

# 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.

<b>I. Nombre del Asegurado Titular</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s)			
<b>II. Nombre del Asegurado (persona que recibe la atención médica)</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s)			
Número de póliza		Certificado	
Siniestro			
<b>III. Datos del Beneficiario (expedir el pago a nombre de)</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombre(s) / Razón Social			
Fecha de nacimiento/Constitución Día Mes Año		Domicilio: (calle y número exterior e interior)	
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 _____			
<b>Documentos a presentar por el Asegurado Titular, Asegurado* (persona que recibe la atención médica) y Beneficiario designado del pago:</b>			
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 <a href="http://www.mnyl.com.mx">www.mnyl.com.mx</a> 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](http://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.

\*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 14 de enero de 2019 con número CGEN-S0038-0008-2019.**