

**SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES**



**SINIESTRO:**

<b>I. DATOS DEL CONTRATANTE</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
No. de póliza:		Nombre o razón social del contratante:					
<b>II. DATOS DEL ASEGURADO</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del asegurado titular:				No. de certificado o Asegurado:			
DOMICILIO: Calle		Núm. ext.		Núm. int.		Colonia	
Población, municipio o delegación y estado				Código postal		Teléfono(s)	
<b>III. DATOS DEL TRAMITANTE</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del tramitante:						Teléfono:	
<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del asegurado afectado:							
Lugar de atención por enfermedad o accidente (Entidad):							
Tipo de Reclamación:		Inicial <input type="checkbox"/>		Complemento folio No. _____			
Tipo de evento:		Accidente <input type="checkbox"/>		Enfermedad <input type="checkbox"/>		Embarazo <input type="checkbox"/>	
<b>V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO</b> Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
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.							
DESGLÓSE DE DOCUMENTOS: <b>A. Informe Médico</b> ( ) <b>B. Aviso de Accidente o Enfermedad e Instrucción de Pago Finiquito</b> ( )							
<b>C. Factura de Hospital *</b>		<b>D. Recibos de Honorarios *</b>		<b>E. Facturas de Farmacias (con recetas anexas) *</b>		<b>F. Facturas de otros servicios *</b>	
No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$	No.	Cantidad \$
<b>G. Estudios que presenta:</b> Radiografías ( ) Laboratorio ( ) Patología ( )							
<b>H. Otros</b> _____							
<b>I. Total Reclamado : \$</b> _____							
<b>Solicito transferencia electrónica:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
* Requisitos Fiscales: Las facturas, recibos y/o comprobante de gastos, se deben anexar en original y deben contener folio, cédula fiscal impresa y los datos del prestador de servicio (fecha, nombre, etc); en caso de Ticket, deberá ser de caja registradora oficial con las siglas S.H.C.P. (Requisitos Arts. 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación), en todo caso, aclaración de conceptos (desglose).							
<b>VI. PARA SER LLENADO EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DE METLIFE MEXICO</b>							
De los documentos relacionados, los siguientes comprobantes no pueden ser aceptados para su trámite, debido a la(s) siguiente(s) causa(s):							
Comprobante		Importe		Comprobante		Importe	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
_____		\$ _____ ( )		_____		\$ _____ ( )	
Causa							
1. Faltan datos por llenar 2. Faltan recetas médicas 3. Requiere desglose 4. Sin requisitos Fiscales 5. Gastos no amparados 6. Otros							

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Recibió: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Asegurado o de su representante legal