

**DECLARACIÓN "A"
DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE**



**SEGUROS
MONTERREY**

Invalidez / Pérdida de Miembros / Beneficios en Vida

Nota: es importante que todas las preguntas sean contestadas con información completa y detallada.
La entrega de este formulario no obliga a la Compañía a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

No. de Póliza	No. de Certificado	Suma(s) Asegurada(s)

I. DATOS DEL ASEGURADO que con el llenado de este formulario presenta formal reclamación a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. al amparo de la póliza arriba citada.

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) _____

Domicilio actual (Calle y Número Ext. e Int.), Colonia, Delegación, Municipio. _____ Localidad _____

Estado _____ C.P. _____ Teléfono _____ No. Afiliación al IMSS u otro _____

RFC/ _____

Ocupación actual _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____ Nacionalidad _____

País de nacimiento _____ Número de serie del certificado digital de la FIEL _____

Lugar y domicilio donde trabaja _____ Actividad o giro del lugar donde trabaja _____

Describe brevemente las actividades laborales que realiza:

Tipo de reclamación Invalidez Pérdida de miembros Beneficios en Vida Otros: _____

II. DATOS CLÍNICOS

Se trata de: Accidente Enfermedad

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad: _____ ¿Cuál fue el accidente o enfermedad? _____

Si es accidente mencione: ¿Cómo y dónde ocurrió el accidente?

Describe la naturaleza del padecimiento o de las lesiones sufridas:

¿Qué estudios de laboratorio y rayos X le fueron realizados?

Estuvo hospitalizado Si No Número de días _____ Hospital en el que fue atendido: _____

III. DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON

Nombre del médico tratante: _____

Especialidad: _____ Teléfonos: _____

Fecha de la primera consulta: _____

Otros médicos que lo atendieron sobre el accidente o enfermedad

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))	Domicilio, Localidad y Estado	Teléfono

En alguna ocasión ha consultado con algún otro médico: Si No

Si su respuesta es afirmativa por favor indique la causa:

IV. AUTORIZACIÓN

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.

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.

Asímismo, 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/>

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.

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

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 16 de Diciembre de 2016, con el número CGEN-S0038-0205-2016.