

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. La recepción de este formato por la Institución no implica la aceptación de la reclamación o procedencia del siniestro.
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 <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Ocupación	Número de Póliza	Número de Certificado (Sólo aplica para pólizas Colectivas)			

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 _____	

Observaciones:

Entiendo y acepto 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.

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 edad: Credencial de la escuela, Acta de nacimiento, y/o Clave Única de Registro de Población (CURP)