Formato de Maternidad

Fecha Día Mes Año

Este formato es requisito para los trámites correspondientes al **Beneficio de Maternidad de Gastos Médicos Mayores Individual.**

Consideraciones:

Maternidad previa al nacimiento (Anticipada), aplica para pólizas individual de Alfa Medical, Alfa Medical Flex y Alfa Medical Internacional.

Aviso en caso de una maternidad por reproducción asistida y Beneficio del 4to año, aplica para pólizas individual de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa de los asegurados, así como debidamente llenado y firmado por el médico tratante en la sección IV. Informe médico.
2. Es necesario llenar el formato en su totalidad para el trámite seleccionado y proporcionar información completa y detallada. 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 obligado a admitir la validez de la reclamación ni renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.

I. Datos Generales

Nombre de Contratante	N° de póliza
Nombre de Asegurado Titular	

Datos de la madre asegurada

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Entidad federativa de nacimiento	Nacionalidad	CURP o RFC (con homoclave cuando se cuente con ella)	
N° de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)		Lugar donde trabaja/ Empresa	Giro, actividad u objeto social
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Ocupación o profesión	
Domicilio: (calle y N° exterior e interior)	Código Postal	Colonia o fraccionamiento	Alcaldía o municipio
Ciudad	Estado	Correo Electrónico	Tel. casa/Tel. móvil

¿El embarazo en curso es resultado de un tratamiento de reproducción asistida? Sí ☐ No ☐

En caso de tratamiento de reproducción asistida, favor de llenar la siguiente sección:

II. Aviso de reproducción asistida*

¿El método seleccionado para la fertilización fue in vitro? Sí ☐ No ☐

Indicar el número de embriones implantados:

Describe el tratamiento de fertilidad que se realizó.

Fecha de inicio de tratamiento

Día Mes Año

*Aplica para pólizas individuales de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.

III. Beneficio de Maternidad

Selecciona la opción que aplique

☐ Maternidad previa al nacimiento (Anticipada)

☐ Maternidad posterior al nacimiento (Suma Asegurada indemnizatoria)

☐ Beneficio del 4° año, Programación o Reembolso

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY

Documentos a presentar (todos los documentos médicos deberán contener el nombre de la persona Asegurada que recibe la atención).

Para todos los trámites:

1. Ecografía o ultrasonido después de la semana 20 de gestación que confirme el embarazo, o certificado de nacimiento en caso de maternidad posterior al nacimiento.
2. Copia de Identificación Oficial: INE, pasaporte, licencia de conducir, otro (especifique) _____, y en caso de menores de edad: Credencial de la escuela o acta de nacimiento.
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; visita www.mnyl.com.mx para consultar requisitos adicionales para extranjeros.

Adicional para maternidad por reproducción asistida*:

1. Estudios que comprueben la esterilidad o infertilidad.
2. Conteo folicular.

*Aplica para pólizas individuales de Alfa Medical y Alfa Medical Internacional.

Tipo de reclamación

☐ Inicial (Es la primera vez que se presentan gastos por este evento)

☐ Complementaria o subsecuente (Cuando ya se han presentado gastos por este evento)

En caso de reclamación complementaria favor de indicar:

Diagnóstico: _____ N° de siniestro (solo si lo tuviera): _____

¿Cuentas con otro seguro de Gastos Médicos Mayores? _____

Historia clínica

Última fecha de menstruación (FUM) Día Mes Año

Fecha probable de parto Día Mes Año

Detallar todas las patologías, fecha de inicio y/o tiempo de evolución; tratamientos y en caso de cirugías, la fecha de realización.

Antecedentes personales patológicos		
☐	Cardiacos	
☐	Hipertensivos	
☐	Diabetes Mellitus	
☐	VIH/SIDA	
☐	Cáncer	
☐	Hepáticos	
☐	Convulsivos	
☐	Cirugía(s)	
☐	Otros	

Antecedentes personales no patológicos	
☐	¿Fumas? (cantidad)
☐	¿Consumes bebidas alcohólicas? (tipo y cantidad)
☐	¿Consumes o has consumido drogas? (tipo y cantidad)
☐	¿Pérdida no intencional de peso? (cantidad)

Responde la cantidad de eventos:			
Embarazos		Partos	
Abortos		Cesáreas	

IV. Informe médico (Debe ser llenado y firmado por el médico tratante)

¿La persona Asegurada ha recibido un tratamiento de reproducción asistida? Sí ☐ No ☐

En caso de haber llevado un tratamiento de reproducción asistida, favor de detallar:

Diagnóstico (detallar la evolución y situación actual)

Exploración física y resultados de estudios relevantes (favor de anexar interpretaciones que confirmen diagnóstico)

Talla: ____ cm Peso: ____ kg

Tratamiento

Favor de indicar:

☐ Tratamiento quirúrgico (favor de especificar procedimiento)

☐ Tratamiento médico (favor de describir tratamiento, dosificación y fecha de inicio)

Favor de indicar:

☐ Programación de tratamiento

☐ Descripción del tratamiento ya realizado

Descripción:

¿Hubo complicaciones? Sí ☐ No ☐ Favor de especificar complicaciones:

Nombre del hospital	Ciudad	Fecha de ingreso Día Mes Año
Tipo de estancia __ Urgencia ☐ Hospitalización		Fecha de egreso Día Mes Año

Datos generales del médico tratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	N° de proveedor
RFC	Especialidad		Cédula profesional
Cédula de especialidad/Certificación	Correo Electrónico	Teléfonos del consultorio	Tel. móvil

En caso de programar un tratamiento, favor de indicar nombre(s) y especialidad del(los) médico(s) que participa(n) y su presupuesto de honorarios:

Anestesiólogo _____

Primer ayudante _____

Segundo ayudante _____

Otro(s) médico(s) _____

El llenado de este formato no obliga a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

Se te informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Como médico tratante me comprometo a hacer del conocimiento a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., todos los informes que se refieren a la salud del paciente en caso de requerirlos.

¿Perteneces a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.? Sí ☐ No ☐

En caso de no pertenecer a los prestadores de servicios médicos en convenio con Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
¿Aceptas el tabulador de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para el pago de honorarios? Sí ☐ No ☐

Fecha: ____/____/____ _____

Día Mes Año Nombre y firma del médico tratante

V. Reembolso

N° de siniestro (solo si lo tuviera): _____

Comprobantes de pago, indicar los últimos cuatro dígitos del folio fiscal y monto total de la factura.

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
1	$
2	$
3	$
4	$
5	$

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
6	$
7	$
8	$
9	$
10	$

Monto total de facturas: _____

Entrega de resultados de estudios (especifica cuáles) _____

Entrega de otros documentos (especifica cuáles) _____

VI. Pago

Forma de pago: ☐ Orden de pago (se requiere identificación oficial) ☐ Transferencia electrónica

Nombre del beneficiario de pago: _____

Por este medio solicito y autorizo a Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V., para que cualquier pago que proceda a mi favor en mi calidad de Asegurado Titular o a favor de los Asegurados, derivado del Contrato de Seguro antes señalado, sea depositado en la cuenta bancaria a mi nombre o a nombre del beneficiario del pago, la cual tiene los siguientes datos:

En caso de solicitar transferencia electrónica, proporcionar:

Cuenta CLABE (a 18 dígitos): | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

El Asegurado declara bajo protesta de decir la verdad, que el número de la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. por los pagos/depósitos, que a favor de dichas cuentas esta efectúe.

Declaro expresamente que los depósitos o transferencias efectuados a la cuenta antes mencionada, por los montos que procedan de acuerdo al contrato de seguro y a las condiciones de la póliza las cuales en este acto declaro que son de mi total conocimiento, los tendré reconocidos y efectuados a mi más entera satisfacción, aceptando que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud del pago que reciba de Seguros Monterrey New York Life S.A. de C. V., desde este momento 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 arriba 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.

_____

Nombre y firma de la persona Asegurada beneficiaria del pago

Es de mi conocimiento la siguiente información:

- Es indispensable que la cuenta bancaria arriba señalada esté a nombre del beneficiario de pago.
- Presentar estado de cuenta bancaria que contenga la cuenta CLABE a nombre del beneficiario de pago y no mayor a tres meses de su emisión (se requiere presentar en cada trámite inicial o en caso de cambio de cuenta bancaria).
- En trámites complementarios de un siniestro solo es necesario presentar la solicitud de reembolso debidamente requisitada con la información bancaria correspondiente y los documentos de comprobación de gastos.

La presente solicitud de reembolso y la documentación que la soporta deberá ser resguardada hasta por un periodo de 2 años por el solicitante en original y entregada a la Institución Aseguradora a la brevedad, en caso de que así lo requiera. En caso de no proporcionarla, no será posible continuar con el trámite de reclamación de esta solicitud.

Atención: Indispensable (leer antes de firmar)
Al entregar este formato durante una solicitud inicial, deberás anexar copia de la identificación oficial del Asegurado Titular o del Asegurado designado como beneficiario del pago que tengan el mismo domicilio que el declarado en este formato, o en caso contrario, agregar copia del comprobante de domicilio con no más de tres meses desde su expedición.

Entiendo(emos) y acepto(amos) que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
El(los) firmante(s), autorizo(amos) a médicos y a cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios o clínicas a los que haya(mos) ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento, incluyendo cirugía de cualquier enfermedad, accidente o lesión, así como tratamiento de reproducción asistida, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., aún cuando no exista orden judicial o administrativa, 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 pueda ser útil para la evaluación correcta de mi(nuestra) reclamación. Asimismo, relevo(amos) de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a los doctores, cualquier persona que me(nos) haya asistido o examinado, a las instituciones citadas en líneas anteriores y a las personas responsables de revelar información a que se refiere este párrafo.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

_____
Nombre y firma de la persona Asegurada beneficiaria del pago

Asimismo, autorizo(amos) a las compañías de seguros a las que previamente he(mos) solicitado pólizas para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. la información que es de su conocimiento para la correcta evaluación de mi(nuestra) reclamación.

Acepto(amos) 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(nuestra) disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro(amos) conocer y aceptar en todos sus términos. Se(nos) informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx

Autorizo(amos) expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis(nuestros) datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi(nuestra) salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en la presente solicitud, 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(amos) la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

_____
Nombre y firma* del Asegurado Titular

_____
Nombre y firma* de la persona Asegurada
(Persona que recibe la atención médica)

*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 30 de septiembre de 2024, con el número CGEN-S0038-0055-2024.

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY