el tratamiento o padecimiento sean modificados.

Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

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

### 1. Datos del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

Edad: \_\_\_\_\_

Causa de reclamación: Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐

Segunda valoración ☐

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo. Día | Mes | Año

### 2. Antecedentes clínicos de importancia

Historia clínica breve: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes gineco-obstétricos (especificar si ha recibido tratamiento para infertilidad): G ☐ P ☐ A ☐ C ☐

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. Padecimiento actual

a) Principales signos, síntomas y detalle de la evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de principales signos y síntomas:     Día         Mes         Año    

b) Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐

Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Causa / etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión): \_\_\_\_\_

c) Exploración física, estudios de laboratorio y gabinete practicados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):

Detallar resultados de exploración física, estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido: \_\_\_\_\_

d) Diagnóstico etiológico definitivo: \_\_\_\_\_ Código CIE \_\_\_\_\_

e) Fecha de diagnóstico:     Día         Mes         Año     f) Fecha de inicio de tratamiento:     Día         Mes         Año    

g) ¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? \_\_\_\_\_

h) Indicar el tratamiento y/o intervención quirúrgica (especificar CPT, sólo como referencia): \_\_\_\_\_

i) Descripción de la técnica: \_\_\_\_\_

j) ¿Utilizó equipo especial para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: \_\_\_\_\_

k) ¿Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: \_\_\_\_\_

l) En caso de presentarse complicaciones, indicar cuáles fueron: \_\_\_\_\_

m) Estado actual del paciente: \_\_\_\_\_

n) ¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento? Sí ☐ No ☐

Describir tratamiento y duración del mismo \_\_\_\_\_

o) Fecha probable de alta o prealta:     Día         Mes         Año    

### 5. En caso de hospitalización

Nombre de hospital \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso Urgencia ☐ Ingreso hospitalario ☐ Corta estancia / ambulatoria ☐

Fecha de ingreso     Día         Mes         Año     Fecha de intervención     Día         Mes         Año     Fecha de egreso     Día         Mes         Año    

### 6. Observaciones adicionales

En caso de tener observaciones o comentarios adicionales, agregarla: \_\_\_\_\_



**7. Equipo quirúrgico (campos obligatorios con datos correctos, en caso de que aplique)**

En caso de procedimiento que requiera participación de otros profesionales de la salud, detallar.

**a) Anestesiólogo**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_

Número celular

Registro Federal de Contribuyentes

Correo electrónico

**b) Primer ayudante**

Nombre completo \_\_\_\_\_

Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_

Número celular

Registro Federal de Contribuyentes

Correo electrónico

c) Otro, especificar tipo de participación: \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_

Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_

Número celular

Registro Federal de Contribuyentes

Correo electrónico

d) Otro, especificar tipo de participación: \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_

Cédula profesional especialidad: \_\_\_\_\_

Número celular

Registro Federal de Contribuyentes

Correo electrónico

**8. Datos del médico**

Especificar tipo atención al paciente      Médico tratante ☐      Cirujano principal ☐      Interconsultante ☐

Equipo quirúrgico ☐      Segunda valoración ☐

Nombre completo \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Domicilio consultorio \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_

Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_

Número celular

Registro Federal de Contribuyentes

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

Correo electrónico

Acepto que ante cualquier duda o requerimiento de información sobre este paciente me sea contactado inclusive por medios digitales.

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio):      Sí ☐      No ☐

Los honorarios médicos de los profesionales que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos correspondientes para el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

Acepto los tabuladores de pago directo de MetLife en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento.      Sí ☐      No ☐

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

\$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Cirujano      Anestesiólogo      Primer ayudante      Otro      Otro

Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A. de C.V., todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

MetLife México, S.A. de C.V., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, puedes contactarnos al correo electrónico [nuevaformadepago@metlife.com.mx](mailto:nuevaformadepago@metlife.com.mx) Si tienes alguna duda, queja o sugerencia sobre algún pago, puedes contactarnos al correo electrónico [contactoproveedores@metlife.com.mx](mailto:contactoproveedores@metlife.com.mx) Así mismo para mayor información puedes dirigirte a <https://www.metlife.com.mx/proveedores/gastos-medicos/>

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.

A la presentación de este documento en forma física o digital a MetLife México, S.A. de C.V., se da por aceptado que la información aquí descrita es veraz y fidedigna, estando sujeta a lo establecido en las condiciones generales del contrato de seguro y de los alcances legales de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En caso de inexactas o falsas declaraciones proporcionadas en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

Con la firma del presente, en mi carácter de médico tratante, confirmo haber otorgado al paciente y/o al Asegurado titular información suficiente, clara, oportuna y veraz acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico sobre el padecimiento aquí expuesto.

La aseguradora se reserva el derecho a confirmar la información contenida en el presente documento con el médico tratante firmante, así como a solicitar su ratificación o convalidación mediante firma autógrafa.

---

Nombre completo y firma autógrafa del médico tratante

## 9. Aviso de privacidad de 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.

# Manual de llenado

## Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.



**Informe médico**

Este formato deberá ser llenado y firmado por el médico tratante con letra de molde y a una sola tinta.

Se debe actualizar cada 6 meses o en caso de que se cambie de médico tratante o el tratamiento o padecimiento sean modificados.

Cada médico tratante e interconsultantes deberán llenar un informe médico.

Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Una vez asentada la información en éste documento, no será válido ningún cambio posterior, por esa razón, la información debe ser veraz y fidedigna.

Lugar y fecha:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**1. Datos del paciente**

Nombre completo:

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

Edad:

Peso:  Talla:

Fecha en que atendió por primera vez al paciente por motivo de esta enfermedad / accidente / embarazo.

**2. Antecedentes clínicos de importancia**

Historia clínica breve:

Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes quirúrgicos:

Antecedentes gineco-obstétricos (especificar si ha recibido tratamiento para infertilidad): G ☐ P ☐ A ☐ C ☐

Mencione las afecciones más importantes que padezca el paciente aunque no tenga relación con la presente reclamación:

MetLife México, S.A. de C.V., 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](http://www.metlife.com.mx)

CC-1-020 VER. 6 1 de 4

Indica el nombre, la edad y género del paciente.

Indica el peso y la talla del paciente.

Indica la historia clínica del paciente de manera breve.

Indica los padecimientos que ha sufrido el paciente.

Indica si el paciente ha recibido alguna cirugía.

Indica si el paciente ha tenido algún padecimiento gineco-obstétrico (si aplica).

Indica el lugar y fecha de la atención actual del paciente.

Indica el motivo de la atención del paciente.

Indica la fecha en la que el paciente recibió la primera atención por el padecimiento.

Menciona los padecimientos más importantes que el paciente padezca o haya padecido, sin importar si tienen o no relación con el padecimiento actual.

# Manual de llenado

## Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Describe los principales signos/síntomas del padecimiento actual, así como la fecha en la que iniciaron.

Indica el tiempo de evolución del padecimiento actual.

Menciona los estudios realizados.

Proporciona la información relacionada con el diagnóstico etiológico definitivo.

Describe el tipo de atenciones relacionadas con el tratamiento del paciente.

Describe el estado actual del paciente sobre la atención médica recibida.

Indica la fecha de la probable alta (o prealta). 2 dígitos para día y mes, y 4 para el año.

En este apartado, podrás especificar algún comentario en particular del padecimiento, tratamiento o atenciones del paciente.

**3. Padecimiento actual**

a) Principales signos, síntomas y detalle de la evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de principales signos y síntomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

b) Tipo de padecimiento: Congénito ☐ Adquirido ☐ Agudo ☐ Crónico ☐

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Causa / etiología del padecimiento (en caso de accidente, describa tiempo, modo y lugar donde ocurrió la lesión): \_\_\_\_\_

c) Exploración física, estudios de laboratorio y gabinete practicados (anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico):  
Detallar resultados de exploración física, estudios de laboratorio y/o gabinete que demuestren el diagnóstico referido: \_\_\_\_\_

d) Diagnóstico etiológico definitivo: \_\_\_\_\_ Código CIE: \_\_\_\_\_

e) Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ f) Fecha de inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

g) ¿Se ha relacionado con algún otro padecimiento, enfermedad o accidente? Sí ☐ No ☐

¿Cuál? \_\_\_\_\_

h) Indicar el tratamiento y/o intervención quirúrgica (especificar CPT, sólo como referencia): \_\_\_\_\_

i) Descripción de la técnica: \_\_\_\_\_

j) ¿Utilizó equipo especial para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: \_\_\_\_\_

k) ¿Utilizó insumos y/o materiales para el procedimiento? Sí ☐ No ☐ Detallar: \_\_\_\_\_

l) En caso de presentarse complicaciones, indicar cuáles fueron: \_\_\_\_\_

m) Estado actual del paciente: \_\_\_\_\_

n) ¿El paciente seguirá recibiendo tratamiento? Sí ☐ No ☐

Describir tratamiento y duración del mismo: \_\_\_\_\_

o) Fecha probable de alta o prealta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**5. En caso de hospitalización**

Nombre de hospital: \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso: Urgencia ☐ Ingreso hospitalario ☐ Corta estancia / ambulatoria ☐

Fecha de ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de intervención: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de egreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6. Observaciones adicionales**

En caso de tener observaciones o comentarios adicionales, agregarla: \_\_\_\_\_

2 de 4

Indica si el padecimiento es congénito (desde el nacimiento) o adquirido.

Indica la causa que provoca el padecimiento actual y si tiene relación o no con algún otro padecimiento.

Indica la fecha en la que inicia el tratamiento médico o quirúrgico para el padecimiento actual.

Indica si se presentaron complicaciones derivadas del padecimiento actual o su tratamiento.

Indica el nombre completo del hospital, si el paciente estuvo, está, o va a ser internado. Así como el tipo de ingreso y las fechas (2 dígitos para el día y mes, y 4 para el año).

# Manual de llenado

## Informe médico

Consulta este manual para conocer con precisión el llenado de este formato.

Indica la información de los médicos participantes en la atención del paciente (cirujanos, ayudante y anestesista).

Esta información es importante pues nos ayudará en agilizar el pago al equipo.

Indica la información del médico que completa este formato.

Indica si el médico tratante tiene convenio con MetLife

Marca la casilla "SI", si el médico se ajusta a los tabuladores de pago directo de MetLife.

**24**

**7. Equipo quirúrgico (campos obligatorios con datos correctos, en caso de que aplique)**  
En caso de procedimiento que requiera participación de otros profesionales de la salud, detallar:

a) Anestesiólogo

Nombre completo \_\_\_\_\_ Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_  
Número celular \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

b) Primer ayudante

Nombre completo \_\_\_\_\_ Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_  
Número celular \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

c) Otro, especificar tipo de participación: \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_  
Número celular \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

d) Otro, especificar tipo de participación: \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Cédula profesional especialidad: \_\_\_\_\_  
Número celular \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**25**

**8. Datos del médico**

Especificar tipo atención al paciente Médico tratante ☐ Cirujano principal ☐ Interconsultante ☐  
Equipo quirúrgico ☐ Segunda valoración ☐

Nombre completo \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Domicilio consultorio \_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_  
Cédula profesional especialidad \_\_\_\_\_ Número celular \_\_\_\_\_ Registro Federal de Contribuyentes \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_

Acepto que ante cualquier duda o requerimiento de información sobre este paciente me sea contactado inclusive por medios digitales.

Tiene convenio con la aseguradora (campo obligatorio): Sí ☐ No ☐

Los honorarios médicos de los profesionales que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, siempre que el siniestro se encuentre amparado por la póliza de seguro, serán cubiertos por MetLife, con base a los montos correspondientes para el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

Acepto los tabuladores de pago directo de MetLife en el entendido de que relevo de cualquier pago complementario a la aseguradora y el paciente por la presente cirugía y/o tratamiento. Sí ☐ No ☐

Presupuesto de honorarios por tratamiento médico o quirúrgico:

	\$	\$	\$	\$	\$
Cirujano					
Anestesiólogo					
Primer ayudante					
Otro					
Otro					

**28**

3 de 4

Indica los honorarios del cirujano, anestesiólogo y ayudantes en caso de que no se ajuste el tabulador.

# Manual de llenado Informe médico

Consulta este manual para conocer con  
precisión el llenado de este formato.

Nombre y firma del  
médico tratante que  
completa este formato.

Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el paciente a que proporcionen a MetLife México, S.A. de C.V., todos los informes que se refiere a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del paciente asegurado, como el expediente clínico que obra en mi poder.

MetLife México, S.A. de C.V., solo realiza pago vía transferencia electrónica. Si no has realizado el trámite de alta en este esquema de pago, puedes contactarnos al correo electrónico [nuevaformadepago@metlife.com.mx](mailto:nuevaformadepago@metlife.com.mx). Si tienes alguna duda, queja o sugerencia sobre algún pago, puedes contactarnos al correo electrónico [contactoproveedores@metlife.com.mx](mailto:contactoproveedores@metlife.com.mx). Así mismo para mayor información puedes dirigirte a <https://www.metlife.com.mx/proveedores/gastos-medicos/>.

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.

A la presentación de este documento en forma física o digital a MetLife México, S.A. de C.V., se da por aceptado que la información aquí descrita es veraz y fidedigna, estando sujeta a lo establecido en las condiciones generales del contrato de seguro y de los alcances legales de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En caso de inexactas o falsas declaraciones proporcionadas en el presente cuestionario invalidará toda responsabilidad de la institución.

Con la firma del presente, en mi carácter de médico tratante, confirmo haber otorgado al paciente y/o al Asegurado titular información suficiente, clara, oportuna y veraz acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico sobre el padecimiento aquí expuesto.

La aseguradora se reserva el derecho a confirmar la información contenida en el presente documento con el médico tratante firmante, así como a solicitar su ratificación o convalidación mediante firma autógrafa.

Nombre completo y firma autógrafa del médico tratante

## 9. Aviso de privacidad de 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 dar 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.

4 de 4

Al firmar, aceptas y estás de  
acuerdo con la información  
aquí detallada.

Lee con atención el Aviso  
de Privacidad.