Formato de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos

Indicaciones:

- 1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
- 2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa, correcta y detallada.
- 3. Por el hecho de proporcionar este formato, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. no queda obligada admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

| Nombre o Razón Social del Contratante | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------------|--|------------------------|----|--|--|
| Datos del Asegurado Titular | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | Apellid | Apellido Materno | | | Nombre(s) | | | | |
| Fecha de nacimiento Día Mes Año | No. | de póliza | | | No. de certificado (sólo aplica para pólizas colectivas) | | | | |
| Domicilio Particular: (calle y númer | ior e interior) | tal | Colc | Colonia o fraccionamiento | | | | | |
| Alcaldía o Municipio | Ciudad | | | E | Estado | | | | |
| Correo electrónico | Tel. casa (sólo si lo tuviera) | | | T | Tel. móvil | | | | |
| Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica) | | | | | | | | | |
| Apellido Paterno | Ape | Ilido Materno Nombi | | | re(s) | (s) | | | |
| Tipo de Evento: Accider | | ☐ Enfermedad | | | ☐ En | ☐ Embarazo | | | |
| Tipo de Reclamación | | | | | | | | | |
| ☐ Inicial ☐ Complementaria ☐ Complementaria ☐ (Es la primera vez que presenta gastos por este evento) ☐ En caso de reclamación complementaria favor de indicar: ☐ Diagnóstico: N° de siniestro ☐ Favor de indicar qué documento está entregando: | | | | | | | | | |
| Cuatro últimos Mont dígitos del folio fiscal la fac | Cuatro últimos Mor | | onto de factura | nto de Cuatro últim | | Monto de la factura | | | |
| 1 \$ | | 7 \$ | | | | 13 | \$ | | |
| 2 \$ | 8 \$ | | | 7 [: | 14 \$ | | | | |
| 3 \$ | | 9 \$ | | | | 15 \$ | | | |
| 4 \$ | 10 \$ | | | | 16 \$ | | | | |
| 5 \$ | | 11 \$ | | | | 17 \$ | | | |
| 6 \$ | | 12 \$ | | | 18 | | \$ | | |
| Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago | | | | | | | | | |



| Cuatro último dígitos del folio f | |
|--------------------------------------|----|
| 19 | \$ |
| 20 | \$ |
| 21 | \$ |
| 22 | \$ |
| 23 | \$ |
| 24 | \$ |
| 25 | \$ |
| 26 | \$ |
| | |

| d | Cuatro últimos ígitos del folio fiscal | | Monto de la factura | | |
|--|---|----|------------------------|--|--|
| 27 | | \$ | | | |
| 28 | | \$ | | | |
| 29 | | \$ | | | |
| 30 | | \$ | | | |
| 31 | | \$ | | | |
| 32 | | \$ | | | |
| 33 | | \$ | | | |
| 34 | | \$ | | | |
| el formato "Anexo a la Solicitud de Reembo | | | | | |

| - | | | | |
|---|----|-----------|--|------------------------|
| | | | Cuatro últimos dígitos del folio fiscal | Monto de la factura |
| | | 35 | | \$ |
| | | 36 | | \$ |
| | | 37 | | \$ |
| | | 38 | | \$ |
| | | 39 | | \$ |
| | | 40 | | \$ |
| | | 41 | | \$ |
| | | 42 | | \$ |
| _ | اد | <u>~"</u> | | |

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

| rega 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) | | | | | | | |
| rega de otros documentos (especifique cuáles) | | | | | | | |
| ma de pago: Orden de pago □ (se requiere identificación oficial) Transferencia electrónica □ | | | | | | | |
| nbre 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: | | | | | | | |
| caso de solicitar transferencia electrónica, proporcionar: | | | | | | | |
| enta 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/depósitos, 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.



La presente solicitud de reembolso y la documentación que la soporta deberá ser resguardada hasta por un periodo de 2 años por el solicitante en original y entregada a la Institución Aseguradora a la brevedad, en caso de que así lo requiera. En caso de no proporcionarla, no será posible continuar con el trámite de reclamación de esta solicitud.

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

"Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberá anexar copia de la identificación oficial del Asegurado Titular o del Asegurado designado 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 desde su expedición".

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en la presente solicitud, 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 acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Estoy(amos) enterado(s) de los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos los cuales pueden consultarse en la página electrónica de la Institución situada en www.mnyl.com.mx, en los cuales se especifican: a) las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos; b) Los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución respecto de la realización de Operaciones Electrónicas; c) los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución, a través de Operaciones Electrónicas; d) los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, y e) las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, por lo que manifiesto (amos) mi (nuestro) consentimiento expreso para contratar el Uso de Medios Electrónicos para la realización de Operaciones Electrónicas Móviles, por Internet, de Audio respuesta, Telefónicas Voz a Voz y cualquier otra que en lo sucesivo ponga a mi disposición la Institución para la celebración y gestión de cualesquiera operaciones al amparo de la Póliza referida en la presente Solicitud de Reembolso, al correo electrónico señalado en esta Solicitud de Reembolso; asimismo manifiesto mi aceptación expresa para recibir de manera física y/o electrónica, la documentación contractual que se origine con motivo de la presente reclamación y, en su caso de sucesivas renovaciones, rehabilitaciones, y en general la documentación contractual que se llegue a generar de la póliza señalada en esta solicitud de reclamación en formato PDF* o cualquier otro formato electrónico equivalente, en el(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) en esta Solicitud de Reembolso, por lo cual con la remisión a esa(s) dirección(es) electrónica(s) se debe entender como fecha de recepción por parte del(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s).

| Acepto la contratación del Uso de Medios Electrónicos: Sí [Acepto el recibir documentación contractual en formato P | | No□ | | | |
|---|---------------------------|----------|-------------|----------|-----|
| Lugar: | | Fecha: _ | /_ día m | /_ es | año |
| Nombre y firma del | Asegurado beneficiario de | el pago | | | |

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 junio de 2023 con número CGEN-S0038-0057-2023.

