

Aviso de Accidente o Enfermedad

(Debe ser contestado por el Asegurado)

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se dé una información completa y detallada, por el hecho de proporcionar este formulario, la Institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

No. de Póliza		No. de Certificado		Fecha de Antigüedad de Póliza		
				Año	Mes	Día
Nombre o Razón Social del Contratante						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Nombre del Asegurado Titular					R.F.C. del Asegurado Titular	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Nombre del Paciente Asegurado					Fecha de Alta al Seguro	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Fecha de Nacimiento		Edad	Estado Civil	Sexo		Parentesco
Año	Mes	Día		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Mismo <input type="checkbox"/>
					Hijo (a) <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>
					Ascendiente <input type="checkbox"/>	
Domicilio			Ciudad		Estado	
C.P.	Teléfono		Ocupación		Lugar donde Trabaja	
¿Tiene o ha tenido Seguro de Gastos Médicos con otra Compañía?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desde cuándo: _____
Compañía				No. de Póliza		
¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento en ésta u otra Compañía?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Compañía(s):				No. de Siniestro:		
Se trata de:			Nombre del Agente: _____			
Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Clave del Agente: _____			
Tipo de reclamación:			Estado: _____			
Inicial <input type="checkbox"/>	Complemento <input type="checkbox"/>	No. de Siniestro _____		Pago directo <input type="checkbox"/>	Cirugía Programada <input type="checkbox"/>	
Reembolso <input type="checkbox"/>						
Mencione el motivo por el cuál recibió la atención médica:						
Fecha en que visitó por primera vez al médico con motivo de la misma:					Día	Mes
					Año	
Si es accidente detállese ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?						
¿Qué estudios de laboratorio y rayos "X" le fueron realizados?						
Hospital en el que fue atendido:			Número de días que estuvo hospitalizado:		Fecha: Día Mes Año	
Testigos presenciales: Nombre (Apellido paterno, materno, Nombre(s)).				Domicilio:		Teléfono:
Tomó conocimiento del accidente alguna autoridad competente: Si <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>	Cite cuál:	
En caso de accidente automovilístico, existe Seguro del(de los) automóvil(es): Si <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>	Favor de mencionar:	
Compañía:		Cobertura:		Suma Asegurada (G.M.):		No. de Póliza:

Anexar: Copias de la actuación del Ministerio Público o atención recibida de la Compañía.

Hoja 1 de 2

Bld. Manuel Ávila Camacho No.32, pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F.
Tel. 5328 7000, Lada sin costo 01-800-00 MetLife (6385433)

Nombre del Médico Tratante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Lugar de atención:

Consultorio Médico Hospital Domicilio Asegurado Otro

Por qué medio le fue recomendado el Médico:

MetLife México, S.A. Consultorio Médico Compañía
donde trabaja Otro Médico

Nombre _____

Otro Medio

Describa la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:

Qué Médico ha consultado durante los últimos dos años:

Nombre del Médico: (Apellido paterno, materno y Nombre(s))

Domicilio:

Causa:

Fecha:

Indique otras pólizas en vigor de Gastos Médicos Mayores (G.M.M). Accidentes (Acc.) u Hospitalización (Hosp.)

Compañía	Cobertura	Suma Asegurada	No. de Póliza

El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a Metlife México, S.A., o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentadas por mí a la Institución, la copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Lugar y Fecha: _____

Nombre y firma del Asegurado Afectado_____
Nombre y firma del Asegurado Titular