

# 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"/>	
País 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		N° de póliza		N° de certificado (sólo aplica para pólizas colectivas)	
Domicilio: (calle y número exterior e interior)			Código Postal		Colonia o fraccionamiento		Delegación o Municipio
Ciudad		Estado		Correo electrónico		Tel. casa (incluir LADA)/Tel. móvil	
<b>Tipo de Evento</b> <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 _____ N° de póliza _____							
<b>Documentos a presentar:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de la actuación de Ministerio Público o Tránsito (en caso de accidente vial).</li> <li>2. Interpretación de los estudios de laboratorio, imagen o de gabinete.</li> <li>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.</li> <li>4. Comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad. (solo para trámites de reembolso).</li> <li>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 <a href="http://www.mnyl.com.mx">www.mnyl.com.mx</a> para consultar requisitos adicionales para extranjeros.</li> </ol>							
<b>Tipo de Reclamación</b> <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: _____				N° 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)			

**Atención: Indispensable (leer antes de firmar)**

Entiendo(emos) y acepto(amos) que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

El(los) firmante(s), autorizo(amos) a médicos y a cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios laboratorios o clínicas a los que haya(mos) ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento, incluyendo cirugía de cualquier enfermedad, accidente o lesión, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información que se requiera, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi(nuestra) reclamación. Asimismo, relevo(amos) de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a los doctores, cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a las instituciones citadas en líneas anteriores y a las personas responsables de revelar la información a que se refiere este párrafo.

Asimismo, autorizo(amos) a las compañías de seguros a las que previamente he(mos) solicitado pólizas para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. la información que es de su conocimiento para la correcta evaluación de mi(nuestra) reclamación.

Acepto(amos) 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(nuestra) disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro(amos) conocer y aceptar en todos sus términos. Se me(nos) informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página [www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx](http://www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx).

Autorizo(amos) expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis(nuestros) datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi(nuestra) salud y la salud de los titulares de los datos personales 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 acepto(amos) la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en este formato y las finalidades de su tratamiento.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
día mes año

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma\* del Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma\* del Asegurado  
(Persona que recibe la atención médica)

\* Excepto menores de edad

**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 02 de abril de 2019 con número CGEN-S0038-0020-2019.**