Solicitud de Cambio de Beneficiario de Pago de Reembolso 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 y es aplicable únicamente para el pago de la solicitud de reembolso al cual se adjunta.

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 (sólo si lo tuviera)

III. Datos del Beneficiario (expedir el pago a nombre de)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) / Razón Social

Fecha de nacimiento/Constitución Día Mes Año	Domicilio Particular: (calle y número exterior e interior)	Código Postal

Colonia o fraccionamiento	Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado

País de nacimiento	Nacionalidad	Entidad Federativa de Nacimiento	Ocupación o profesión

CURP o RFC (con homoclave)	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (sólo si cuenta con ella)

Giro, actividad u objeto social	Correo electrónico	Tel. casa (sólo si lo tuviera)

Tel. oficina (sólo si lo tuviera)	Tel. móvil	Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)

Parentesco con el titular

Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ 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

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY

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

1. Copia de Identificación Oficial Vigente: INE, pasaporte, licencia de conducir, cédula profesional.
2. Comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad.
3. Constancia de situación fiscal actualizada, en caso de ser extranjero recabar forma migratoria vigente.

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 ajeno a esta póliza, 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.

Declaro expresamente que, al efectuarse el pago de la presente reclamación por el monto que proceda de acuerdo al Contrato de Seguro al amparo de la póliza al rubro mencionada, que en este acto declaro es de mi total conocimiento; tendré por reconocido y efectuado el pago a mi entera satisfacción, con el cual reconozco que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud del pago que en este acto recibo, 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 al rubro 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.

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 20 de septiembre de 2023, con número CGEN-S0038-0083-2023.

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY