

## CAMBIO DE BENEFICIARIO

Para poder expedir el cheque del reembolso de los gastos médicos procedentes a una persona diferente al asegurado o dependiente afectado, es necesario que nos proporcione la siguiente información:

<b>Nombre del titular de la póliza:</b> <small>(AP, AM, Nombre (s))</small>					
<b>Domicilio del Titular</b>					
<b>Nombre del asegurado o dependiente afectado:</b> <small>(AP, AM, Nombre (s))</small>					
<b># Póliza</b>		<b>Certificado</b>		<b>Siniestro</b>	
<b>Expedir cheque a nombre de:</b> <small>(AP, AM, Nombre (s))</small>					
<b>Domicilio del Beneficiario del Cheque</b>					
<b>Parentesco con el Titular</b>		Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> <small>Especifique _____</small>
<b>Copia de la Identificación presentada por el titular</b>		Credencial IFE <input type="checkbox"/> No.	Pasaporte <input type="checkbox"/> No.	Licencia <input type="checkbox"/> No.	
<b>Copia de la Identificación presentada por el beneficiario del cheque</b>		Credencial IFE <input type="checkbox"/> No.	Pasaporte <input type="checkbox"/> No.	Licencia <input type="checkbox"/> No.	
<b>Motivo de cambio de beneficiario del cheque</b>					

Al entregar este formato, deberá anexar copia de la identificación oficial del titular de la póliza así como de la identificación oficial de la persona que se designe como beneficiario del cheque a expedir, que tengan el mismo domicilio que el declarado en este formato.

Así mismo le informamos que el presente documento será tomado como autorización oficial y deslinda a Seguros Monterrey New York Life, S.A. y a Meximed, S.A. de C.V. de cualquier responsabilidad sobre el cobro o uso del cheque solicitado.

Aprovechamos la ocasión para enviarle un cordial saludo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Titular de la póliza  
que Autoriza

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Funcionario  
autorizado por  
Seguros Monterrey New York Life