

Este formato es requisito para los trámites correspondientes al **Beneficio de Maternidad de Gastos Médicos Mayores Individual**.

Consideraciones:

Maternidad previa al nacimiento (Anticipada), aplica para pólizas individual de Alfa Medical, Alfa Medical Flex y Alfa Medical Internacional.

Aviso en caso de una maternidad por reproducción asistida y Beneficio del 4to año, aplica para pólizas individual de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa de los asegurados, así como debidamente llenado y firmado por el médico tratante en la sección IV. Informe médico.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad para el trámite seleccionado y proporcionar información completa y detallada. No será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.
3. Por el hecho de proporcionar este formato, **Seguros Monterrey New York Life S.A. de C.V.** no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

I. Datos Generales			
Nombre de Contratante		N° de póliza	
Nombre de Asegurado Titular			
Datos de la madre asegurada			
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Entidad federativa de nacimiento	Nacionalidad	CURP o RFC (con homoclave cuando se cuente con ella)	
N° de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)	Lugar donde trabaja/ Empresa	Giro, actividad u objeto social	
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Ocupación o profesión			
Domicilio: (calle y N° exterior e interior)		Código Postal	Colonia o fraccionamiento
Alcaldía o municipio	Ciudad	Estado	Correo Electrónico
Tel. casa/Tel. móvil			
¿El embarazo en curso es resultado de un tratamiento de reproducción asistida?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de tratamiento de reproducción asistida, favor de llenar la siguiente sección:			
II. Aviso de reproducción asistida*			
¿El método seleccionado para la fertilización fue in vitro?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indicar el número de embriones implantados:			
Describe el tratamiento de fertilidad que se realizó.		Fecha de inicio de tratamiento	
		Día	Mes
		Año	
*Aplica para pólizas individuales de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.			
III. Beneficio de Maternidad			
Selecciona la opción que aplique			
<input type="checkbox"/> Maternidad previa al nacimiento (Anticipada)	<input type="checkbox"/> Maternidad posterior al nacimiento (Suma Asegurada indemnizatoria)	<input type="checkbox"/> Beneficio del 4° año, Programación o Reembolso	

Documentos a presentar (todos los documentos médicos deberán contener el nombre de la persona Asegurada que recibe la atención).

Para todos los trámites:

1. Ecografía o ultrasonido después de la semana 20 de gestación que confirme el embarazo, o certificado de nacimiento en caso de maternidad posterior al nacimiento.
2. 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.
3. 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; visita www.mnyl.com.mx para consultar requisitos adicionales para extranjeros.

Adicional para maternidad por reproducción asistida*:

1. Estudios que comprueben la esterilidad o infertilidad.
2. Conteo folicular.

*Aplica para pólizas individuales de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.

Tipo de reclamación

- Inicial (Es la primera vez que se presentan gastos por este evento) Complementaria o subsecuente (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: _____ N° de siniestro (solo si lo tuviera): _____

¿Cuentas con otro seguro de Gastos Médicos Mayores? _____

Historia clínica

Última fecha de menstruación (FUM) Día Mes Año

Fecha probable de parto Día Mes Año

Detallar todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.

Antecedentes personales patológicos

<input type="checkbox"/>	Cardiacos	
<input type="checkbox"/>	Hipertensivos	
<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	
<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	
<input type="checkbox"/>	Cáncer	
<input type="checkbox"/>	Hepáticos	
<input type="checkbox"/>	Convulsivos	
<input type="checkbox"/>	Cirugía(s)	
<input type="checkbox"/>	Otros	

Antecedentes personales no patológicos

<input type="checkbox"/>	¿Fumas? (cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consumes bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Consumes o has consumido drogas? (tipo y cantidad)
<input type="checkbox"/>	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)

Responde la cantidad de eventos:

Embarazos		Partos	
Abortos		Cesáreas	

IV. Informe médico (Debe ser llenado y firmado por el médico tratante)

¿La persona Asegurada ha recibido un tratamiento de reproducción asistida? Sí No

En caso de haber llevado un tratamiento de reproducción asistida, favor de detallar:

Diagnóstico (detallar la evolución y situación actual)

Exploración física y resultados de estudios relevantes (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: ____ cm Peso: ____kg

Tratamiento

Favor de indicar:

- Tratamiento quirúrgico (favor de especificar procedimiento)
- Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Favor de indicar:

- Programación de tratamiento
- Descripción del tratamiento ya realizado

Descripción:

¿Hubo complicaciones? Sí No Favor de especificar complicaciones:

Nombre del hospital	Ciudad	Fecha de ingreso	Día	Mes	Año	
Tipo de estancia	<input type="checkbox"/> Urgencia	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Fecha de egreso	Día	Mes	Año

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	N° de proveedor
RFC	Especialidad	Cédula profesional	
Cédula de especialidad/Certificación	Correo Electrónico	Teléfonos del consultorio	Tel. móvil

En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre(s) y especialidad del(los) médico(s) que participa(n) y su presupuesto de honorarios:

Anestesiólogo _____

Primer ayudante _____

Segundo ayudante _____

Otro(s) médico(s) _____

El llenado de este formato no obliga a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Se te informa 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.](#)

Como médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), todos los informes que se refieren a la salud del paciente en caso de requerirlos.

¿Pertenece a los prestadores de servicios médicos en convenio con [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#)? Sí No

En caso de no pertenecer a los prestadores de servicios médicos en convenio con [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#)

¿Aceptas el tabulador de [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) para el pago de honorarios? Sí No

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Nombre y firma del médico tratante

V. Reembolso

N° de siniestro (solo si lo tuviera): _____

Comprobantes de pago, indicar los últimos cuatro dígitos del folio fiscal y monto total de la factura.

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
1	\$
2	\$
3	\$
4	\$
5	\$

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
6	\$
7	\$
8	\$
9	\$
10	\$

Monto total de facturas: _____

Entrega de resultados de estudios (especifica cuáles) _____

Entrega de otros documentos (especifica cuáles) _____

VI. Pago

Forma de pago: Orden de pago (se requiere identificación oficial) Transferencia electrónica

Nombre del beneficiario de pago: _____

Por este medio solicito y autorizo a [Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V.](#), para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de Asegurado Titular o a favor de los Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago, la cual tiene los siguientes datos:

En caso de solicitar transferencia electrónica, proporcionar:

Cuenta CLABE (a 18 dígitos): _____

El Asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.

Declaro expresamente que los depósitos o transferencias efectuados a la cuenta antes mencionada, por los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza las cuales en este acto declaro que son de mi total conocimiento, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, aceptando que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud del pago que reciba de [Seguros Monterrey New York Life S.A. de C. V.](#), desde este momento otorgo el finiquito más amplio que en derecho proceda a favor de [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) no reservándome ningún derecho o acción que ejercitar en contra de esa institución o tercera persona que pudiera derivarse del Contrato de Seguro al amparo de la Póliza arriba mencionada. Asimismo, me obligo a sacar en paz y a salvo a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), de cualquier reclamación que pudiera presentar persona alguna que tuviera intereses contrarios, 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.](#)

Nombre y firma de la persona Asegurada beneficiaria del pago

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del beneficiario de pago.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar en cada trámite inicial o en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En trámites complementarios de un siniestro solo es necesario presentar la solicitud de reembolso debidamente requisitada con la información bancaria correspondiente y los documentos de comprobación de gastos.

La presente solicitud de reembolso y la documentación que la soporta deberá ser resguardada hasta por un periodo de 2 años por el solicitante en original y entregada a la Institución Aseguradora a la brevedad, en caso de que así lo requiera. En caso de no proporcionarla, no será posible continuar con el trámite de reclamación de esta solicitud.

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberás anexar copia de la identificación oficial del Asegurado Titular o del Asegurado designado como beneficiario del pago que tengan el mismo domicilio que el declarado en este formato, o en caso contrario, agregar copia del comprobante de domicilio con no más de tres meses desde su expedición.

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, así como tratamiento de reproducción asistida, para que proporcionen a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), aún cuando no exista 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 información a que se refiere este párrafo.

Lugar: _____

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Nombre y firma de la persona Asegurada beneficiaria del pago

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(nos) informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página 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 la presente solicitud, 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 esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Lugar: _____

Fecha: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Nombre y firma* del Asegurado Titular

Nombre y firma* de la persona Asegurada
(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 30 de septiembre de 2024, con el número CGEN-S0038-0055-2024.