

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 <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	
Pais 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	Alcaldía o Municipio
Ciudad	Estado	Correo electrónico	Tel. casa (incluir LADA)/Tel. móvil	
Tipo de Evento <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> 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: <ol style="list-style-type: none"> 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 <input type="checkbox"/> Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento) <input type="checkbox"/> 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)	

