

# Solicitud de Seguro de Vida Individual

Fecha de Solicitud

Día	Mes	Año

El solicitante deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible, a una sola tinta y sin omitir datos.

Trámite Inicial <input type="checkbox"/>	Póliza _____	Incremento Suma Asegurada <input type="checkbox"/>	Inclusión de Asegurado <input type="checkbox"/>
		Cambio de las Coberturas <input type="checkbox"/>	
		Rehabilitación <input type="checkbox"/>	Rehabilitación con Cambio <input type="checkbox"/> Detalle de Cambio _____
Nombre del Plan Solicitado _____			
Suma Asegurada/Renta _____	<input type="checkbox"/> PPS <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> S.A.+ Fondo Póliza _____	<b>Para Imagina Ser</b> <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/> PPR <input checked="" type="checkbox"/> No Deducible <b>Para Nuevo Plenitud</b> <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/> No Deducible	Moneda <input type="checkbox"/> M.N. <input type="checkbox"/> DLS <input type="checkbox"/> UDI Preferente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>I. Datos Personales del Solicitante</b>			
Nombre(s) o Razón Social _____		Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____
Fecha de nacimiento o de Constitución Día   Mes   Año	Nacionalidad _____	Ocupación o Profesión _____	País de nacimiento o Constitución _____
			Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) _____			Código Postal _____
Colonia o Fraccionamiento _____	Alcaldía o Municipio _____	Ciudad _____	Estado _____
Correo Electrónico _____	Teléfono Particular _____	Teléfono Oficina _____	Teléfono Celular _____
Giro, actividad u objeto social _____	Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados _____	Entidad Federativa de nacimiento _____	
Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN	Origen del Patrimonio _____	RFC (ver sección I.I) _____ CURP _____	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella) _____		Folio mercantil (solo para Personas Morales) _____	
Nombre de la persona representante de la empresa con poderes para solicitar y formalizar contratos de Seguros _____		Nacionalidad _____	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año
Domicilio en el Extranjero (en caso de contar con él) _____			
<b>I.I Datos fiscales (obligatorio en productos deducibles y/o cuando se requiera factura)</b>			
Régimen fiscal _____		Código Postal del domicilio fiscal _____	
<b>II. Información de Cobranza (en esta solicitud no se deben proporcionar datos de tarjeta bancarios)</b>			
<b>Conducto de pago</b> <input type="checkbox"/> Cargo Automático <input type="checkbox"/> Modo Directo <input type="checkbox"/> Agente No. Agente _____	<b>Prima Básica</b> <b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <b>Día de cobro</b> <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Inicial _____ Subsecuente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 16 Otro _____	<b>Prima Planeada-AVE Programado</b> <b>Forma de pago</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <b>Día de cobro</b> <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual Inicial _____ Subsecuente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 16 Otro _____	

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Token de Tarjeta o CLABE, Prima a cobrar Básica		Banco Crédito(C)/Débito(D) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		<input type="checkbox"/> Campaña:	
Token de Tarjeta o (CLABE) alterna		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		Si es campaña empleados, indicar número de empleado	
Prima a Cobrar Planeada-AVE Programado		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		No. de Empleado:	
Token de Tarjeta o (CLABE) alterna		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D			
<p><b>Token:</b> Dato Alfanumérico que sustituye internamente el número de la tarjeta de crédito o débito para el manejo seguro de la información del Cliente. El suscrito autorizó expresamente a la Institución de Crédito indicada en la presente solicitud, para que realice a favor de <b>Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.</b>, los cargos que correspondan por concepto de pago de primas a las cuentas de crédito o bancarias señaladas. Cada uno de los cargos que correspondan se aplicarán en la fecha especificada. El cargo podrá ser verificado en el estado de cuenta el cual hará prueba suficiente del pago realizado. En caso de que por cualquier causa imputable al Asegurado o Contratante no se realice el cargo a que hace referencia esta solicitud, el Contratante se compromete a pagar a través de medios de pago autorizados por <b>Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.</b> Reconociendo desde este momento que, en caso de no realizarse en los términos y condiciones establecidas en el contrato de Seguro, éste podrá cesar en sus efectos sin responsabilidad alguna para la Institución Aseguradora. Podrá consultar otras opciones de pago en nuestro portal <a href="http://www.mnyl.com.mx">www.mnyl.com.mx</a> o bien llamando al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 800 505 4000.</p>					
Nombre(s) o Razón Social del titular de la cuenta o del Token de tarjeta		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Correo Electrónico		Firma del titular de la cuenta CLABE, del token de tarjeta			
<p><b>En caso de que el titular de la cuenta CLABE o del Token de tarjeta sea diferente a alguna de las personas que figuran en la presente solicitud, deberá llenar la sección de Proveedor de Recursos.</b></p>					
<p><b>III. Proveedor de Recursos (la persona que se encargará del pago de la Prima que NO es el Solicitante ni Asegurados)</b></p>					
<p><b>Nota:</b> Llenar datos obligatorios cuando sea diferente al Contratante o Asegurados incluso cuando el pago no sea mediante Token de tarjeta o cuenta CLABE.</p>					
Nombre o Razón Social		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de nacimiento o Constitución Día Mes Año		Nacionalidad		RFC _____ o CURPI _____	
Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique el Proveedor de Recursos		Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN			
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)					Código Postal _____
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio		Ciudad	
Estado					
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)					
<p><b>IV. Datos Personales de Persona por Asegurar (Figura 1)</b></p>					
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad		Ocupación o Profesión	
País de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C	
Correo Electrónico		Teléfono Particular		Teléfono Oficina	
Teléfono Celular		Entidad federativa de nacimiento			
Relación con el Solicitante		RFC _____ o CURP _____		Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja	
Lugar físico de desempeño de labores		Giro, actividad u objeto social		Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN	
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados.					
Antigüedad en su empleo actual		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)		Estatura	
Peso					

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

V. Datos Personales de Persona Mancomunada/ <input type="checkbox"/> BITC (Figura 2) <input type="checkbox"/> CPV <input type="checkbox"/> Persona por Asegurar ADAPTA (Figura 4)						
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno		
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad	Ocupación o Profesión	País de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Correo electrónico		Teléfono Particular		Teléfono Oficina		Teléfono Celular
Relación con el Solicitante		RFC _____ o CURP _____		Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja		
Lugar físico de desempeño de labores		Giro, actividad u objeto social		Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN		
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados.						
Antigüedad en su empleo actual		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)			Estatura	Peso
VI. Datos Personales del Menor por Asegurar (Figura 5)						
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno		
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad	País de nacimiento	Relación con el Solicitante	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Estatura		Peso				
VII. Domicilio Adicional, indicar el domicilio del (los) asegurado(s) y/o del mancomunado solo en caso de ser distinto(s) del solicitante. No. Figura: _____						
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)				Código Postal	Colonia o Fraccionamiento	
Alcaldía o Municipio				Ciudad	Estado	
Domicilio en el Extranjero (en caso de contar con él)						
Mencione si usted, su cónyuge, concubina(rio) 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 en los últimos dos años, considerando entre otros ser jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta [PPE]).						
En caso afirmativo, describa el cargo o puesto que tiene la persona que señala como PPE _____						
Agregar nombre completo de la PPE: _____						
Fecha de nacimiento: Día Mes Año		Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno
Nacionalidad de la persona que señala como PPE: _____						
Parentesco o vínculo con usted: _____						
Solicitante	Persona por Asegurar	Mancomunada/CPV	Adapta	Proveedor de recursos	Propietario Real	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
VIII. Propietarios Reales						
1. ¿Actúa en nombre o representación de un tercero distinto al Contratante? (Esta pregunta solo aplica para Contratante Persona Física). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<b>Nota:</b> En caso de contestar "Sí", deberá llenar obligatoriamente los datos de Propietario Real en la siguiente sección.						
Datos de Propietario Real (Únicamente se deben registrar personas físicas en esta sección.)						
2. Si el contratante es persona moral deberán recabarse los datos de Propietario(s) Real(es) obligatoriamente.						
3. ¿El contratante persona moral o su accionista mayoritario persona moral (posee 50% o más del capital social/acciones) cotiza en bolsa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<b>Nota:</b> En caso de contestar "Sí" no será obligatorio llenar los datos de Propietario Real y deberá presentar evidencia que lo avale (sujeto a validación en documentos).						

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Nombre completo				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento
Entidad Federativa de Nacimiento			Nacionalidad	
Ocupación o profesión			Correo electrónico (en caso de contar con él)	
Teléfono			RFC	y/o
			CURP	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)				
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)				Código Postal
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)			Porcentaje de participación en la empresa (solo accionistas) %	
Nombre completo				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento
Entidad Federativa de Nacimiento			Nacionalidad	
Ocupación o profesión			Correo electrónico (en caso de contar con él)	
Teléfono			RFC	y/o
			CURP	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)				
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)				Código Postal
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)			Porcentaje de participación en la empresa (solo accionistas) %	
Nombre completo				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento
Entidad Federativa de Nacimiento			Nacionalidad	
Ocupación o profesión			Correo electrónico (en caso de contar con él)	
Teléfono			RFC	y/o
			CURP	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)				
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)				Código Postal
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado
Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)			Porcentaje de participación en la empresa (solo accionistas) %	

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Nombre completo				
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	País de nacimiento
Entidad Federativa de Nacimiento		Nacionalidad		
Ocupación o profesión		Correo electrónico (en caso de contar con él)		
Teléfono		RFC	y/o CURP	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (en caso de contar con ella)				
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)			Código Postal	
Colonia o Fraccionamiento	Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado	
Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)		Porcentaje de participación en la empresa (solo accionistas) %		

### IX. Coberturas (ver página 10 para detalle de abreviaturas)

SeguBeca			Invalidez		Aumento de Valor en Efectivo	
IND.	MAN.	PREF.	IND.	MAN.		
CPA Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BIT Adapta	<input type="checkbox"/>	AVE No Programado <input type="checkbox"/> Prima
CPA Protección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AVE Programado* <input type="checkbox"/> \$ _____
PIM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	AVE CP <input type="checkbox"/>
Administración del Ahorro	<input type="checkbox"/>	CGC	<input type="checkbox"/>	BAIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	*No aplica para AVE a corto plazo
<input type="checkbox"/> DES (Responder lo siguiente)				PU <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Beneficio por Retiro</b>
Una relación laboral (Asalariada) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				BITAE <input type="checkbox"/> \$ _____	<input type="checkbox"/>	Opciones de Liquidación para Imagina Ser y Nuevo Plenitud
¿Cuenta actualmente con al menos seis (6) meses trabajando en forma continua en la misma compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				BITC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PU <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> ICPG <input type="checkbox"/> _____ años ISPG <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PII (Responder lo siguiente)				PER LIC <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prima Planeada \$ _____
1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de:						<b>Adapta</b>
<input type="checkbox"/> Una relación laboral (Asalariada)						Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Prestación de servicios por cuenta propia						Persona por asegurar \$ _____
2. El ingreso promedio anual de los tres últimos años, antes de impuestos fue: (M.N.) _____						Persona por asegurar mancomunada \$ _____
3. Actualmente, ¿recibe una pensión temporal o definitiva por invalidez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						Persona por asegurar Adapta \$ _____
<b>Solo para Vida Mujer</b>						En caso de tener más de un asegurado Adapta, se requiere llenar una nueva solicitud.
<input type="checkbox"/> CPV	Suma Asegurada					<b>Accidentes</b>
<input checked="" type="checkbox"/> PCF	\$ _____					IND.   MAN.
<input type="checkbox"/> PEP	\$ _____					BMA <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> \$ _____
<input type="checkbox"/> CLP (Seleccionar figuras por asegurar)	\$ _____					DI <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> \$ _____
<input type="checkbox"/> Titular	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Dependiente	\$ _____					
1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de:						
<input type="checkbox"/> Una relación laboral (Asalariada)						
<input type="checkbox"/> Prestación de servicios por cuenta propia						
2. El ingreso promedio anual de los tres últimos años, antes de impuestos fue: (M.N.) _____						
3. Actualmente, ¿recibe una pensión temporal o definitiva por invalidez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

Objetivo Vida		Realiza Distribución Fondos (porcentaje de asignación inicial)	
Aportación Objetivo _____	Período de Pago _____	Conservador Dólares _____	Balanceado UDI _____
Prima Adicional _____	Año Meta _____	Balanceado Dólares _____	Proactivo Pesos _____
Ahorro Meta _____	Clave de Meta _____	Conservador UDI _____	Proactivo Dólares _____
En caso de especificar "Clave de Meta", llenar todos los campos de esta sección.		Total 100%	
		Prima Planeada: \$ _____	

### Imagina Ser - Elección de prioridad y monto de ingresos a las opciones de deducibilidad:

Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley"	Solo si elige PPR y deducible marque con una X la prioridad 1	* Hasta por el límite máximo establecido en la Ley del Impuesto sobre la Renta. Cualquier ingreso que rebase dichos límites o los establecidos por el cliente, se considerarán como ingresos No Deducibles.
PPR _____ *	PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>	
Deducible _____ *		
No Deducible _____ Sin tope		

Firma del Solicitante

Para los siguientes cuestionarios marque las respuestas afirmativas correspondientes a todas las personas por asegurar indicando a cuáles de ellas corresponden. En caso de respuesta negativa o no estipular a alguna de las figuras, se entenderá que corresponde una respuesta negativa para cada una de las personas por asegurar no especificadas.

## X. Ocupación, Deportes y Otras Actividades

Está(n) expuesto(s) a cualquiera de lo siguiente: uso y/o portación de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta.

Sí  No  Especifique(n) ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

No. Figura(s): \_\_\_\_\_

¿Practica(n) y/o realiza(n) deportes o aficiones peligrosas como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, charrería, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia, algún otro deporte de riesgo, etc.? Sí  No

Especifique(n) ¿cuáles?: \_\_\_\_\_

No. Figura(s): \_\_\_\_\_

¿Desea(n) cubrir el riesgo para Cobertura Básica? Sí  No  ¿Para Coberturas Adicionales? Sí  No   
(En caso afirmativo, favor de llenar el cuestionario correspondiente al deporte o afición practicado).

¿Vuela(n) en aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí  No  No. Figura(s): \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo, favor de llenar el cuestionario correspondiente al deporte o afición practicado).

## XI. Cuestionario Médico

Sí No

A) ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades?: Sí No

1. ¿Del corazón y la circulación? (Entre otras: soplo, dolor de pecho o en el tórax, infarto al miocardio, presión arterial alta).

2. ¿Del aparato respiratorio? (Entre otras: bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema).

3. ¿Del aparato digestivo? (Entre otras: úlcera en el estómago o duodeno, enfermedades del hígado, vesícula biliar, intestinos o colon).

4. ¿Del aparato genitourinario? (Entre otras: de los riñones, de la próstata o de la vejiga).

5. ¿Del sistema endócrino? (Entre otras: diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos)

6. ¿Del sistema nervioso? (Entre otras: pérdida del conocimiento o convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis, epilepsia).

7. ¿Del aparato músculo esquelético? (Entre otras: de la columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas, cadera o hernias de cualquier tipo).

8. ¿Cáncer o tumores?

9. ¿Cualquier otra enfermedad que se haya manifestado por más de 8 días?

10. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades congénitas?

B) ¿Tiene(n) algún defecto visual o auditivo?

C) ¿Alguna vez ha(n) estado hospitalizado(s)?

D) Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:

1. ¿Padece(n) actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?

2. ¿Está(n) en tratamiento actualmente?

3. ¿Padece(n) o le(s) han diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)?

4. ¿Se le(s) ha practicado alguna intervención quirúrgica?

5. ¿Tiene(n) pendiente alguna intervención quirúrgica?

E) ¿Le(s) falta algún miembro, parte de él o tiene(n) alguna deformidad?

F) ¿Alguna vez le(s) han practicado?

1. Electrocardiogramas.

2. Pruebas de laboratorio.

3. Radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética.

G) Hábitos Toxicológicos

1. ¿Fuma?

2. ¿Consume alcohol?

3. Consume Drogas?    
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) Sólo para solicitantes mujeres a partir de 15 años:

1. ¿Padece(n) o ha(n) padecido alguna enfermedad o alteración de los ovarios porejemplo: quistes, tumores, etc.?

2. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades de la matriz como infecciones, úlceras, miomas, etc.?

3. ¿Está(n) embarazada(s)?

4. Presentó(aron) alguna complicación o enfermedad en el embarazo o en las atenciones obstétricas como preeclampsia, eclampsia, etc.?

5. Número de Partos (naturales): \_\_\_\_\_

6. Cesáreas: \_\_\_\_\_

7. Abortos: \_\_\_\_\_

I) Cuestionario complementario para mujeres

1. ¿Alguna vez le(s) ha sido reportado anormal el estudio de Papanicolaou?

2. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas?

Firma del Solicitante

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 de la persona por asegurar que corresponda:

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

## XII. Historial Médico Familiar

¿Padecen o han padecido sus ascendientes o descendientes directos de Diabetes, Cáncer, Infarto al miocardio, Epilepsia?

Sí  No

No. Figura	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

## XIII. Otros Seguros

¿Está(n) asegurado(s) en esta u otras compañías de Seguros? Sí  No

No. Figura	Tipo	Suma Asegurada	Moneda	Beneficios Adicionales	Compañía

Solo en caso de tener póliza de Gastos Médicos, ¿ha(n) reclamado algún pago en su póliza de gastos médicos? Sí  No

No. Figura	Causa	Fecha	Compañía	Monto

¿Está(n) solicitando actualmente otro seguro de vida? Sí  No  En caso afirmativo, indicar Compañía a la cual solicita

No. Figura(s) \_\_\_\_\_ Suma Asegurada \$ \_\_\_\_\_

## XIV. Designación 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 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 Solicitante

Figuras: Persona por asegurar (Figura 1). Persona mancomunada (Figura 2). CPV (Figura 3). Asegurado(a) Adapta (Figura 4). Menor por fallecimiento (Figura 5). Menor por supervivencia (Figura 6). Co-Beneficiario para Plan Imagina Ser y Nuevo Plenitud (Figura 7). En caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma de la persona por asegurar y solicitante al calce.

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

Domicilio 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
Folio Mercantil (obligatorio solo para beneficiario Persona Moral y es informativo)	Correo Electrónico (en caso de contar con él, para Beneficiario)	

### XV. 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](http://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.

Manifiesto mi consentimiento para recibir de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**, ya sea directamente o por medio de algún tercero autorizado por la misma, el ofrecimiento de productos y servicios financieros mediante publicidad, promoción y/o telemarketing en cualquiera de los medios de contacto que proporcione en este u otro formato. Asimismo, autorizo expresamente a **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** para que mis datos personales sensibles, financieros o patrimoniales sean transferidos al (o a los) asesor(es) de seguros asignado(s) a mi(s) póliza(s) actuales futuras, para lo relacionado con las finalidades secundarias establecidas en el Aviso de Privacidad de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**

	Transferencia de datos personales sensibles, financieros o patrimoniales a Asesores		Publicidad, promoción y telemarketing	
Solicitante	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Persona por asegurar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mancomunada/CPV	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Adapta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Menor por asegurar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Nota:** En caso de no aceptar, el tratamiento de sus datos se limitará a las finalidades primarias y transferencias que no requieren consentimiento que se indican en el Aviso de Privacidad de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**, en el caso de seleccionar la opción de no recibir publicidad, promoción y telemarketing, **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** conservará la inscripción en sus registros internos para no enviar publicidad, promoción y telemarketing durante dos años, una vez transcurrido el plazo procederá a cancelar dicha inscripción. Para renovarla una vez transcurrido el plazo, deberá solicitarlo a través del mecanismo indicado en el Aviso de Privacidad de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**

Las personas físicas o morales en su carácter de solicitante y/o persona(s) por asegurar y/o dependientes por asegurar, deberán presentar a la Institución sus documentos de identificación que requieren las disposiciones oficiales. En el caso de personas físicas, éstas deberán presentar los siguientes documentos, únicamente cuando cuenten con ellos: 1) Cédula de Identificación Fiscal; 2) Constancia Única de Registro de Población (CURP) y/o 3) comprobante de inscripción a la Firma Electrónica Avanzada (FIEL). En caso de no presentarse estos últimos, se entenderá que la(s) persona(s) física(s) manifiesta(n) no contar con ellos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante



**De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro, he(mos) declarado todos los hechos importantes conforme a los cuestionarios contenidos en esta solicitud, como los conozco(ce)mos o debíera(mos) de conocer a la fecha de firmarla.**

Estoy(amos) informado(s) de que las omisiones e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación 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.

En razón de lo anterior declaro(amos) y acepto(amos) que todos los datos e información proporcionados en la presente propuesta son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo objeto del contrato propuesto y por tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

El(los) firmante(s), autorizo(amos) a médicos y a cualquier persona que 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, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., 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) propuesta de seguro y en su caso, para todo lo relacionado con el cumplimiento y ejecución del contrato que llegara a celebrarse y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos y servicios. Asimismo, relevo(amos) de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere este párrafo.

Por otro lado, autorizo(amos) a las compañías de seguros a las que previamente he(mos) solicitado propuestas de seguros que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., cualquier información que sea de su conocimiento y que a su vez Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta propuesta y de otras que sean de su conocimiento.

Declaramos que fuimos informados que podremos realizar operaciones electrónicas a través del uso de medios electrónicos que tenga disponibles Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. y que los términos y condiciones para el uso de dichos medios se encuentra disponible para su consulta en la página de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. situada en [www.mnyl.com.mx](http://www.mnyl.com.mx)

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](http://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 que se origine en caso de aceptación de esta solicitud y de cualquier otro producto que tenga contratado con la Institución, al correo electrónico señalado en la sección I de esta solicitud; asimismo manifiesto(estamos) mi(nuestro) consentimiento expreso para recibir manera física y/o electrónica, la documentación contractual que se origine en caso de aceptación de esta solicitud, 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) en la sección I de esta solicitud, 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

**Este documento solo constituye una solicitud de seguro 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.**

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, Alcaldía 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](mailto:clientes@mnyl.com.mx)

---

Firma del Solicitante

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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y  
800 999 8080. [www.condusef.gob.mx/](http://www.condusef.gob.mx/) [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

El(los) firmante(s) declaro(amos) que el contenido de la presente solicitud es cierto y he(mos) llenado ésta de mi(nuestro) puño y letra, a bajo mi(nuestra) estricta responsabilidad.

Firma del Solicitante

Día Mes Año  
Lugar y Fecha

Firma de la persona por  
asegurar (Figura 1)

Firma de la persona por asegurar  
mancomunada/BITC/CPV  
(Figura 2 y 3)

Persona por asegurar Adapta  
(Figura 4)

Firma del menor por asegurar para  
SeguBeca (Figura 5)  
(En caso de tener 12 o más años de edad)

## XVI. Agente Persona Física

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 5º. del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas y la Circular Única de Seguros y de Fianzas, me permito informar a usted lo siguiente: Nombre completo del suscrito Agente, tipo de autorización, número de cédula, vigencia y domicilio. Asimismo, conforme a la disposición invocada, le hago saber: 1. Que no cuento con facultades de representación de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas. 2. Que solo podré cobrar primas contra el recibo oficial expedido por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta. 3. Que deberá usted llenar el cuestionario requerido por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., señalando todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones que se convengan. 4. Que le he enterado de forma adecuada del alcance real de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de solicitud de Seguro proporcionado por la institución aseguradora que entrego a usted en este acto. 5. Que no puedo recibir del Solicitante, Asegurado, Contratante y Beneficiario dinero o contraprestación alguna por los servicios de intermediación ni servicios relacionados consus contratos de seguro. 6. Que no puedo emitir recibos provisionales, informales, personales ni de ningún tipo. 7. Que no puedo recibir por ningún motivo anticipos del solicitante o contratante por concepto del contrato que pudiera llegar a celebrarse o de la inclusión de una cobertura adicional. 8. Informé al solicitante que en caso de que [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) su solicitud, deberá verificar que la póliza concuerda con ésta. 9. Que exhorté al solicitante o contratante a verificar que la documentación concuerda con su solicitud y que dicha documentación contiene el registro del producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 10. El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que conozco al solicitante y a las personas por asegurar. Me consta que ellos llenaron y firmaron de puño y letra esta solicitud en mi presencia; así como que tuve a la vista el original de la(s) identificación(es) y comprobante(s) de domicilio que me fueron presentados por las personas antes mencionadas. De igual forma hago saber a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) la información auténtica, precisa y relevante, que es de mi conocimiento, relativa al riesgo propuesto y que se ha incluido en esta solicitud (artículo 96 dela Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Agente Principal					
Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio					
Coagentes:					
Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio					
Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio					

## Abreviaturas

<b>AVE</b>	Aumento de Valor en Efectivo	<b>IND</b>	Individual
<b>BAIT</b>	Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez	<b>ISPG</b>	Ingreso sin Período de Garantía
<b>BIT</b>	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	<b>MAN</b>	Cobertura Mancomunada
<b>BITAE</b>	Beneficio de Pago de Suma Asegurada y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	<b>M.N.</b>	Moneda Nacional
<b>BITC</b>	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante	<b>PCF</b>	Protección por Cáncer Femenino
<b>BMA</b>	Beneficio por Muerte Accidental	<b>PDF</b>	Portable Document Format
<b>C</b>	Casado/Casada	<b>PEP</b>	Protección para Complicación de Embarazo y Padecimientos Femeninos
<b>CGC</b>	Certificado de Garantía de Contratación	<b>PER LIC</b>	Pérdida de Licencia
<b>CLP</b>	Cuidados a Largo Plazo	<b>PREF</b>	Cobertura Preferente
<b>CPA</b>	Cláusula de Protección Absoluta	<b>PII</b>	Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal
<b>CPV</b>	Cláusula de Protección por Viudez	<b>PIM</b>	Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante
<b>CURP</b>	Clave Única de Registro de Población	<b>PPR</b>	Plan Personal de Retiro
<b>DES</b>	Exención de pago de primas por desempleo (3 meses de cobertura)	<b>PPS</b>	Protección Patrimonial SeguBeca
<b>DI</b>	Doble Indemnización	<b>PU</b>	Pago Único
<b>DLS</b>	Dólares	<b>RFC</b>	Registro Federal de Contribuyentes
<b>IC</b>	Ingreso Compartido	<b>S</b>	Soltero/Soltera
<b>ICPG</b>	Ingreso Con Período de Garantía	<b>S.A.</b>	Suma Asegurada
<b>IM</b>	Ingresos Mensuales Cobertura	<b>S.A.+</b>	Fondo Suma Asegurada más fondo
		<b>SMNYL</b>	Seguros Monterrey New York Life, S.A, de C.V.
		<b>Claves de Meta</b>	1 Educación, 2 Casa, 3 Negocio, 4 Viajes, 5 Auto, 6 Salud, 7 Retiro
		<b>UDI</b>	Unidades de Inversión

## Observaciones

Atención a clientes: Llámanos sin costo al 800 505 4000 o escríbenos al correo electrónico: [clientes@mnyl.com.mx](mailto:clientes@mnyl.com.mx)  
[www.mnyl.com.mx](http://www.mnyl.com.mx)

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 julio del 2022, con el número CGEN-S0038-0143-2022/CONDUSEF-G-00007-012.