

Aviso de Accidente o Enfermedad

Accidentes Personales/Vida



MetLife®

En esta solicitud ponemos a tu disposición nuestro aviso de privacidad. Es indispensable leerlo previo a que proporciones tus datos personales.

Póliza No. _____

Certificado No. _____

Contratante _____

Este cuestionario se contesta y entrega a: ALICO México Compañía de Seguros de Vida, 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? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué compañía? _____

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, 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: 5249 3100. www.alicomexico.com.mx

ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. y MetLife México, S.A. son subsidiarias de MetLife, Inc. cuya marca registrada para todas sus compañías en México es MetLife®

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 de Alico

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. Alico México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. (en lo sucesivo "Alico") se encuentra ubicada en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, piso 19, Colonia Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, México, D.F. II. FINALIDADES. Los datos personales que recabamos o lleguemos a recabar directamente de ti, a través de otras fuentes permitidas por la ley o los que se generen de la relación que lleguemos a establecer, los utilizamos, en la medida que sean necesarios, para analizar los riesgos o circunstancias al celebrar convenios contigo; cumplir obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica que establezcamos; evaluar la calidad del servicio; así como promocionar productos o servicios financieros. Para estas finalidades, requerimos tus datos personales como datos de identidad y contacto (ejemplo: nombre y domicilio), datos patrimoniales o financieros, y datos sensibles (ejemplo: estado de salud). 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. Para conocer los requisitos y plazos puedes visitar nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx, o contactar a nuestro departamento de protección de datos en la dirección arriba citada. IV. OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE TUS DATOS PERSONALES. Si deseas dejar de recibir publicidad de nuestros productos o servicios puedes llenar nuestro formulario de preferencias de privacidad el cual encontrarás en el vínculo de políticas de privacidad en nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx. V. TRANSFERENCIA DE DATOS. Podremos transferir tus datos a terceros nacionales o extranjeros únicamente para cumplir las finalidades previstas en este aviso de privacidad. VI. CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD. Para conocer cambios o actualizaciones a este aviso de privacidad puedes ingresar a nuestro sitio de internet www.alicomexico.com.mx. Este aviso se fundamenta en lo dispuesto en los artículos 15 y 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás legislación aplicable.

El afectado (o su representante) autoriza a ALICO México Compañía de Seguros de Vida, 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.

Otorgo mi consentimiento para el tratamiento de mis datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados o los que Alico llegue a recabar, así como para la transferencia de datos de conformidad con este aviso de privacidad. Manifiesto que leí el aviso de privacidad previamente a dar mis datos personales, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

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

La cláusula del aviso de privacidad se encuentra registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CGEN-S0058-0149-2011 de fecha 11 de julio de 2011 y CGEN-S0058-0161-2011 de fecha 13 de julio del 2011.