Solicitud de reclamación gastos médicos mayores

Para facilitar el trámite de esta solicitud, te sugerimos llenar el formato de manera electrónica. Si lo haces a mano, por favor utiliza 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: _____ ___ ___ ___
Día Mes Año

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) | Ramo | Póliza

CURP

3. Datos del Asegurado afectado

Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s)

Fecha de nacimiento (Día Mes Año) | País de nacimiento | Estado de nacimiento

CURP | 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: _____ @ _____

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

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 daré por enterado de forma personal y directa. Sí ☐ No ☐

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

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: ☐ Transferenciaelectrónica
(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 (1) Clave Bancaria Estandarizada | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) 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. Precisando 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. Declaro conocer el Aviso de Privacidad de MetLife México, S.A. de C.V. y otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que mis datos personales necesarios sean transferidos, incluyendo la carta pase, al contratante de mi póliza, bróker, agente y/o terceros que participen en la administración del seguro para la finalidad de gestionar y dar seguimiento a trámites, reclamaciones y siniestros; procesar pagos, reembolsos y servicios hospitalarios; realizar auditorías; y analizar la siniestralidad, incluyendo casos de alto impacto y agotamiento de la suma asegurada. Otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que mis datos personales, incluyendo mis datos sensibles de salud o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados para las finalidades secundarias (mercadotecnia y publicidad dirigida, perfilamiento, entrenamiento de sistemas de inteligencia artificial y fines estadísticos) y las transferencias sujetas a mi consentimiento previstas en el Aviso de Privacidad de MetLife, el cual declaro conocer. En caso de haber proporcionado datos personales de otros títulos, reconozco la obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en donde se encuentra el aviso de privacidad para su consulta.

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.

MetLife México S.A. de C.V., con domicilio en Avenida Insurgentes Sur número 1457 del piso 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México, Código postal 03920 tratará sus datos personales de: identificación, laborales, académicos, migratorios, patrimoniales, así como los siguientes datos sensibles: salud, características físicas, y biométricos para las siguientes finalidades primarias (no necesario su consentimiento): identificarle y verificar su identidad; evaluar solicitudes, analizar riesgos, administrar, operar y dar seguimiento a pólizas, trámites, pagos, cobranza y siniestros; prevenir fraudes; cumplir obligaciones legales; atender requerimientos de autoridades competentes; y validar la información necesaria para confirmar su elegibilidad, permanencia o vinculación con una póliza, cuenta o esquema colectivo. En caso de obtener su consentimiento para las siguientes finalidades secundarias: mercadotecnia y publicidad dirigida; perfilamiento; entrenar sistemas de inteligencia artificial y fines estadísticos. Sus datos serán transferidos sin requerir de su consentimiento a autoridades competentes en los casos legalmente previstos y, en caso de otorgar su consentimiento, a terceros participantes en la administración de su póliza. Puede oponerse a cualquiera de las finalidades secundarias, así como a las transferencias aplicables o bien para ejercer cualquiera de sus derechos ARCO, revocar su consentimiento y/o limitar el uso o divulgación de sus datos personales enviando un correo a: privacidad@metlife.com.mx Se dará respuesta a su correo electrónico en un máximo de 20 días hábiles y de resultar procedente en 15 días hábiles se hará efectivo su derecho. Las actualizaciones se comunicarán mediante www.metlife.com.mx Dicha notificación permanecerá disponible desde su publicación y hasta la entrada en vigor de las modificaciones.

MetLife México, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 55 5328-7000, 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx.

En caso de inconformidad, controversia o competencia, podrás comunicarte con la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. a los teléfonos 55 5328-9002 u 800-907-1111, en el correo electrónico 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 podrás comunicarte con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) al teléfono 55 5340-0999, 800-999-8080, al correo electrónico 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.

Check list

Para realizar tu solicitud puedes hacerla en línea bit.ly/Tramites_y_servicios o acudir a uno de nuestros centros de servicios agenda una cita en bit.ly/citas_MetLife o módulos hospitalarios, ingresa www.metlife.com.mx localiza el módulo hospitalario más cercano en 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.

☐ 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. Copia de identificación oficial vigente con fotografía del titular y paciente. Consulta en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx las identificaciones oficiales aceptadas en el vínculo de trámites y servicios de seguros de gastos médicos.

☐ 7. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses. (Agua, luz, telefonía fija, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

☐ 8. Copia de la CURP certificada o biométrica emitida por RENAPO del titular y del paciente. Requerido en trámites iniciales. Para menores de edad, consulta las opciones en nuestro sitio de Internet www.metlife.com.mx en el vínculo de trámites y servicios de seguros de gastos médicos.

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

☐ 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. Copia de Identificación oficial vigente con fotografía del titular y paciente. Consulta en nuestro sitio de internet www.metlife.com.mx las identificaciones oficiales aceptadas en el vínculo de trámites y servicios de seguros de gastos médicos.

☐ 5. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses. (Agua, luz, telefonía fija, gas natural, estado de cuenta bancario, predial).

☐ 6. Copia de la CURP certificada o biométrica emitida por RENAPO del titular y del paciente. Requerido en trámites iniciales. Para menores de edad, consulta las opciones en nuestro sitio de Internet www.metlife.com.mx en el vínculo de trámites y servicios de seguros de gastos médicos.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de septiembre de 2026 con el número CGEN-S0034-0043-2026/CONDUSEF-G-01830-001.