

SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES



SINIESTRO:

I. DATOS DEL CONTRATANTE Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
No. de póliza:		Nombre o razón social del contratante:					
II. DATOS DEL ASEGURADO 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)	
III. DATOS DEL TRAMITANTE Para ser llenado por el solicitante (Instrucciones al reverso)							
Nombre del tramitante:						Teléfono:	
IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN 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"/>	
V. INFORMACIÓN PARA EL PAGO 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: A. Informe Médico () B. Aviso de Accidente o Enfermedad e Instrucción de Pago Finiquito ()							
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 _____							
I. Total Reclamado : \$ _____							
Solicito transferencia electrónica: 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).							
VI. PARA SER LLENADO EN COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE RECEPCIÓN DE METLIFE MEXICO							
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