



NOTA. Es importante que este formato se llene a una sola tinta, con letra molde y legible. Que todas las preguntas sean contestadas y que se dé una información completa y detallada. Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza. Este trámite es totalmente gratuito.

<b>No. de Póliza</b>		<b>No. de Certificado</b>		<b>Lugar y fecha:</b>	
Tipo de Reclamación: Fallecimiento <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas <input type="checkbox"/> Cobertura en Vida <input type="checkbox"/>					
<b>Con el llenado de este formulario se presenta formal reclamación a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. al amparo de la(s) póliza(s) arriba citada(s)</b>					
Nombre(Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))			Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Nacionalidad
RFC o CURP		No. de serie del certificado digital de la FIEL		No. de afiliación al IMSS u otra institución	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)		Colonia o Fraccionamiento		Ciudad	Delegación o Municipio
Estado	C.P.	Teléfono	Correo electrónico		
Última ocupación o profesión		Actividad o giro del lugar donde desempeña su ocupación o profesión			
Lugar y/o domicilio donde desempeña su ocupación o profesión			Fecha en que ocurrió el fallecimiento, accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad:		
Describa cual fue la causa del fallecimiento, accidente o enfermedad:				<b>Firma del Asegurado</b>	
Describa brevemente las actividades laborales o profesionales que realiza o realizaba antes de su padecimiento:					
<b>BENEFICIARIOS (Llenar solo en caso de fallecimiento del asegurado)</b>					
Denominación o razón social (llenar estos datos si el beneficiario es persona moral).		Nacionalidad	Fecha Constitución	Folio Mercantil	
Nombre del representante legal (Apellido paterno, materno, nombre (s))		Nacionalidad del Representante	RFC con Homoclave		
Domicilio (Calle y Número Ext. e Int.)		Fecha de Nacimiento del Representante legal (dd/mm/aaaa)		Número de Serie de certificado digital de la FIEL	
Colonia	C:P	Ciudad	Estado	<b>Firma del Representante Legal</b>	
Giro Mercantil, actividad u objeto social		Correo electrónico	Teléfono		
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))			<b>Firma Beneficiario</b>		
RFC o CURP		Número de Serie de certificado digital de la FIEL			
Domicilio (Calle y Número Ext. e Int.)		Colonia o Fraccionamiento			
C.P.	Teléfono	Ciudad	Estado		
Correo electrónico		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Lugar de Nacimiento		Nacionalidad
Ocupación o Profesión	Giro o Actividad del negocio			Denominación o razón social del negocio	

**Importante leer antes de firmar**

Solo para personas físicas:

Declaro bajo protesta de decir verdad, que las figuras participantes en la presente solicitud cuentan con alguna nacionalidad adicional y/o tienen obligaciones fiscales en un país distinto de México. SI APLICA \_\_\_\_\_ NO APLICA \_\_\_\_\_

En caso de contestar afirmativamente, favor de requisitar el Formato de "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Físicas".

Las personas morales deberán requisitar obligatoriamente el Formato "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Morales".

Aceptamos que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos del Artículo 17 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, puso a disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Autorizamos expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar los datos personales y datos sensibles 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, aceptamos la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C. V. le informa que adicionalmente puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral ubicado en la página: <http://www.mnyl.com.mx/>

El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, médico o persona que me haya atendido o examinado por cualquier causa, a proporcionar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. o a su representante, toda la información relacionada con las enfermedades, lesiones o padecimientos que haya sufrido, tal como historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, estudios clínicos (radiografías, laboratorios, etc.), copias de expedientes clínicos formados en hospitales o elaborados por el médico. Dicha información podrá ser incluido como parte de las pruebas de la indemnización presentadas por mí a la Compañía. La copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como el original.

Declaro expresamente que al efectuarse el pago a través de la entrega del cheque o por transferencia electrónica bancaria a la cuenta designada por el suscrito, por el monto que proceda de acuerdo a las obligaciones pactadas en el contrato de seguro, tendré por reconocido y efectuado el pago a mi entera satisfacción, con el cual reconozco que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud de ello desde este momento otorgo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. el más amplio finiquito total de pago que en derecho proceda, sin reservarme acción ni derecho de ninguna índole que ejercitar en su contra que pudiera existir como consecuencia del pago, sirviendo el presente como formal desistimiento ante cualquier autoridad, obligándome a ratificarlo en el momento en 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.

**Firma de Asegurado, Beneficiario o Representante Legal**

*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 15 de Diciembre de 2016, con el número CGEN-S0038-0204-2016.*