NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s)

Lugar de atención: Consultorio Médico ☐ Hospital ☐ Dom. asegurado ☐ Otro ☐

Por qué medio le fue recomendado el Médico: MetLife México ☐ Consultorio Médico ☐

Cía. 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 MEDICO: (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s))

DOMICILIO _____

Causa: | Fecha:

INDIQUE OTRAS POLIZAS EN VIGOR DE GASTOS MEDICOS MAYORES (G.M.M.), ACCIDENTES (ACC.) U HOSPITALIZACION (HOSP.)

COMPAÑIA	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	No. DE POLIZA

EL QUE SUSCRIBE, SOLICITA Y AUTORIZA A CUALQUIER HOSPITAL, AL MEDICO O PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O EXAMINADO A CUALQUIER MIEMBRO DE MI FAMILIA, A SUMINISTRAR A METLIFE MEXICO, O A SU REPRESENTANTE, TODA LA INFORMACION CON RELACION A LA ENFERMEDAD O LESION QUE HAYA SUFRIDO, HISTORIA CLINICA, CONSULTAS, PRESCRIPCIONES O TRATAMIENTOS, INCLUYENDO RADIOGRAFIAS Y COPIAS DE EXPEDIENTES DEL HOSPITAL O MEDICO, LO QUE PODRA SER INCLUIDO COMO PARTE DE LAS PRUEBAS DE LA RECLAMACION PRESENTADAS POR MI A LA INSTITUCION, COPIA FOTOSTATICA DE ESTA AUTORIZACION DEBERA SER CONSIDERADA TAN EFECTIVA Y VALIDA COMO EL ORIGINAL.

INSTRUCCIÓN DE PAGO FINIQUITO

NOTA IMPORTANTE: Favor de requisitar los siguientes datos sólo en caso de elegir que su pago se realice por medio de transferencia electrónica, en caso contrario el pago se realizará mediante cheque.

Por este conducto solicito y autorizo a MetLife México, S.A. , para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del o 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 solicito: Sólo para este trámite ☐ Para todos los trámites de este siniestro ☐

Tipo de cuenta:

Nómina ☐ Cheques ☐ Ahorro (No plazos fijos ni pagarés) ☐

Nombre del Banco

BBVA BANCOMER ☐ BANAMEX ☐ BITAL ☐ SANTANDER ☐ SCOTIABANK ☐ 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, por este reclamo

Importante: Es necesario que en la cuenta bancaria de la CLABE arriba señalada aparezca el titular de la póliza como TITULAR o COTITULAR de la misma y firme en ella en forma independiente (No mancomunada)

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA DEL ASEGURADO AFECTADO | FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR: _____