

Solicitud de Cambio de Beneficiario de Pago de Gastos Médicos Mayores

Para poder expedir el pago del reembolso de los gastos médicos procedentes a una persona diferente al asegurado o dependiente afectado, es necesario que nos proporcione la siguiente información:

Apellido Paterno		Apellido Materno Nombre del titular de la Póliza		Nombre(s) / Razón Social (2)	
Calle	Número	Colonia Domicilio del Titular		Delegación / Municipio	
DD/MM/AA Fecha de Nacimiento	País de Nacimiento		Nacionalidad		Ocupación o Profesión / Objeto Social (2)
Actividad o Giro del Negocio			Teléfonos con Lada		Correo Electrónico*

CURP/RFC (1) (CURP Alfanumérico de 18 dígitos/ RFC alfanumérico de 13 dígitos) FIEL (1) Folio Mercantil (2)

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre del asegurado o Dependiente Nombre(s) / Razón Social (2)

Número de Póliza Certificado Siniestro
Datos del Beneficiario

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) / Razón Social (2)
Expedir el cheque a nombre

Calle Número Colonia Domicilio del Beneficiario del cheque Delegación / Municipio

DD/MM/AA Fecha de Nacimiento País de Nacimiento Nacionalidad Ocupación o Profesión / Objeto Social (2)

Actividad o Giro del Negocio Teléfonos con Lada Correo Electrónico*

Padre Madre Tutor Otro
CURP / RFC (1) FIEL (1) Folio Mercantil (2) Parentesco con el titular (especifique) _____

Copia de Identificación y comprobante de domicilio

Titular IFE Pasaporte Licencia No. _____ Tel Luz IFE Otro especificar _____
Beneficiario designado IFE Pasaporte Licencia No. _____ Tel Luz IFE Otro especificar _____

Motivos de cambio de Beneficiario de Cheque

Al entregar este formato, deberá anexar copia de la identificación oficial del titular de la póliza así como la identificación oficial 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 de antigüedad. Así mismo le informamos que el presente documento constituye su formal autorización y aceptación para que Seguros Monterrey New York Life, S.A de C.V. (SMNYL) pague a un tercero el reembolso de gastos médicos procedentes y deslinda a SMNYL, de cualquier responsabilidad sobre el cobro o uso del cheque solicitado.

Nombre y firma del Titular de la póliza que autoriza

Nombre y firma del Beneficiario designado