FR FORMATO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Seguros Monterrey NEW YORK LIFE

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 a los derechos 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.

FECHA Día | Mes | Año

LUGAR

Nombre o Razón Social Del Contratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s) del Asegurado Titular	Número de Póliza

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s) del Asegurado Afectado (Paciente)	Número de Certificado (sólo aplica para Pólizas de Colectivas)

Dirección Actual del Asegurado Afectado (Paciente)

E-mail del Asegurado Titular

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

Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA
Oficina | Celular o Nextel | Otro

TIPO DE EVENTO

◯ Accidente ◯ Enfermedad ◯ Embarazo

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 _____

FAVOR DE INDICAR QUE DOCUMENTO ESTÁ ENTREGANDO

Comprobantes de pago Indicar No. de Factura o recibo y su monto facturado

	No. de factura/recibo	Monto facturado
1		$
2		$
3		$
4		$
5		$
Total		$

	No. de factura/recibo	Monto facturado
1		$
2		$
3		$
4		$
5		$
Total		$

	No. de factura/recibo	Monto facturado
1		$
2		$
3		$
4		$
5		$
Total		$

Entrega y aviso de accidente y enfermedad ◯ Si ◯ No

Entrega de informe médico, resumen clínico o Historia Clínica ◯ Si ◯ No

Entrega de Resultados de estudios (especifique cuales):

Entrega de otros documentos (especifique cuales):

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular
(Excepto si es menor de edad)

INSTRUCCIONES DE PAGO-FINIQUITO (Transferencia Electrónica de Fondos)

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 beneficiarios dependientes, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre, la cual tiene los siguientes datos

Nombre de la Institución Bancaria: _____

CLABE (Clave Bancaria Estandarizada)

Tipo de cuenta: Cheques ◯ Maestra ◯ Inversión ◯

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 esta Compañía por los pagos/depósitos, que favor de dichas cuentas ésta efectúe.

Asimismo, declaro expresamente que al efectuarse el ó los depósitos ó transferencias a la cuenta antes mencionada, por el ó 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.

El depósito lo solicito: Sólo para este trámite ◯ Para todos los trámites de este siniestro ◯

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada este a nombre del titular de la póliza.
- Los documentos entregados a esta institución con motivo de la ó las reclamaciones, permanecerán en la oficina receptora del trámite por 30 días naturales, posteriormente serán anexadas al expediente de la reclamación y su entrega será a petición expresa del titular de la póliza previa revisión y en su caso, aceptación de su solicitud por parte de la Aseguradora.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular
(excepto si es menor de edad)

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.