Formato de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no queda obligada admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Nombre o Razón Social del Contratante

Datos del Asegurado Titular

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de nacimiento Día Mes Año	No. de póliza	No. de certificado (sólo aplica para pólizas colectivas)
Domicilio: (Calle y número exterior e interior)	Código Postal	Colonia o fraccionamiento
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado
Correo electrónico	Tel. casa (incluir LADA)	Tel. móvil

Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Tipo de Evento: ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo

Tipo de Reclamación

☐ Inicial
(Es la primera vez que presenta gastos por este evento)
En caso de reclamación complementaria favor de indicar:
Diagnóstico:_____

☐ Complementaria
(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)
N° de siniestro _____

Favor de indicar qué documento está entregando:

Comprobantes de pago, indicar número de factura y monto reclamado.

Monto total reclamado $ _____

	No. de factura	Monto reclamado
1		$
2		$
3		$
4		$
5		$
6		$

	No. de factura	Monto reclamado
7		$
8		$
9		$
10		$
11		$
12		$

	No. de factura	Monto reclamado
13		$
14		$
15		$
16		$
17		$
18		$

_____

Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY

Entrega de aviso de accidente y/o enfermedad ☐ Sí ☐ No Entrega de informe médico, resumen clínico o historia clínica ☐ Sí ☐ No
Entrega de resultados de estudios (especifique cuales) _____
Entrega de otros documentos (especifique cuales) _____

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

Nombre del beneficiario de pago : _____

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 Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago, la cual tiene los siguientes datos:

En caso de solicitar transferencia electrónica, proporcionar:

Cuenta CLABE (a 18 dígitos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Seguros Monterrey New York Life, S.A de C.V. por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el o los depósitos o transferencias a la cuenta antes mencionada, por el o 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 esté a nombre del Beneficiario de pago.
- La documentación física entregada a esta institución de la o las reclamaciones, permanecerán en la oficina receptora del trámite por 30 días naturales, posteriormente serán anexadas al expediente de la reclamación. Su entrega será a petición expresa del Asegurado Titular previa revisión y en su caso, aceptación de su solicitud por parte de la Aseguradora.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar solo una vez y en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En subsecuentes reclamaciones solo es necesario presentar la solicitud de reembolso con la información bancaria correspondiente.

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

"Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberá anexar copia de la identificación oficial del Asegurado Titular o del Asegurado designado 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".

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. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx
Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales 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 las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Asimismo acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Lugar: _____ Fecha: _____/_____/_____.
día mes año

_____
Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 8 de marzo de 2019 con número CGEN-S0038-0008-2019.

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY