

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	Nº de póliza	Nº de certificado (sólo aplica para pólizas colectivas)
Domicilio: (calle y número exterior e interior)		Código Postal	Colonia o fraccionamiento
Ciudad	Estado	Correo electrónico	Tel. casa (incluir LADA)/Tel. móvil

Tipo de Evento

☐ Accidente

☐ Enfermedad

☐ Embarazo

En caso de accidente automovilístico, favor de proporcionar los datos del seguro del auto

Nombre de la institución aseguradora _____ Nº de póliza _____

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación de Ministerio Público o Tránsito (en caso de accidente vial).
2. Interpretación de los estudios de laboratorio, imagen o de gabinete.
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.
4. Comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad. (solo para trámites de reembolso).
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 www.mnyl.com.mx para consultar requisitos adicionales para extranjeros.

Tipo de Reclamación

☐ Inicial

(Es la primera vez que presenta gastos por este evento)

☐ Complementaria

(Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: _____ Nº 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)



**SEGUROS
MONTERREY**

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.mnly.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 la presente solicitud, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life S.A de C.V. Asimismo, en su caso, acepto(amos) la responsabilidad de informar a los titulares de 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 13 de febrero de 2025 con número CGEN-S0038-0017-2025.