Anexo a la Solicitud de Reembolso

Indicaciones:

1. Este formato deberá ser llenado a una sola tinta, con letra legible y deberá tener firma autógrafa del Asegurado. No será válido con tachaduras o enmendaduras y de lo declarado no se aceptarán cambios posteriores.
2. Sólo en caso de reclamar más de 42 facturas continuar con el llenado de este Anexo.
   *Este anexo se agrega y forma parte integrante del formato de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos de fecha _____, presentado por el suscrito.

Nombre o Razón Social del Contratante
Nombre de Asegurado Titular
Nombre del Asegurado (persona que recibe la atención médica)

Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura	Cuatro últimos dígitos del folio fiscal	Monto de la factura
43	$	56	$	69	$
44	$	57	$	70	$
45	$	58	$	71	$
46	$	59	$	72	$
47	$	60	$	73	$
48	$	61	$	74	$
49	$	62	$	75	$
50	$	63	$	76	$
51	$	64	$	77	$
52	$	65	$	78	$
53	$	66	$	79	$
54	$	67	$	80	$
55	$	68	$	81	$

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, referida en la página 2/2 del Formato de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, del que forma parte el presente anexo.

Lugar: _____

Fecha: _____/_____/_____.
día mes año

_____
Nombre y firma del Asegurado beneficiario del pago

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 20 de septiembre de 2023, con número CGEN-S0038-0083-2023.

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY