

Solicitud de Cambios de Gastos Médicos Mayores

1 / 5
Fecha de Solicitud
Día Mes Año

--	--	--	--

Número de Póliza _____ Número de Agente _____

I. Nombre del Solicitante del Cambio			
Nombre(s) _____			
Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____	
En caso de aceptar esta solicitud convengo en que la misma formará parte del contrato del seguro al que se refiere.			
II. Movimientos			
Aumento (A) / Disminución (D) de:			
Deducible	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	Duplicado de Póliza	<input type="checkbox"/>
Coaseguro	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	Duplicado de Credenciales	<input type="checkbox"/>
CHMQ* (solo para Alfa Medical y Flex)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	Cambio de Deducible: Único (U) o Anual (A)	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> A
Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D	Cambio de Forma de Pago _____	<input type="checkbox"/>
Exclusión (E) de Asegurados	<input type="checkbox"/> E	Cambio de Conducto de Cobro _____	<input type="checkbox"/>
Inclusión (I) / Exclusión (E) de Coberturas:		Cambio de Plan de _____ a _____	<input type="checkbox"/>
CEE (Extensión de Cobertura en el Extranjero) (solo para AM)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Cambio de Set de ____ a ____ (solo para Alfa Medical Flex)	<input type="checkbox"/>
CAE (Asistencia en el Extranjero)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Inclusión de Riesgo	<input type="checkbox"/>
CPF (Protección por Fallecimiento)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Rehabilitación hasta 60 días de cancelada	<input type="checkbox"/>
CEC (Enfermedades Catastróficas en el Extranjero) (Solo para AM)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Cambio de Agente	<input type="checkbox"/>
CEDA (Eliminación de Deducible por Accidente)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Cambio de Contratante	<input type="checkbox"/>
CETTE (Cobertura de Estudiantes y Trabajadores Temporales en el Extranjero) (Especificar nombre(s) en sección III)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Cambio de Domicilio	<input type="checkbox"/>
AMCD (Alfa Medical Cash por Diagnóstico) (especificar nombre(s) en sección III)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Inclusión/corrección de datos fiscales	<input type="checkbox"/>
DP (Dental Premium por Enfermedad)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Corrección de Nombre (Contratante, Asegurado, Titular o Cónyuge)	<input type="checkbox"/>
Cobertura de VIH	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Corrección de Fecha de Nacimiento (Titular, Cónyuge o Asegurado)	<input type="checkbox"/>
Maternidad por Reproducción Asistida (especificar nombre(s) en sección III)	<input type="checkbox"/>	Corrección de Sexo (Contratante, Asegurado, Titular o Cónyuge)	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	Cambio de Beneficiarios (dar más detalle en sección VI)	<input type="checkbox"/>
II.I Datos fiscales			
RFC _____	C.P. de domicilio fiscal _____	Régimen fiscal _____	
Inclusión de Asegurado			
Nombre(s) _____			
Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____	
Ocupación o Profesión _____	Correo Electrónico (en su caso) _____	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Sexo Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>
Estatura _____	Peso _____	Edad _____	Parentesco (con relación al Asegurado Titular) _____
Nacionalidad _____	País de Nacimiento _____	Entidad Federativa de Nacimiento _____	
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) _____			Código Postal _____
Colonia o Fraccionamiento _____		Alcaldía o Municipio _____	
Ciudad _____		Estado _____	
Domicilio en el Extranjero (en su caso) _____			
Teléfono _____	Teléfono Móvil _____	RFC (ver sección II.I) _____	CURP _____
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella) _____			

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

III. Descripción del cambio solicitado (en esta solicitud no se deben proporcionar datos de tarjeta bancarios)

IV. Datos requeridos

Es importante que cada uno de los cambios que se soliciten vengan acompañados por la documentación requerida operativamente y debe especificarse la información básica elemental dentro del campo "Descripción de Cambio Solicitado", considerando lo siguiente:

Tipo de Cambio	Datos Requeridos
Cambio de Domicilio	Comprobante de domicilio, domicilio completo (calle, número exterior e interior, Colonia o fraccionamiento, Alcaldía o Municipio, Ciudad, Estado, Código Postal) y especificar a quién corresponde el cambio (Contratante, Asegurado Titular o para ambos).
Rehabilitación hasta 60 días de cancelada	Es necesaria la firma del Contratante y Asegurado Titular. En caso de que el Asegurado Titular sea menor de edad, incluir en su lugar la firma del Contratante.
Disminución de deducible, disminución de coaseguro, cambio de deducible anual a deducible único, aumento de Suma Asegurada, inclusión de coberturas y aumento de CHMQ*	Es indispensable llenar cuestionario médico.
Inclusión de Riesgo	Deberá adjuntar cuestionario del deporte y/o actividad correspondiente al deporte o afición practicado.
Inclusión de Coberturas	Para las coberturas CPF, CEC, CEE, DP y AMCD se deberá llenar cuestionario médico, para CETTE se requiere carta laboral o del colegio con el motivo y periodo de tiempo del viaje, en el caso de CEDA y CAE el cuestionario médico no es necesario.
Corrección de Nombre	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s), anexar copia de Acta de Nacimiento.
Corrección de Fecha de Nacimiento	Día, mes, año (dd/mm/aaaa), nombre completo y Figura a la que se aplica (Contratante, Titular, Asegurado o Cónyuge), anexar copia de Acta de Nacimiento.
Cambio de Plan	Cuando se trate de un cambio a un plan de mayor nivel deberá llenar cuestionario médico.
Cambio de Agente	Es necesario adjuntar el formato de "Cambio de Agente" o una carta firmada por el Cliente, Asesor y promotor receptor, y copia de identificación oficial del Cliente.
Inclusión de Recién Nacido	No se requiere cuestionario médico, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de antigüedad en la Póliza y la inclusión se realice dentro de los 30 días posteriores al nacimiento. De lo contrario, deberá llenar cuestionario médico.

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las Figuras de la presente solicitud?

Figuras	Sí	No
Contratante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.- Cuestionario Médico	Titular	Cónyuge	Asegurado	Figura			
Marque en la columna de "Sí" en caso de ser afirmativa su respuesta o en la columna de "No" en caso de ser negativa.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
A) ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades congénitas y/o cualquier otro padecimiento?:							
1. ¿Del corazón y la circulación? (Entre otras; soplo, dolor de pecho o en el tórax, infarto al miocardio, presión arterial alta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Del aparato respiratorio? (Entre otras: bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Del aparato digestivo? (Entre otras; úlcera en el estómago o duodeno, enfermedades del hígado, vesícula biliar, intestinos o colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Del aparato genitourinario? (Entre otras; de los riñones, de la próstata o de la vejiga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Del sistema endócrino? (Entre otras; diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

6. ¿Del sistema nervioso? (Entre otras; pérdida del conocimiento o convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis, epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Del aparato músculo esquelético? (Entre otras; de la columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas, cadera o hernias de cualquier tipo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Cáncer o tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Cualquier otra enfermedad que se haya manifestado por más de 8 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B) ¿Tiene(n) algún defecto visual o auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C) ¿Alguna vez ha(n) estado hospitalizado(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D) Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:							
1. ¿Padece(n) actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Está(n) en tratamiento actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Padece(n) o le(s) han diagnosticado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Se le(s) ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Tiene(n) pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. En los últimos 12 meses, ¿ha presentado variación en su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E) ¿Le(s) falta algún miembro, parte de él o tiene(n) alguna deformidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F) ¿Alguna vez le(s) han practicado alguno de estos estudios?:							
1. ¿Electrocardiogramas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Pruebas de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G) Hábitos Toxicológicos:							
1. ¿Fuma(n)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Consume(n) Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Consume(n) Drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, detallar: Clase, cantidad y frecuencia Si abandonó algún hábito toxicológico, señale: _____ Fecha, clase, cantidad y frecuencia con la que solía consumirlo _____							
H) Solo para solicitantes mujeres a partir de 15 años:							
1. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Está(n) embarazada(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Número de embarazos? Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____							
4. ¿Presentó(aron) alguna complicación en el embarazo o en las atenciones obstétricas ej. preeclampsia, eclampsia, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Se ha(n) sometido o se encuentra(n) bajo algún tratamiento de reproducción/maternidad asistida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha(n) padecido enfermedades del aparato reproductor (ovarios, matriz u otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Fecha de última citología vaginal (papanicolaou) _____ Resultados _____							
8. Fecha de última Mastografía _____ Resultado _____							

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

En cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorio y gabinete, diagnóstico, evolución, estado actual en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma al calce del Solicitante y Persona Por Asegurar Titular.

No. de Figura	Letra y No. de pregunta	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

Mencione si usted, su cónyuge, concubina(no) 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 (Personas Políticamente Expuestas [PPE]).

Sí No Sí No

Contratante Asegurado

En caso afirmativo, describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PPE _____

Nacionalidad de la personas que señala como PPE _____

Parentesco o vínculo con usted _____

Nombre completo de la PPE _____

Fecha de Nacimiento | Día | Mes | Año |

Nota: llenar solo en caso de inclusión de Asegurado o cambio de Contratante.

VI. Cambio de Beneficiarios

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos y otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Haciendo uso que me concede la Ley Sobre el Contrato de Seguro, revoco la designación de Beneficiarios que hice con anterioridad y en su lugar designo a:

La persona asegurada designa como Beneficiario(s) a:

No. de Figura	Nombre o Razón Social	Fecha de Nacimiento o Constitución dd/mm/aaaa	Parentesco	Porcentaje
				%
				%
				%
				%
				%

Datos/Domicilio de Beneficiarios: Indicar el domicilio del Beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Persona por Asegurar

Titular. No. Figura: _____ Estos datos deben recabarse para cada Beneficiario obligatoriamente.

Domicilio: (calle y número exterior e interior)

Código Postal

Colonia o fraccionamiento

Alcaldía o Municipio

Ciudad

Estado

Folio mercantil (en caso de ser Persona Moral)

Correo Electrónico (en caso de contar con él)

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

VII. 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

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 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 la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Estoy(amos) enterado(s) de los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos los cuales pueden consultarse en la página electrónica de la Institución situada en www.mnyl.com.mx, en los cuales se especifican: a) las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos; b) los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución respecto de la realización de Operaciones Electrónicas; c) los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución, a través de Operaciones Electrónicas; d) los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, y e) las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, por lo que manifiesto(amos) mi(nuestro) consentimiento expreso para contratar el Uso de Medios Electrónicos para la realización de Operaciones Electrónicas Móviles, por Internet, de Audio respuesta, Telefónicas Voz a Voz y cualquier otra que en lo sucesivo ponga a mi disposición la Institución para la celebración y gestión de cualesquiera operaciones al amparo de la póliza de referencia, al correo electrónico señalado más adelante de esta solicitud y de cualquier otro producto que tenga contratado con la Institución; asimismo, manifiesto(amos) mi(nuestra) aceptación expresa para recibir de manera física y/o electrónica, la documentación contractual que se origine con motivo de la presente solicitud de cambios, en su caso de sucesivas renovaciones, rehabilitaciones, y en general la documentación contractual que se llegue a generar en formato PDF* o cualquier otro formato electrónico equivalente, en el(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) más adelante, por lo cual con la remisión a esa(s) dirección(es) electrónica(s) se debe entender como fecha de recepción por parte del(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s).

Acepto la contratación del Uso de Medios Electrónicos: Sí No

Acepto el recibir documentación contractual en formato PDF* o cualquier otro: Sí No

Correo electrónico: _____

Este documento solo constituye una Solicitud de Seguro, y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

Estamos informados de que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme a los cuestionarios contenidos en esta solicitud pueden dar lugar a la rescisión del contrato que llegara a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro. Te recordamos que puedes descargar las Condiciones Generales de acuerdo al producto contratado en el portal público con tu número de Póliza.

Datos de Localización de la Unidad Especializada Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Paseo de la Reforma 342 Piso 7. Col. Juárez, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin Costo 800 505 4000. Horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas. clientes@mnyl.com.mx
 Datos de contacto de CONDUSEF: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros Avenida Insurgentes Sur 762, Col. Del Valle, Alc. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 9999 y 800 999 8080. www.condusef.gob.mx/asesoria@condusef.gob.mx

CHMQ* Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Firma del Contratante

Nombre y firma del Asesor

Firma del Asegurado
Formato exclusivo para estos movimientos

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de febrero de 2022, con el número CGEN-S0038-0039-2022.