

Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa de los Asegurados.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. La recepción de este formato por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., no implica la aceptación de la reclamación o procedencia del siniestro.

Tipo de trámite a realizar:

☐ Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico ☐ Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario ☐ Reembolso

Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐
País de nacimiento	Nacionalidad	CURP o RFC (con homoclave cuando se cuente con ella)	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (sólo si cuenta con ella)		Lugar donde trabaja/Empresa	Giro, actividad u objeto social
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados.			
Fecha de nacimiento Día Mes Año	Ocupación o profesión	Nº de póliza	Nº de certificado (sólo aplica para pólizas colectivas)
Domicilio: (calle y número exterior e interior)		Código Postal	Colonia o fraccionamiento
Ciudad	Estado	Correo electrónico	Tel. casa (incluir LADA)/Tel. móvil

Tipo de Evento

☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo

En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro del auto

Nombre de la institución aseguradora _____ Nº de póliza _____

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación de Ministerio Público o Tránsito (en caso de accidente vial).
2. Interpretación de los estudios de laboratorio, imagen o de gabinete.
3. Copia de Identificación Oficial: INE, pasaporte, licencia de conducir, otro (especifique) _____, y en caso de menores de edad: Credencial de la escuela o acta de nacimiento.
4. Comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad. (solo para trámites de reembolso).
5. Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) y/o Cédula Fiscal, así como comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando se cuente con ellas; consulte www.mnyl.com.mx para consultar requisitos adicionales para extranjeros.

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 _____

¿Cuenta con otro seguro de Gastos Médicos Mayores? _____

Fecha de primeros síntomas del evento	Día Mes Año	Describa el motivo de la atención médica:
Fecha de la primera atención médica	Día Mes Año	

Dónde ocurrió y/o dónde fue atendido: _____

Nombre y firma* del Asegurado Titular

Nombre y firma* del Asegurado
(Persona que recibe la atención médica)



**SEGUROS
MONTERREY**

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

Entiendo(emos) y acepto(amos) 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.

El(los) firmante(s), autorizo(amos) a médicos y a cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios laboratorios o clínicas a los que haya(mos) ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento, incluyendo cirugía de cualquier enfermedad, accidente o lesión, 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, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi(nuestra) reclamación. Asimismo, relevo(amos) de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a los doctores, cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a las instituciones citadas en líneas anteriores y a las personas responsables de revelar la información a que se refiere este párrafo.

Asimismo, autorizo(amos) a las compañías de seguros a las que previamente he(mos) solicitado pólizas para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. la información que es de su conocimiento para la correcta evaluación de mi(nuestra) reclamación.

Acepto(amos) 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(nuestra) disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro(amos) conocer y aceptar en todos sus términos. Se me(nos) informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnly.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx.

Autorizo(amos) expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis(nuestros) datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi(nuestra) salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en el presente formato, 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(amos) la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en este formato y las finalidades de su tratamiento.

Lugar: _____

Fecha _____ / _____ / _____
día mes año

Nombre y firma* del Asegurado Titular

Nombre y firma* del Asegurado
(Persona que recibe la atención médica)

* Excepto menores de edad

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 02 de abril de 2019 con número CGEN-S0038-0020-2019.



**SEGUROS
MONTERREY**

Formato de Informe Médico

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del médico tratante.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica)				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo M ☐ H ☐	Edad
Tipo de evento ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo				
Historia clínica				
Detalle todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.				
Antecedentes personales patológicos			Antecedentes personales no patológicos	
☐	Cardiacos		☐	¿Fuma? (cantidad)
☐	Hipertensivos		☐	¿Consume bebidas alcohólicas (tipo y cantidad)
☐	Diabetes Mellitus		☐	¿Consume o ha consumido drogas? (tipo y cantidad)
☐	VIH/SIDA		☐	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)
☐	Cáncer		☐	Perinatales (en caso necesario)
☐	Hepáticos		☐	Gineco-obstétricos (cuando aplique)
☐	Convulsivos		☐	Otros
☐	Cirugía(s)			
☐	Otros			
Padecimiento actual				
Fecha de primeros síntomas del padecimiento		Día	Mes	Año
Fecha de la primera consulta por este padecimiento		Día	Mes	Año
Fecha de diagnóstico de este padecimiento		Día	Mes	Año
Especifique los detalles de la evolución y estado actual del padecimiento.				
Diagnóstico(s)				
1.				
2.				
3.				
Tipo de padecimiento				
☐ Congénito		☐ Agudo		☐ Adquirido
☐ Crónico				
¿Cuánto tiempo? _____				
Tiene relación con otro padecimiento? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____				
¿El padecimiento ocasionó discapacidad? ☐ Sí ☐ No ☐ Parcial ☐ Total				
Desde _____ Hasta _____				
¿Continuará recibiendo tratamiento en el futuro? ☐ Sí ☐ No				
Favor de especificar _____				
Nombre y firma del médico tratante				

Exploración física y resultados de estudios relevantes realizados (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)					
		Talla	cm	Peso	kg
Tratamiento					
Favor de indicar: ☐ Tratamiento quirúrgico (favor de especificar procedimiento) ☐ Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio) Descripción _____			Favor de indicar: ☐ Programación de tratamiento ☐ Descripción de tratamiento ya realizado		
¿Hubo complicaciones? ☐ Sí ☐ No Favor de especificar complicaciones _____					
Nombre del hospital		Ciudad		Fecha de ingreso Día Mes Año	
Tipo de estancia: ☐ Urgencia ☐ Hospitalización ☐ Corta estancia / Ambulatoria				Fecha de egreso Día Mes Año	
Datos generales del médico tratante					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Nº de proveedor		RFC		Especialidad	
Cédula de especialidad/Certificación		Cédula profesional			
Teléfonos del consultorio (incluir LADA)		Correo electrónico			
Tel. móvil					
En caso de programar un tratamiento favor de indicar nombre(s) y especialidad del(los) médico(s) que participa(n) y su presupuesto de honorarios: Anestesiólogo _____ Primer ayudante _____ Segundo ayudante _____ Otro(s) médico(s) _____					
El llenado de este formato no obliga a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes. 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. Como médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.					
¿Pertenece a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.? ☐ Sí ☐ No			En caso de no pertenecer a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. ¿Acepta el tabulador de esta para el pago de honorarios? ☐ Sí ☐ No		
Fecha: ____ / ____ / ____ día mes año		_____ Nombre y firma del médico tratante			

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 02 de abril de 2019 con número CGEN-S0038-0020-2019.



**SEGUROS
MONTERREY**

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 y detallada.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no queda obligada 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 (sólo aplica para pólizas colectivas)	
Domicilio: (Calle y número exterior e interior)			Código Postal		Colonia o fraccionamiento
Delegación o Municipio		Ciudad		Estado	
Correo electrónico		Tel. casa (incluir LADA)		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: _____			☐ Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento) N° de siniestro _____		
Favor de indicar qué documento está entregando:					
Comprobantes de pago, indicar número de factura y monto reclamado.				Monto total reclamado \$ _____	
No. de factura		Monto reclamado		No. de factura	
1		\$		13	
2		\$		14	
3		\$		15	
4		\$		16	
5		\$		17	
6		\$		18	
7		\$			
8		\$			
9		\$			
10		\$			
11		\$			
12		\$			
_____ Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago					

