

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 <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> No. de Siniestro: _____
Tipo de Evento:	Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Programación de Cirugía <input type="checkbox"/>

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 solicitó: 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