

Aviso de Accidente o Enfermedad
Accidentes Personales



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.

Póliza No.

Certificado No.

Contratante

Este cuestionario se contesta y entrega a: MetLife Más, S.A. de C.V., en relación con una reclamación derivada del contrato de seguro de mi compañía:

1. Datos del Asegurado titular

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Teléfono

CURP o R.F.C.

Edad

Celular

E-mail

2. Datos del Asegurado afectado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Edad

Parentesco con el Asegurado

3. Dirección del afectado

Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Delegación o Municipio

Estado

C.P.

Teléfono

Celular

E-mail

Tipo de reclamación

☐ Inicial

☐ Complementaria

☐ Pago directo

☐ Programación de cirugía

☐ Reembolso

Nº de siniestro

1) Fecha en que ocurrió el accidente o inició la enfermedad

Año

Mes

Día

2) Antecedentes o enfermedad:

3) Si es accidente, ¿Cómo y dónde ocurrió?

Diagnóstico(s) definitivo(s):

4) Si estuvo hospitalizado, escriba el nombre del hospital

Días que estuvo internado

5) ¿Tiene el afectado algún otro seguro contra accidentes o enfermedades?

☐ Si

☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué compañía?

MetLife Más, S.A. de C.V., Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32, Piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México D.F., Tel: 5279-4542, Lada sin costo 01-800-640-2010 www.metlifemas.com.mx

VV-2-050 VER. 3

6) Médico que lo atiende

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Delegación o Municipio	
Estado	C.P.	Teléfono

7) Otros médicos que ha consultado durante el padecimiento motivo de esta reclamación

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Calle	No. exterior	No. interior
Colonia	Delegación o Municipio	
Estado	C.P.	Teléfono

**Aviso de Privacidad**

**I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS.** MetLife Más, S.A. de C.V. ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, piso 19, Col. Lomas de Chapultepec, Deleg. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. **II. FINALIDADES.** Los datos personales que recabamos directamente de ti, de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de estas o de la relación que lleguemos a establecer, y que son necesarios para otorgarte servicios financieros relativos a la contratación de seguros o los que se deriven o sean accesorias de ésta, los utilizamos para evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, identificar, operar, administrar, dictaminar, tramitar tus siniestros, prevenir fraudes y cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos conforme a la Legislación aplicable en materia de Seguros; generar datos estadísticos; evaluar la calidad del servicio; y para fines secundarios al promocionarte nuestros productos o servicios financieros o de nuestras filiales, subsidiarias y partes relacionadas o al realizar campañas publicitarias o con fines de mercadotecnia. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales de identificación, laborales, académicos y migratorios; tus datos patrimoniales y financieros; y tus datos personales sensibles de salud y características físicas. **III. MEDIOS PARA EJERCER TUS DERECHOS.** Tienes derecho a acceder, rectificar, cancelar y oponerte al tratamiento de tus datos o puedes revocar el consentimiento que nos hayas otorgado solicitándolo personalmente en nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada, en nuestros Centros de Servicios, que puedes ubicar en nuestro sitio de internet [www.metlifemas.com.mx](http://www.metlifemas.com.mx) o enviando un correo a [contacto@metlife.com.mx](mailto:contacto@metlife.com.mx). El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet [www.metlifemas.com.mx](http://www.metlifemas.com.mx) en el vínculo de política de privacidad. **IV. LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS.** Si deseas que tus datos no sean tratados con fines secundarios, al promocionarte productos o servicios financieros, puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad, en el vínculo de política de privacidad en nuestro sitio de internet [www.metlifemas.com.mx](http://www.metlifemas.com.mx), inscribirte en el Registro Público de Usuarios o tachando esta casilla ☐ **V. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Podemos transferir tus datos a terceros nacionales o internacionales como dependencias, entidades o instancias gubernamentales para fines de Ley o por requerimiento de Autoridad; a prestadores de servicios de salud para tramitar tus siniestros; a organizaciones del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras y casa matriz para la administración de tu seguro; y a nuestras subsidiarias, filiales y partes relacionadas para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial, si deseas oponerte a esta última transferencia tacha esta casilla ☐ **VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.** Los cambios o actualizaciones a este Aviso de Privacidad están disponibles y puedes consultarlos periódicamente en nuestro sitio de internet [www.metlifemas.com.mx](http://www.metlifemas.com.mx) en el vínculo de política de privacidad. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

El afectado (o su representante) autoriza a MetLife Más, S.A. de C.V., para recabar información de cualquier Institución o médico en relación con alguna enfermedad o lesión que hayamos sufrido como: historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médicos. **RECUERDE QUE DEBE ANEXAR LOS ORIGINALES DE LOS COMPROBANTES DE LOS GASTOS.** Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Consiento y autorizo que mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, o los que haya proporcionado de otros titulares, sean tratados conforme a lo previsto en el Aviso de Privacidad.

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado afectado

Firma del Asegurado titular

Aut.C.N.B.S. OF No. 39032 Exp. 730(5-10) 1 del 9-IV-1976

## Relación de documentos presentados (marque con una "X")

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informe médico       | <input type="checkbox"/> Recetas y otros documentos médicos                      |
| <input type="checkbox"/> Aviso del reclamante | <input type="checkbox"/> Facturas y recibos (ver relación de gastos presentados) |
| <input type="checkbox"/> Estudios             | <input type="checkbox"/> Otros documentos  |

Especifique \_\_\_\_\_

Especifique \_\_\_\_\_

## Relación de gastos presentados

	No. de factura	Concepto (hospital, honorarios médicos, medicamentos, etc.)	Monto
1			\$
2			\$
3			\$
4			\$
5			\$
6			\$
7			\$
8			\$
9			\$
10			\$
11			\$
12			\$
13			\$
14			\$
15			\$

Total de gastos presentados \$

## En caso de tramitar cirugía programada, indicar lo siguiente:

Hospital \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_

Fecha de evento programado \_\_\_\_\_

Año Mes Día

## Exclusivo Aseguradora

Sello de acuse y observaciones mesa de control