

Formato Declaración de Siniestro Universal

NOTA: Es importante que este formato se llene a una sola tinta, con letra molde y legible. Que todas las preguntas sean contestadas y que se dé información veraz, completa y detallada. Por el hecho de entregar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza y/o Ley sobre el Contrato de Seguro. Este trámite es totalmente gratuito.

Nº. de Póliza _____ Nº. de Certificado _____ Lugar y fecha: _____

Tipo de reclamación: Fallecimiento Invalidez total y permanente Otros Especifique: _____

Con el llenado de este formulario se presenta formal reclamación a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. al amparo de la(s) póliza(s) arriba citada(s)

Datos del Asegurado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Fecha de nacimiento Día Mes Año	Nacionalidad	País de nacimiento
------------------------------------	--------------	--------------------

RFC (con homoclave) o CURP	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (sólo si cuenta con ella)
----------------------------	---

Domicilio: (calle y número exterior e interior)	Código Postal	Colonia
---	---------------	---------

Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
----------------------	--------	--------

Teléfono (incluir LADA)	Correo electrónico
-------------------------	--------------------

Última ocupación o profesión	Actividad o giro del lugar en donde desempeña o desempeñaba su ocupación o profesión
------------------------------	--

Describe cual fue la causa del fallecimiento, accidente o enfermedad:

Describe brevemente las actividades laborales o profesionales que realiza o realizaba antes del evento que originó la reclamación:

Lugar y/o domicilio en donde desempeña o desempeñaba su ocupación o profesión

Fecha en que ocurrió el fallecimiento, accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad:

Datos del Beneficiario:

Nombre(s) o Razón Social	Apellido Paterno	Apellido Materno
--------------------------	------------------	------------------

Nacionalidad	Fecha de nacimiento o de Constitución	País de Nacimiento o Constitución
--------------	---------------------------------------	-----------------------------------

RFC (con homoclave) o CURP	Ocupación o Profesión
----------------------------	-----------------------

Giro o actividad del negocio	Denominación o razón social del negocio	Correo electrónico
------------------------------	---	--------------------

Teléfono (incluir LADA)	Domicilio: (calle y número exterior e interior)	Código Postal
-------------------------	---	---------------

Colonia	Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
---------	----------------------	--------	--------

Folio Mercantil (Solo para Personas Morales)	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (sólo si cuenta con ella)
--	---

Nombre completo del representante legal:

Nacionalidad	Fecha de nacimiento
--------------	---------------------



Datos para Transferencia

Banco _____ Cuenta CLABE(a 18 dígitos) _____

Declaro expresamente que al efectuarse el pago a través de la entrega del cheque o por transferencia electrónica bancaria a la cuenta designada por quien suscribe, por el monto que proceda de acuerdo a las obligaciones pactadas en el contrato de seguro, tendré por reconocido y efectuado el pago a mi entera satisfacción, con el cual reconozco que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas.

En virtud de ello desde este momento otorgo el más amplio finiquito 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, desde este momento asumo cualquier obligación que frente a terceros pudiera derivarse con motivo del pago antes descrito, por lo que 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 con relación al pago antes descrito, deslindando para todos los efectos legales a que haya lugar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Sirviendo el presente como formal desistimiento ante cualquier autoridad, obligándome a ratificarlo 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.

Finalmente autorizo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. a expedir cheque nominativo a favor del suscrito, en caso de que por alguna causa ajena a su voluntad no pueda efectuar la transferencia electrónica bancaria a la cuenta antes designada.

Importante leer antes de firmar

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.

Manifiesto mi consentimiento para recibir de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., ya sea directamente o por medio de algún tercero autorizado por la misma, el ofrecimiento de productos y servicios financieros mediante publicidad, promoción y/o telemarketing en cualquiera de los medios de contacto que proporcione en este u otro formato.

Asegurado Si No Beneficiario Si No

Nota: En caso de no aceptar, el tratamiento de sus datos se limitará a las finalidades primarias y transferencias que no requieren consentimiento que se indican en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en el caso de seleccionar la opción de no recibir publicidad, promoción y telemarketing, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. conservará la inscripción en sus registros internos para no enviar publicidad, promoción y telemarketing durante dos años, una vez transcurrido el plazo procederá a cancelar dicha inscripción. Para renovarla una vez transcurrido el plazo, deberá solicitarlo a través del mecanismo indicado en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Quien suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, médico o persona que me haya atendido o examinado por cualquier causa, a proporcionar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. o a sus representantes, toda la información relacionada con las enfermedades, lesiones o padecimientos que haya sufrido, tal como historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, estudios clínicos (radiografías, laboratorios, etc.), copias de expedientes clínicos formados en hospitales o elaborados por el médico. Dicha información podrá ser incluida como parte de las pruebas de la indemnización presentadas por mí a la Compañía. La copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como el original.

Nombre y firma de Asegurado

Nombre y firma de Beneficiario de pago

Nombre y firma de representante legal

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 diciembre de 2019, con el número CGEN-S0038-0121-2019.