

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 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.

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 por 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

Describe el motivo de la atención médica

Fecha de la Primera Atención Médica Día Mes Año

Donde ocurrió y/o donde fue atendido _____

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 5 años Acta de nacimiento)

Notas:

Se le informa 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.