

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
19	\$	27	\$	35	\$
20	\$	28	\$	36	\$
21	\$	29	\$	37	\$
22	\$	30	\$	38	\$
23	\$	31	\$	39	\$
24	\$	32	\$	40	\$
25	\$	33	\$	41	\$
26	\$	34	\$	42	\$

En caso de reclamar más de 42 facturas llenar el formato "Anexo a la Solicitud de Reembolso"

Entrega de aviso de accidente y/o 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) _____

Forma de pago: Orden de pago (se requiere identificación oficial)

Transferencia electrónica

Nombre del beneficiario de pago: _____

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 Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago, la cual tiene los siguientes datos:

En caso de solicitar transferencia electrónica, proporcionar:

Cuenta CLABE (a 18 dígitos) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.

Declaro expresamente que los depósitos o transferencias efectuados a la cuenta antes mencionada, por los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza las cuales en este acto declaro que son de mi total conocimiento, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, aceptando que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud del pago que reciba de Seguros Monterrey New York Life S.A. de C. V., desde este momento otorgo el finiquito más amplio que en derecho proceda a favor de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no reservándome ningún derecho o acción que ejercitar en contra de esa institución o tercera persona que pudiera derivarse del Contrato de Seguro al amparo de la Póliza al rubro mencionada. Asimismo, me obligo a sacar en paz y a salvo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., de cualquier reclamación que pudiera presentar persona alguna que tuviera intereses contrarios con relación a este que se me requiera, manifestando que se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo o cualquier vicio de la voluntad. Desde este momento, asumo cualquier obligación que frente a terceros pudiera derivarse con motivo del pago antes descrito, deslindando para todos los efectos legales a que haya lugar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del Beneficiario de pago.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar en cada trámite inicial o en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En trámites complementarios de un siniestro solo es necesario presentar la solicitud de reembolso debidamente requisitada con la información bancaria correspondiente y los documentos de comprobación de gastos.

