

Consentimiento informado

Deberá ser llenado en todos sus rubros y firmado, con la misma letra de molde y tinta en todo el formato.
Este documento no será válido con tachaduras o enmendaduras.

Señores
MetLife México, S.A. de C.V.
Presente

Referencia póliza _____

Contratante _____

Por medio de la presente nota, reconozco y acepto que soy responsable de la información y gestión de los trámites ante MetLife México, S.A. de C.V., y, en tal sentido, comparto con ustedes las siguientes consideraciones en relación con el trámite folio (DCN del trámite) y/o siniestro _____

1. La selección de la institución hospitalaria, laboratorio y/o sanatorio al que acudí(mos) para recibir la atención médica dependió y/o fue elegida solo por mí(nosotros) como titular y/o beneficiario de la póliza de GMM:

☐ Sí

☐ No (en caso de seleccionar esta respuesta, indique como seleccionó al prestador de servicio)

Favor de especificar _____

2. La selección del (de los) médicos que me brindaron atención médica/ quirúrgica, dependió y/o fue elegida solo de mí(nosotros) como titular y/o beneficiario de la póliza de GMM:

☐ Sí

☐ No (en caso de seleccionar esta respuesta, indique como seleccionó al prestador de servicio)

Favor de especificar _____

3. Con relación al ingreso del trámite, se me brindó asesoría o ayuda de algún tipo por parte del hospital, médico, broker, agente, gestor o algún otro medio:

☐ Sí (en caso de seleccionar esta respuesta, indique quien le brindó ayuda)

☐ No

Favor de especificar _____

4. Con relación al pago del deducible y coaseguro que me indicaron debía pagar, recibí algún descuento, condonación o reducción de estos conceptos por parte del Hospital, Médico, Broker, Agente, Gestor o algún otro medio:

☐ Sí (en caso de seleccionar esta respuesta, indique que descuento recibió y quién le hizo este ofrecimiento)

☐ No

Favor de especificar _____

Por lo anterior declaro bajo protesta de decir verdad que, la información y documentación proporcionada por el (la) que suscribe para el pago de gastos médicos mayores es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella u ocultamiento de información con el fin de hacer incurrir a MetLife México, S.A. de C.V. en error, tengo pleno conocimiento que además de poder ser acreedor a las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad con el ánimo de engañar a una empresa aseguradora; en términos de lo dispuesto por el artículo 70 de la Ley del contrato de seguro, quedarán extinguidas las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V. en relación con este reclamo.

De igual forma, autorizo que se corrobore la certificación de los hospitales y médicos tratantes ante el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y el Registro Nacional de Profesiones. En caso de que los proveedores médicos u hospitalarios a los que haya acudido, o que haya seleccionado por afinidad, referencia, confianza o voluntad propia, no cumplan con los requisitos de certificación aplicables para la atención médica, programación de cirugías, emisión de reportes hospitalarios o presentación de solicitudes de reembolso, reconozco y acepto asumir la responsabilidad total de los gastos médicos derivados, incluyendo honorarios médicos, gastos hospitalarios y cualquier otro concepto relacionado con la atención recibida.

Otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que mis datos personales, incluyendo mis datos sensibles de salud 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.

Los productos y servicios son ofrecidos por MetLife México S.A. de C.V. filial de MetLife Inc. que operan bajo la marca "MetLife". Todo lo anterior de acuerdo con las condiciones generales del seguro contratado.

(Fecha, nombre y firma del Asegurado titular, a puño y letra)