

## 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: <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Perdidas Organicas <input type="checkbox"/> Cobertura en Vida			
<b>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)</b>			
Nombre(Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
RFC	CURP	FIEL	No. Afiliación al IMSS u otra institución
Lugar de Nacimiento		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:			Firma del Asegurado
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
Giro Mercantil, actividad u objeto social		Telefono	Firma del Representante Legal
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))			
RFC	CURP	FIEL	Firma Beneficiario
Domicilio (Calle y No.)		Parentesco con el Asegurado	
C.P.	Telefono	Colonia o Fraccionamiento	
Email	Fecha de Nacimiento	Ciudad	Estado
Ocupación o Profesión	Giro o Actividad del negocio	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
		Nacionalidad	
		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 vínculo 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 fotostática 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.