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, correcta y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no queda obligado a 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 (solo aplica para pólizas colectivas)
Domicilio Particular (calle y número exterior e interior)	Código Postal	Colonia o fraccionamiento
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Correo electrónico	Tel. casa (solo si lo tuviera)	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: _____
Favor de indicar qué documento está entregando:
_____

☐ Complementaria
(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

Nº de siniestro
(solo si lo tuviera): _____

Comprobantes de pago, indicar los últimos cuatro dígitos del folio fiscal y monto total de la factura.

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
1	$	7	$	13	$
2	$	8	$	14	$
3	$	9	$	15	$
4	$	10	$	16	$
5	$	11	$	17	$
6	$	12	$	18	$

_____
Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
19	$	27	$	35	$
20	$	28	$	36	$
21	$	29	$	37	$
22	$	30	$	38	$
23	$	31	$	39	$
24	$	32	$	40	$
25	$	33	$	41	$
26	$	34	$	42	$

En caso de reclamar más de 42 facturas llenar el formato "Anexo a la Solicitud de Reembolso"

Monto total de Facturas:_____

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 cuáles) _____

Entrega de otros documentos (especifique cuáles) _____

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.

Declaro expresamente que los depósitos o transferencias efectuados a la cuenta antes mencionada, por los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza las cuales en este acto declaro que son de mi total conocimiento, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, aceptando que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud del pago que reciba de Seguros Monterrey New York Life S.A. de C. V., desde este momento otorgo el finiquito más amplio que en derecho proceda a favor de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no reservándome ningún derecho o acción que ejercitar en contra de esa institución o tercera persona que pudiera derivarse del Contrato de Seguro al amparo de la Póliza al rubro mencionada. Asimismo, me obligo a sacar en paz y a salvo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., de cualquier reclamación que pudiera presentar persona alguna que tuviera intereses contrarios, en el momento en que se me requiera, manifestando que se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo o cualquier vicio de la voluntad. Desde este momento, asumo cualquier obligación que frente a terceros pudiera derivarse con motivo del pago antes descrito, deslindando para todos los efectos legales a que haya lugar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

_____

Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del beneficiario de pago.
- 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 en cada trámite inicial o en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En trámites complementarios de un siniestro solo es necesario presentar la solicitud de reembolso debidamente requisitada con la información bancaria correspondiente y los documentos de comprobación de gastos.

La presente solicitud de reembolso y la documentación que la soporta deberá ser resguardada hasta por un periodo de 2 años por el solicitante en original y entregada a la Institución Aseguradora a la brevedad, en caso de que así lo requiera. En caso de no proporcionarla, no será posible continuar con el trámite de reclamación de esta solicitud.

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 20 de septiembre de 2023, con número CGEN-S0038-0083-2023.