

**Consentimiento informado**

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

Ref. 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 al trámite Folio (DCN del trámite) y/o Siniestro \_\_\_\_\_:

1. La selección de la institución hospitalaria, laboratorio y/o sanatorio al que acudí(amos) para recibir la atención médica dependió y/o fue elegida solo por mí(nosotros) como titular y/o beneficiario de la Póliza de GMM:  
 SI  
 NO (en caso de seleccionar esta respuesta, indique como seleccionó al prestador de servicio en la línea de abajo)  
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:  
 SI  
 NO (en caso de seleccionar esta respuesta, indique como seleccionó al prestador de servicio en la línea de abajo)  
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:  
 SI (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:  
 SI (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 modo, con el fin de que sea dictaminada la presente reclamación, en este acto otorgo mi pleno consentimiento para que MetLife México S.A. de C.V., por los conductos legales a su disposición, corrobore ante las dependencias que considere, la veracidad y legalidad de los documentos que exhibo; así como la certificación con la que cuentan los Hospitales y Médicos tratantes ante el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y el Registro Nacional de Profesiones.

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 mismo que tuve a la vista y que puedo consultar en [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

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.

\_\_\_\_\_  
(Firma a puño y letra de quien realizó el llenado del formato, nombre, fecha y firma)