

Solicitud de Cambio de Beneficiario de Pago de Gastos Médicos Mayores

Este formato es requisito para poder expedir el pago del reembolso de los gastos médicos procedentes a una persona ajena a la póliza.

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa de los Asegurados y del Beneficiario de pago designado.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad. 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 obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

I. Nombre del Asegurado Titular			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s)			
II. Nombre del Asegurado (persona que recibe la atención médica)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s)			
Número de póliza		Certificado (sólo aplica para pólizas colectivas)	
Siniestro			
III. Datos del Beneficiario (expedir el pago a nombre de)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s) / Razón Social			
Fecha de nacimiento/Constitución		Domicilio: (calle y número exterior e interior)	
Día	Mes	Año	Código Postal
Colonia o fraccionamiento		Delegación o Municipio	
Ciudad		Estado	
País de nacimiento		Nacionalidad	
Ocupación o profesión		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.			
Correo electrónico		Tel. casa (incluir LADA)	
Tel. oficina (incluir LADA)		Tel. móvil	
Parentesco con el titular			
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Motivo del cambio de beneficiario _____			
Nombre y firma* del Asegurado Titular		Nombre y firma* del Asegurado (Persona que recibe la atención médica)	
Nombre y firma del Beneficiario de pago designado.			
*Excepto menores de edad			

Documentos a presentar por el Asegurado Titular, Asegurado* (persona que recibe la atención médica) y Beneficiario designado del pago:

1. Copia de Identificación Oficial: INE, pasaporte, licencia de conducir, otro (especifique)
2. Comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad.
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; consulte www.mnyl.com.mx para consultar requisitos adicionales para extranjeros.

Asimismo le informamos que el presente documento constituye su formal autorización y aceptación para que Seguros Monterrey New York Life, S.A de C.V. pague a un tercero el reembolso de gastos médicos procedentes deslindándola de cualquier responsabilidad sobre el pago solicitado.

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

Acepto 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 disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx. Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi 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 la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en este formato y las finalidades de su tratamiento.

Fecha _____ / _____ / _____
 día mes año

 Nombre y firma* del Asegurado Titular

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

 Nombre y firma del Beneficiario de pago designado.

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 8 de marzo de 2019 con número CGEN-S0038-0008-2019.