

**CHECK LIST DE RECLAMACIÓN
BENEFICIO DE PÉRDIDA DE INGRESOS POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

Contrato número: _____

Certificado número: _____

DATOS DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO

Nombre Completo

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido materno

Datos de Contacto

Celular

Casa

Oficina

Correo electrónico

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Original del consentimiento/certificado debidamente requisitado y firmado por el asegurado.

Copia simple de la identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado legible por ambos lados.

Original de dictamen médico emitido por el especialista en medicina del trabajo que certifique la incapacidad total temporal.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012), las notas médicas y reportes deberán contener: nombre completo del paciente, edad, sexo, y en su caso, número de cama o expediente; todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora y nombre completo de quien elabora, así como la firma autógrafa, electrónica o digital, según sea el caso

Original de los estudios realizados con interpretación.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (NOM-157-SSA1-1996) toda placa radiográfica debe contener un a impresión (a la derecha del paciente), con la fecha del estudio, nombre del paciente, identificación del establecimiento y clave o iniciales del técnico que la tomó.

Estado de cuenta con clabe interbancaria a nombre del asegurado no mayor a 3 meses de antigüedad

“MetLife se reserva el derecho de solicitar información y/o realizar la investigación que considere pertinente para comprobar la incapacidad total temporal con el objeto de determinar si es procedente el pago del beneficio . En tal virtud, derivado del análisis que se realice, MetLife podrá solicitar documentación adicional a la indicada, en conformidad con el Artículo 69 de la Ley sobre el contrato del seguro.”

Nota: Para la continuidad de la cobertura de Pérdida de ingresos por incapacidad total temporal por 3 meses más, el asegurado deberá presentar revaloración médica expedida por médico especialista en medicina del trabajo, la cual nos indique que el asegurado continúa con la incapacidad motivo del reclamo inicial, dicha revaloración deberá ser acompañada por los estudios realizados con interpretación a la fecha, que no deberá contar con una antigüedad mayor a 30 días contados a partir de su expedición. Lo anterior solo aplica para créditos contratados a partir de febrero de 2017.

* Para la continuidad de cobertura de Pérdida de ingresos por incapacidad total temporal por 3 meses más, el asegurado deberá presentar:

- Original de dictamen médico emitido por el especialista en medicina del trabajo que certifique la incapacidad total temporal
- Estado de cuenta con clabe interbancaria a nombre del asegurado no mayor a 3 meses de antigüedad

AVISO DE PRIVACIDAD

I. IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE QUE RECABA LOS DATOS. MetLife México, S.A., ubicada en Av. Insurgentes Sur 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, CP 03920, Ciudad de México. **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 identificarte, evaluar tu solicitud de seguro, analizar riesgos, 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.metlife.com.mx o enviando un correo a contacto@metlife.com.mx. El procedimiento, los requisitos y plazos, puedes consultarlos en nuestro sitio de internet www.metlife.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 transferidos o 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.metlife.com.mx o inscribirte en el Registro Público de Usuarios de la CONDUSEF. **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, instituciones o entidades del sector asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos; a nuestras sociedades controladoras, casa matriz, subsidiarias, filiales y partes relacionadas para la administración de tu seguro, así como necesidades de cobertura e identificación y para fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial. **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.metlife.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.

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.

Firmado en el día _____ de _____ de _____.

Contratante: GM FINANCIAL DE MEXICO, SA DE CV SOFOM ER

Nombre y Firma del Asegurado o Beneficiario



Para poder continuar con tu trámite y brindarte el beneficio acordado por favor envía tu documentación completa por mensajería en atención a MetLife México, S.A. a la siguiente dirección:
Av. Eugenio Garza Lagüera N.º 933, Planta baja, Zona Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, CP. 66278, México.



Para cualquier duda, puedes comunicarte al 555-329-9321 o al correo electrónico atencionclientes.gmf@metlife.com.mx.