

Formato de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Asegurado con letra 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		

Lugar

Nombre o Razón Social del Contratante _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) del Asegurado Titular	N° de Póliza
Domicilio completo del Titular			Fecha de Nacimiento del Titular
País de Nacimiento del Titular	Nacionalidad del Titular	Ocupación o profesión del Titular	Actividad o giro del Negocio
CURP / RFC (1)	FIEL(1)	E-mail del Asegurado Titular	
Folio Mercantil (2)	Objeto Social (2)		

Teléfono(s) para contactos, favor de incluir LADA

Casa	Oficina	Celular o Nextel	Otro
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) del Asegurado afectado (paciente)	N° de Certificado <small>(Sólo aplica para pólizas de colectivo)</small>
Domicilio actual del Asegurado afectado (paciente)			

Tipo de Evento

Accidente

Enfermedad

Embarazo

Tipo de Reclamación

Inicial
(Es la primera vez que presenta gastos por este evento)

Complementario
(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: _____

N° de Siniestro _____

Favor de indicar que documento está entregando:

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

No. de Factura/Recibo	Monto Reclamado
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$
Total	\$

No. de Factura/Recibo	Monto Reclamado
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$
Total	\$

No. de Factura/Recibo	Monto Reclamado
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$
Total	\$

Entrega y aviso de accidente y 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) _____

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Forma de Pago:

Orden de Pago (Para orden de pago de requiere identificación oficial)

Transferencia Electrónica

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/depositos, 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.

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.

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/depositos, 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.

Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

"Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberá anexar copia de la identificación oficial del asegurado titular de la póliza o de la persona que se designe 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".

(1) Datos Opcionales

(2) Datos solo para Personas Morales