

Póliza número _____ Contratante/Asegurador Titular _____

Nombre del Asegurado que recibe la atención médica _____

No. Certificado (en el caso de pólizas colectivas) _____

Por este formato reconozco y acepto que soy responsable de la información y gestión de los trámites ante Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. (la Institución Aseguradora) relacionada con el Siniestro número _____ (este campo deberá llenarse únicamente en caso de reclamación complementaria), y declaro que:

- Reconozco que la información que proporciono en el llenado de este documento es completa, exacta y verídica.
- Al recibir atención médica en un Hospital, Clínica o Centro de Infusión me comprometo que, al momento de presentar la reclamación ante la Institución Aseguradora, incluiré el documento de egreso hospitalario, comprobante que acredite el pago de la participación correspondiente y, en su caso, la penalización aplicable.
- De acuerdo al Art. 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se resalta que en caso de ocultar información o presentar datos falsos con la intención de hacer incurrir en error a la Institución Aseguradora, esta podrá negar el pago del Siniestro.
- Reconozco que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. se reserva el derecho de tomar las medidas legales que estime necesarias, conforme a lo establecido por la ley, en relación con las declaraciones aquí contenidas.

Asimismo, en el siguiente recuadro señalo de quien recibí asesoría al ingresar el trámite del Siniestro señalado anteriormente, así como la descripción de la asesoría:

Figura y Nombre	Sí / No (Marca la opción)		Describe asesoría
Asesor*	Sí	No	
Gestor**	Sí	No	
Alguna otra persona o entidad	Sí	No	

* Asesor, Promotor, Partner, Despacho o Bróker

** Gestor: tercero independiente, distinto de un agente o bróker autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y no está facultado para intermediar, negociar, comprometer o representar a la Institución Aseguradora y actúa como apoyo administrativo por cuenta y riesgo del asegurado.

También, declaro si recibí cualquier ofrecimiento de descuento, condonación o reducción de Participación (Deducible y/o Coaseguro, Copago, etc.). En caso de indicar **Sí**, señalo el detalle y de parte de que figura lo recibí:

Sí ☐ Brindo detalle: _____

No ☐

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 documento, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades contempladas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Asimismo, en su caso, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los Datos Personales proporcionados en este formato y las finalidades de su tratamiento.

Firma del Asegurado / Declarante***

Nombre: _____

Fecha: _____

*** En caso de que el asegurado que recibe la atención médica sea menor, el documento deberá ser llenado por padre, madre o tutor