

Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado y firmado por el Médico Tratante con letra molde.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
3. La recepción de este formato por la Institución no implica la aceptación de la reclamación o procedencia del siniestro.
4. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores

Nº de Siniestro _____

Nº de Trámite _____

Favor de indicar:

Programación de Tratamiento Médico o Quirúrgico

Solicitud de Autorización por Ingreso Hospitalario

Reembolso

Sexo

F M

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) del paciente _____ Estado Civil _____

Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Nacimiento _____ Ocupación _____ Nº de Póliza _____ Nº de Certificado (Sólo aplica para pólizas Colectivas) _____

Dirección Actual (Calle, Núm. ext, Núm Int., Colonia, Delegación o Municipio, C.P., Estado) _____

E-mail del Asegurado Titular y/o Afectado _____ Casa / Teléfono (s) para contactos, favor de incluir LADA _____

Tel. Oficina _____ Celular o Nextel _____ Otro _____

Tipo de Evento

Accidente

Enfermedad

Embarazo

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

Nombre de la compañía de seguro _____ Nº de Póliza _____

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 _____

Fecha de primeros síntomas del Evento Día _____ Mes _____ Año _____

Describe el motivo de la atención médica:

Fecha de la primera atención Médica Día _____ Mes _____ Año _____

Donde ocurrió y/o donde fue atendido: _____

Observaciones

Entiendo y acepto 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.

Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativa que hayan tenido conocimiento de mi caso 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 tales como: historia clínica completa, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y demás información contenida en mi expediente clínico, así como todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi reclamación.

En relación a lo anterior, relevo de cualquier responsabilidad y del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información. Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi reclamación.

Nombre y Firma del Asegurado Titular

Nombre y Firma del Asegurado Afectado
(Excepto menores de edad)

Documentos a presentar:

1. Copia de la actuación del Ministerio Público (en caso de accidente).
2. Interpretación de los estudios de Imagen o de Gabinete.
3. Copia de Identificación Oficial del Asegurado Afectado (IFE, Pasaporte, y en caso de menores de edad: Credencial de la escuela, Acta de nacimiento, y/o Clave Única de Registro de Población (CURP))

La documentación contractual que integra este producto esta registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0038-0255-2011 de fecha 20/10/2011.