

## DECLARACION DE SINIESTRO GRUPO

Fallecimiento/Incapacidades /Cobertura en Vida / Perdidas Organicas

NOTA: Es importante que este formato se llene a una sola tinta, con letra de molde y legible. Que todas las preguntas sean contestadas y que se de una información completa y detallada. Por el hecho de proporcionar este formulario, la compañía no queda obligada a admitir la validez de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

**Este trámite es totalmente Gratuito**

No. de Póliza	No. de Certificado	Lugar y fecha:

Tipo de Reclamación:  Fallecimiento     Incapacidad     Perdidas Organicas     Cobertura en Vida

**Con el llenado de este formulario se presenta formal reclamación a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. al amparo de la (s) póliza(s) arriba citada(s)**

Nombre(Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))			Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
RFC	CURP	FIEL	No. Afiliación al IMSS u otra institución	Lugar de Nacimiento
Domicilio Actual (Calle y No.)			Colonia o Fraccionamiento	Ciudad
Estado	C.P.	Telefono	Correo electronico	
Ultima ocupación o profesión			Actividad o giro del lugar donde desempeña su ocupación o profesión	
Lugar y/o domicilio donde desempeña su ocupación o profesión			Fecha en que ocurrió el fallecimiento, accidente o aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad:	

Describa cual fue la causa del fallecimiento, accidente o enfermedad:	<b>Firma del Asegurado</b>
Describa brevemente las actividades laborales o profesionales que realiza o realizaba antes de su padecimiento:	

### BENEFICIARIOS (Llenar solo en caso de fallecimiento del asegurado)

Denominación o razón social (Llenar estos datos si el beneficiario es persona moral).			Fecha Constitución	Folio Mercantil
Nombre del representante legal ( Apellido paterno, materno, nombre (s))			Nacionalidad del Representante	RFC de la Empresa
Domicilio de la empresa(Calle, No.)			Correo electronico	FIEL
Colonia	C:P	Ciudad	Estado	<b>Firma del Representante Legal</b>
Giro Mercantil, actividad u objeto social			Telefono	
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))				<b>Firma Beneficiario</b>
RFC	CURP	FIEL	Parentesco con el Asegurado	
Domicilio (Calle y No.)			Colonia o Fraccionamiento	
C.P.	Telefono	Ciudad	Estado	
Email	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Ocupación o Profesión	Giro o Actividad del negocio		Denominación o razón social del negocio	

### Importante leer antes de firmar

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con la salud de los titulares de los Datos Personales, de conformidad con los términos de este Consentimiento y el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley 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.

Mencione si usted, su cónyuge, concubina(rio) o pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros ser jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta [PEP]). Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PEP \_\_\_\_\_

Nacionalidad de la personas que señala como PEP \_\_\_\_\_

Parentesco o vinculo con usted \_\_\_\_\_

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor indique si usted es ciudadano de los Estados Unidos de América en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros ("FATCA" por sus siglas en inglés)?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, le pedimos que llene el "Cuestionario FATCA" y proporcione su número de identificación fiscal del los EEUU ("TIN" por sus siglas en inglés):

\_\_\_\_\_

Autorizo a médicos o personas que hayan asistido o examinado al asegurado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a las que haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento, incluyendo cirugía, de cualquier enfermedad o lesión donde se atendió al asegurado para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. 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 se refiera a la salud de éste, incluyendo datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto relevo de cualquier responsabilidad a las instituciones, médicos o personas involucradas, del secreto profesional y de las obligaciones contenidas en la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares y su reglamento. Una copia fotostatica de esta autorización se considerara igualmente valida como la original.

**Firma de Asegurado, Beneficiario o Representante Legal**

La documentación contractual que integra este producto esta registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, bajo el registro número CGEN-S0038-0100-2013 con fecha del 05/04/2013.

**DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE**  
**Fallecimiento/Incapacidades /Cobertura en Vida / Perdidas Organicas**

NOTA: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se de una información completa y detallada

**Datos del Asegurado**

Nombre del Paciente Asegurado: (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) \_\_\_\_\_

Tipo de Reclamación:  Fallecimiento     Incapacidad     Perdidas Organicas     Cobertura en Vida

**Información sobre la causa de fallecimiento o padecimiento actual**

Causa:  Accidente     Enfermedad

En caso de accidente describa como y donde ocurrió, de acuerdo a como lo conozca: \_\_\_\_\_

Fecha en que atendió por primera vez al asegurado con respecto al padecimiento o accidente: \_\_\_\_\_

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos del padecimiento o fecha en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Principales signos y síntomas: \_\_\_\_\_

La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad:  SI     NO

Que tipo de Incapacidad:  Parcial     Total    La incapacidad es de carácter:  Temporal     Definitiva

Fecha de inicio de la incapacidad: \_\_\_\_\_ Fecha fin de la incapacidad: \_\_\_\_\_

Mencione brevemente el estado actual, el pronostico y estado funcional con respecto de la incapacidad: \_\_\_\_\_

**Causas de la defunción (Llenar solo en caso de fallecimiento)**

	Causa de la defunción	Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
patologico que produjo la muerte directamente		
Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba		
Otros estados patologicos significativos que contribuyeron a la muerte.		

**Datos del médico que llena el presente formulario:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Cedula Profesional No. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Telefonos: \_\_\_\_\_ Radio o Celular: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

Nota: Como médico tratante bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente del expediente clínico, obligándome a ratificar el presente documento ante cualquier autoridad o fedatario en el momento en que se me requiera. Manifestando que el presente documento se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo, etcétera, poniendo a disposición de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. tanto el expediente clínico, como los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que se refiera a la salud del asegurado y que obre en mi poder

Firma del Médico \_\_\_\_\_