

# 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.

<b>No. de Póliza</b>		<b>No. de Certificado</b>		<b>Fecha de Antigüedad de Póliza</b>		
				Año	Mes	Día
<b>Nombre o Razón Social del Contratante</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
<b>Nombre del Asegurado Titular</b>				<b>R.F.C. del Asegurado Titular</b>		
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
<b>Nombre del Paciente Asegurado</b>				<b>Fecha de Alta al Seguro</b>		
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Año		Mes	Día			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Edad</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Sexo</b>		<b>Parentesco</b>
				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"/>
<b>Domicilio</b>			<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>	
<b>C.P.</b>	<b>Teléfono</b>		<b>Ocupación</b>		<b>Lugar donde Trabaja</b>	
¿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:			
			Estado:			
Tipo de reclamación:				Pago directo <input type="checkbox"/>	Cirugía Programada <input type="checkbox"/>	
Inicial <input type="checkbox"/>	Complemento <input type="checkbox"/>	No. de Siniestro _____		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