

# FR FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS



**Indicaciones:**

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra de molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado, no se aceptan cambios posteriores.

<b>FECHA</b>	Día	Mes	Año
<b>LUGAR</b>			

Nombre o Razón Social del Contratante

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) del Asegurado Titular		Número de Póliza	
Domicilio completo del titular						Fecha de Nacimiento del titular	
País de Nacimiento del titular		Nacionalidad del titular		Ocupación o profesión del titular		Actividad o giro del negocio	
CURP / RFC (1)		FIEL (1)		✉ E-mail del Asegurado Titular			
Folio Mercantil (2)		Objeto Social (2)					
Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA							
Casa		Oficina		Celular o Nextel		Otro	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s) del asegurado afectado (paciente)		Número de certificado (solo aplica para pólizas de colectivo)	
Dirección Actual del Asegurado Afectado (Paciente)							

**TIPO DE EVENTO**

- Accidente
  Enfermedad
  Embarazo

**TIPO DE RECLAMACIÓN**

- Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento)
  Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ No. de siniestro \_\_\_\_\_

**FAVOR DE INDICAR QUE DOCUMENTO ESTÁ ENTREGANDO**

Comprobantes de pago Indicar No. de Factura o recibo y su monto reclamado

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

	No. de factura/recibo	Monto reclamado
1		\$
2		\$
3		\$
4		\$
5		\$
Total		\$

- Entrega y aviso de accidente y enfermedad  Si  No  
 Entrega de informe médico, resumen clínico o Historia Clínica  Si  No

Entrega de Resultados de estudios (especifique cuales):

Entrega de otros documentos (especifique cuales):

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Forma de pago:  Orden de pago (Para orden de pago se requiere identificación oficial)  Transferencia electrónica

### INSTRUCCIONES DE PAGO-FINIQUITO (Transferencia Electrónica de Fondos)

Por este medio solicito y autorizo a Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V., para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de asegurado titular o a favor de los beneficiarios dependientes, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos

Nombre de la Institución Bancaria: \_\_\_\_\_

CLABE (Clave Bancaria Estandarizada)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de cuenta:  Cheques  Maestra  Inversión

**El asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que favor de dichas cuentas ésta efectúe.**

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el ó los depósitos ó transferencias a la cuenta antes mencionada, por el ó los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, otorgando a Seguros Monterrey New York Life S. A. de C. V., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción o derecho que ejercitar en contra de esta institución con motivo de los pagos realizados. Asimismo, desde este momento asumo cualquier obligación frente a terceros que pudiere derivarse de estos pagos, deslindado a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. de cualquier reclamación originada con motivo del cumplimiento del contrato de seguro citado.

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada este a nombre del titular de la póliza.
- Los documentos entregados a esta institución con motivo de la ó las reclamaciones, permanecerán en la oficina receptora del trámite por 30 días naturales, posteriormente serán anexadas al expediente de la reclamación y su entrega será a petición expresa del titular de la póliza previa revisión y en su caso, aceptación de su solicitud por parte de la Aseguradora.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este consentimiento y el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Manifiesto mi consentimiento para recibir de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en mi correo electrónico personal o de trabajo, domicilio particular o de trabajo, teléfono móvil, fijo de trabajo o particular, información de sus productos y servicios, consistente en publicidad (información, divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial con propósitos de comunicar las características de un producto) y/o promociones (dar a conocer beneficios adicionales o asociados a la contratación de un nuevo producto como descuentos, bonificaciones, concursos o sorteos) y/o Telemarketing (comunicación vía telefónica con el objeto de ofrecer bienes, productos o servicios). Dicha información puede ser enviada de forma directa por la compañía de seguros autorizada o a través de terceros.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

"Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberá anexar copia de la identificación oficial del asegurado titular de la póliza o de la persona que se designe como beneficiario del pago, que tengan el mismo domicilio que el declarado en este formato, o en caso contrario, agregar copia del comprobante de domicilio con no más de tres meses desde su expedición".

- (1) Datos Opcionales  
(2) Datos solo para Personas Morales