

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. La recepción de este formato por la Institución no implica la aceptación de la reclamación o procedencia del siniestro.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

No. de Siniestro _____

No. de Trámite _____

FAVOR DE INDICAR:
☐ Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico

☐ Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario

☐ Reembolso

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s) Paciente

Estado Civil

Sexo

 F ☐ M ☐

Fecha de Nacimiento

Ocupación

Número de Póliza

Número de Certificado (Sólo aplica para pólizas Colectivas)

Día Mes Año

Dirección Actual (Calle, Núm. ext, Núm Int., Colonia, Delegación o Municipio, C.P., Estado)

☐ E-mail del Asegurado Titular y/o Afectado

Casa / Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA

 Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
Oficina

Celular o Nextel

Otro

TIPO DE EVENTO
☐ Accidente

☐ Enfermedad

☐ Embarazo

En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro del auto

Nombre de la compañía de seguro _____ No. de Póliza _____

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: _____

Fecha de los Primeros Síntomas del Evento Día Mes Año

Describa el motivo de la atención médica

Fecha de la Primera Atención Médica Día Mes Año

Donde ocurrió y/o donde fue atendido _____

Observaciones:

Entiendo y acepto que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. DE C.V. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativa que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. DE C.V., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera tales como: historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación.

En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

 Nombre y Firma del Asegurado Afectado
(Excepto menores de edad)

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación del Ministerio Público (en caso de accidente).
2. Interpretación de los estudios de Imagen o de Gabinete.
3. Copia de Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, Pasaporte, y en caso de menores de edad: Credencial de la escuela, Acta de nacimiento, y/o Clave Única de Registro de Población (CURP)

La documentación contractual que integra este producto esta 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-S0038-0255-2011 de fecha 20/10/2011.