

Solicitud de cambios Vida Individual

Fecha de solicitud
Día Mes Año

Nº. de Póliza _____ Nº de Agente _____

I. Datos del Solicitante del cambio

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s) o Razón Social
------------------	------------------	--------------------------

II. Movimientos

Cambios a la Póliza	Cambios por Asegurado
<input type="checkbox"/> Cambio de agente <input type="checkbox"/> Cambio de conducto de cobro <input type="checkbox"/> Cambio de contratante <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago <input type="checkbox"/> Inclusión/corrección de datos fiscales	<input type="checkbox"/> Cambio condición de fumador <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiarios (usar sección VI) <input type="checkbox"/> Corrección de fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Corrección de nombre <input type="checkbox"/> Corrección de sexo <input type="checkbox"/> Exclusión de Asegurado <input type="checkbox"/> Exclusión de coberturas
<input type="checkbox"/> Inclusión/exclusión AVE <input type="checkbox"/> Rehabilitación primeros 90 días de falta de pago <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Duplicado de póliza <input type="checkbox"/> Disminución de Suma Asegurada	

II.I Datos fiscales

RFC	CP de domicilio fiscal	Régimen fiscal
-----	------------------------	----------------

III. Cambios específicos para planes flexibles

Cambios solo para Realiza	Cambios solo para Imagina Ser	Rebalanceo Visualiza
Cambio de % de asignación de fondos Fondos Realiza _____ % Conservador dólares _____ % Balanceados dólares _____ % Conservador UDIs _____ % Balanceado UDIs _____ % Proactivos pesos _____ % Proactivos dólares _____ % Total 100 %	<input type="checkbox"/> Cambio de opción de liquidación <input type="checkbox"/> Co-beneficiario (Llenar apartado VI con detalle) Cambios para Objetivo Vida <input type="checkbox"/> Cambio de meta (dar detalles) <input type="checkbox"/> Cambio de aportación objetivo Cambios de Inversión Planeada en: <input type="checkbox"/> Realiza <input type="checkbox"/> Imagina Ser \$ _____	Agrupación _____ A) Por edad <input type="checkbox"/> B) Período <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual C) Por petición <input type="checkbox"/> D) Distribución de Fondos Visualiza 5 _____ % Visualiza 10 _____ % Visualiza 20 _____ % Visualiza 30 _____ % Total 100 %

IV. Tratamiento fiscal y/o cambio de coberturas de invalidez Imagina Ser e Imagina Ser+

Los nuevos ingresos aplicarán bajo este esquema, una vez confirmado el cambio.

Tratamiento Fiscal (Inclusión de nuevos bolsos) PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>	Cambio de coberturas adicionales de Invalidez**
Cambio de Topes de Deducibilidad Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" PPR _____ * Deducible _____ *	Cambio de Prioridad Solo si elige PPR y deducible marque con una X la prioridad 1 PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>

*Hasta por el límite máximo establecido en la Ley de Impuestos Sobre la Renta, cualquier ingreso que rebase dichos límites a los establecidos por el Cliente se ingresarán al bolso con la siguiente prioridad.

**Con esta firma _____ Yo _____
 acepto que se cancele la cobertura DISS y que se incluya la cobertura BIT (sujeta a requisitos de Selección de Riesgos) en caso de que el Asegurado y el Contratante sean la misma persona física, con base en el funcionamiento actual del producto. Será necesario adjuntar solicitud de vida completamente requisitada.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

V. Descripción del cambio solicitado y la persona a la cual aplica (describir Figuras posibles)

En esta solicitud no se deben proporcionar datos de tarjeta bancarios.

VI. Designación de Beneficiarios:

Figuras: Persona asegurada (Figura 1). Persona mancomunada (Figura 2). Asegurado(a) Adapta (Figura 3). Menor por fallecimiento (Figura 4). Menor por supervivencia (Figura 5). Cobeneficiario para Plan Imagina Ser y Nuevo Plenitud (Figura 6). En caso de que el espacio sea insuficiente, llenar hoja adicional con firma de la persona por asegur ar y solicitante al calce. Ejerciendo mi derecho contenido en el artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, revoco la designación de Beneficiarios que hice con anterioridad y en su lugar designo a:

No. Figura	Nombre Completo o Razón Social	Fecha de Nacimiento o Constitución			Parentesco	Porcentaje
		Día	Mes	Año		

Domicilio/Datos de Beneficiarios:

Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado. No. Figura _____

Domicilio: (Calle y número exterior e interior)		Código Postal	Colonia o Fraccionamiento
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado	
Correo Electrónico	Folio Mercantil (obligatorio para beneficiarios Personas Morales)		
Domicilio: (Calle y número exterior e interior)		Código Postal	Colonia o Fraccionamiento
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado	
Correo Electrónico	Folio Mercantil (obligatorio para beneficiarios Personas Morales)		

En caso de aceptar esta solicitud convengo en que la misma formará parte del contrato de seguro al que se refiere.

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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u 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.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Atención: Importante 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 el presente formato, 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 este formato y las finalidades de su tratamiento. En los casos de rehabilitación, el Cliente declara bajo protesta de decir verdad, que durante el período en que la Póliza estuvo afectada por la falta de pago de prima posterior a su período de gracia no existió ni existe ningún siniestro que pudiera reclamar a la Institución.

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 y de cualquier otro producto que tenga contratado con la Institución, al correo electrónico señalado más adelante de esta solicitud; asimismo, manifiesto (amos) mi (nuestro) 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, estados de cuenta 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: _____

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Firma del Asegurado Mancomunado/Adapta

Firma del menor Asegurado mayor a 12 años

Nombre y firma del Agente

Podrás consultarlas de manera electrónica en la página web de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx las abreviaturas contenidas en el presente documento.**

Este documento solo constituye una solicitud de cambios y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 abril del 2022, con el número CGEN-S0038-0058-2022.