

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 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	Apellido Materno	Nombre(s)			
Fecha de nacimiento Día Mes Año	No. de póliza	No. 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			
Datos del Asegurado (persona que recibe la atención médica)					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)			
Tipo de Evento: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo					
Tipo de Reclamación					
<input type="checkbox"/> Inicial (Es la primera vez que presenta gastos por este evento) En caso de reclamación complementaria favor de indicar: Diagnóstico: _____					
<input type="checkbox"/> Complementaria (Cuando ya se han presentado gastos por este evento) Nº de siniestro _____					
Favor de indicar qué documento está entregando:					
Comprobantes de pago, indicar número de factura y monto reclamado.		Monto total reclamado \$ _____			
No. de factura	Monto reclamado	No. de factura	Monto reclamado	No. de factura	Monto reclamado
1	\$	7	\$	13	\$
2	\$	8	\$	14	\$
3	\$	9	\$	15	\$
4	\$	10	\$	16	\$
5	\$	11	\$	17	\$
6	\$	12	\$	18	\$
_____ Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago					

