

Solicitud de Seguros de Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

1/9

Fecha de Solicitud		
Día	Mes	Año

El Solicitante deberá requisitar esta Solicitud con letra de molde, legible, a una sola tinta (azul o negra) y sin omitir datos.

<input type="checkbox"/> Trámite Inicial	<input type="checkbox"/> Incremento Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Cambio en las Coberturas	Póliza _____	
	<input type="checkbox"/> Inclusión de Asegurado	<input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Rehabilitación con Cambio	
Detalle del Cambio _____				
I. Nombre del Plan Solicitado			Suma Asegurada \$ _____	
II. Datos del Solicitante				
Nombre(s) o Razón Social		Apellido Paterno		Apellido Materno
Fecha de Nacimiento o de Constitución Día Mes Año	Nacionalidad	Entidad Federativa de Nacimiento		País de Nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Ocupación o Profesión		Folio Mercantil (solo para Personas Morales)
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)				Código Postal
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio		Ciudad
Estado		Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN		
Correo Electrónico		Tel. Fijo		Tel. Móvil
Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)				
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados.				
Giro, actividad u objeto social		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)(solo si cuenta con ella)		
Origen del Patrimonio		RFC (ver sección II.I) _____ CURP _____		
Nombre de la persona representante de la empresa con poderes para solicitar y formalizar contratos de Seguros.		Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad
II.I Datos Fiscales (obligatorio cuando se requiera factura)				
Régimen fiscal:		Código Postal del domicilio fiscal		
III. Datos Personales de Persona por Asegurar Titular (Figura 1)				
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno
Riesgo Preferente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Nacionalidad	Ocupación o Profesión	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre				
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)			Código Postal	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio		Ciudad
Estado				
Tel. Fijo		Tel. Móvil		RFC (obligatorio) _____ CURP _____
Correo Electrónico		Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN		Estatura Peso

Firma del Solicitante

Domicilio en el extranjero (en caso de contar con él)												
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados												
Giro, actividad u objeto social						Lugar físico de desempeño de labores						
Relación con el Solicitante						Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja						
IV. Personas por Asegurar (anote los datos solicitados por edad de mayor a menor)												
No. de Figura	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo		Riesgo Preferente		Peso (Kg)	Estatura (m y cm)	Fecha de Nacimiento		
				M	H	Sí	No			Día	Mes	Año
2	Cónyuge											
3	Hijo											
4	Hijo											
5	Hijo											
6	Hijo											
7	Otro (especifique)											
Domicilio adicional. Indicar el domicilio del(los) asegurado(s) solo en caso de ser distinto al de la Persona por Asegurar Titular. No. de 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)												
V. 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												
Nota: 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 el Accionista Mayoritario Persona Moral (posee 50% o más del capital social/acciones cotiza en la bolsa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No												
Nota: 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).												
Nombre completo												
Fecha de nacimiento						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			

Firma del Solicitante

Colonia o Fraccionamiento	Alcadía 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		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	Alcadía 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		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	Alcadía 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		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	Alcadía 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



**SEGUROS
MONTERREY**

VI. Coberturas Opcionales					
Solo para Alfa Medical Flex <input type="checkbox"/> SET A <input type="checkbox"/> SET B (Participación del Asegurado)					
<input type="checkbox"/> Cobertura de Asistencia en el Extranjero		<input type="checkbox"/> Cobertura de Reducción de Franquicia y Copago por Accidente			
<input type="checkbox"/> Cobertura de VIH* Sujeto a Exámenes Médicos		<input type="checkbox"/> Cobertura de Protección por Fallecimiento			
Incremento CHMQ** <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50%		<input type="checkbox"/> Cobertura Dental Premium			
Solo para Alfa Medical					
Coaseguro <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25% Deducible \$ _____ <input type="checkbox"/> Deducible único					
Zona: La zona se asignará de acuerdo con el código postal declarado por la Persona por Asegurar Titular					
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura en el Extranjero		<input type="checkbox"/> Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente			
<input type="checkbox"/> Cobertura de Asistencia en el Extranjero		<input type="checkbox"/> Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero			
<input type="checkbox"/> Cobertura de Protección por Fallecimiento		<input type="checkbox"/> Cobertura de VIH* Sujeto a Exámenes Médicos			
Incremento CHMQ** <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50%		<input type="checkbox"/> Cobertura Dental Premium			
Coberturas Opcionales (Contratación por Asegurado)					
<input type="checkbox"/> Cobertura de Estudiantes y Trabajadores Temporales en el Extranjero, Figura a incluir	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	No. de Figura(s)	
<input type="checkbox"/> Alfa Medical Cash por Diagnóstico, Figura a incluir	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	No. de Figura(s)	
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 alguna de las Figuras, se entenderá que corresponde una respuesta negativa para cada una de las personas por asegurar no especificadas.					
VII. 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Especifique(n) ¿cuáles?: _____ No. Figura(s): _____					
¿Practica(n) o realiza(n) cualquiera de los siguientes deportes o aficiones peligrosas como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, charrería, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
(En caso afirmativo, favor de llenar el cuestionario correspondiente al deporte o aficción practicado).					
Especifique(n) ¿cuáles?: _____ No. Figura(s): _____					
¿Desea(n) cubrir el riesgo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Vuela(n) en aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. Figura(s): _____					
(En caso afirmativo, favor de llenar el cuestionario correspondiente al deporte o aficción practicado).					
VIII. Cuestionario Médico					
	Sí	No		Sí	No
A) ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades congénitas y/o cualquier otro padecimiento?			5. ¿Del sistema endócrino? (Entre otras: diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	6. ¿Del sistema nervioso? (Entre otras: pérdida del conocimiento o convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis, epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Del aparato respiratorio? (Entre otras: bronquitis crónica, asma, tuberculosis o enfisema)	<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"/>
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"/>	8. ¿Cáncer o tumores?	<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"/>	9. ¿Cualquier otra enfermedad que se haya manifestado por más de 8 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Solicitante

	Sí	No		Sí	No
B) ¿Tiene(n) algún defecto visual o auditivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Consumo Alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez ha(n) estado hospitalizado(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Consumo Drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:			En caso afirmativo, detallar: Clase, cantidad y frecuencia: _____ Si abandonó algún hábito toxicológico, señale: Fecha, clase, cantidad y frecuencia con la que solía consumirlo _____		
1. ¿Padece(n) actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H) Solo para solicitantes mujeres a partir de 15 años:		
2. ¿Está(n) en tratamiento actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas?	<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"/>	2. ¿Está(n) embarazada(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se le(s) ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Número de embarazos? Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____		
5. ¿Tiene(n) pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Presentó(aron) alguna complicación en el embarazo o en las atenciones obstétricas ej. preeclampsia, eclampsia, etc.?	<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"/>	
F) Alguna vez le(s) han practicado:			5. ¿Se ha(n) sometido o se encuentra(n) bajo algún tratamiento de maternidad asistida?		
1. ¿Electrocardiogramas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Ha(n) padecido enfermedades del aparato reproductor (ovarios, matriz u otros)?		
2. ¿Pruebas de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. ¿Radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Fecha de última citología vaginal (papanicolaou) _____ Resultados _____		
G) Hábitos Toxicológicos					
1. ¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

En cualquier respuesta afirmativa, dar 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 adición al con firma al calce de la Persona por Asegurar y Persona por Asegurar Titular:

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

IX. Historial Médico Familiar

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

Sí No

No. de Figura	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

Firma del Solicitante

¿Desea reconocimiento de antigüedad? Sí No (en caso afirmativo anexar documentación requerida).
 Sólo en caso de tener póliza de Gastos Médicos ¿Ha(n) reclamado algún pago en su póliza de Gastos Médicos? Sí No

No. de Figura	Causa	Fecha	Compañía	Monto

X. Designación de Beneficiarios

Solo para la Persona por Asegurar Titular para la cobertura de Protección por Fallecimiento. 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 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.

Figuras: Persona por Asegurar Titular (Figura 1). Cónyuge (Figura 2). Hijos (Figura 3 a la 6). Otro (Figura 7).

No. de Figura	Nombre o Razón Social	Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco	Porcentaje
				%
				%
				%
				%

Domicilio de Beneficiarios: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Persona por Asegurar Titular. No. de Figura _____

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) _____ Código Postal _____

Colonia o Fraccionamiento _____ Alcaldía o Municipio _____ Ciudad _____ Estado _____

Folio Mercantil (obligatorio para beneficiarios Personas Morales) _____ Correo electrónico (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]).

Solicitante Sí No Persona por Asegurar Titular Sí No Propietario Real Sí No

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

Nombre completo de la PPE: _____
 Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Nacionalidad de la persona que señala como PPE: _____

Parentesco o vínculo con usted: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Día Mes Año

XI. Información de Cobranza (en esta solicitud no se deben proporcionar datos de tarjeta bancarios)

Conducto de Pago			Forma de Pago			
<input type="checkbox"/> No. de Agente _____	<input type="checkbox"/> Cargo Automático	<input type="checkbox"/> Modo Directo	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

 Firma del Solicitante

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 Unica 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. 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(cemos) o debiera(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 consideraran 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, resultados de estudios de laboratorio para la detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana(VIH), Virus de Hepatitis C y Virus de Hepatitis B, así como de las pruebas confirmatorias necesarias en caso de que el resultado sea positivo, 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.

Declaro(amos) que fui(mos) informado(s) que puedo(podemos) 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

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 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 II 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 II 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

Se acompaña a esta solicitud y forma parte de la misma, el documento en que constan las condiciones generales del seguro propuesto, el cual me(nos) fue(ron) previamente entregado por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en los términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y en las cuales se establecen los alcances, exclusiones y limitaciones de las coberturas que son de mi(nuestro) entero conocimiento. Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. me(nos) ha hecho saber que dichas condiciones generales también pueden ser consultadas de manera electrónica en la página web www.mnyl.com.mx, por lo cual, desde este momento me(nos) hago(cemos) conocedor(es) de su contenido íntegro.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución Aseguradora, 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

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/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, bajo mi(nuestra) estricta responsabilidad.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha

Firma de la Persona por Asegurar Titular

XIII. 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 con sus 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.** acepte 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 electrónicamente esta solicitud en mi presencia y/o a través de medios electrónicos, así como que tuve a la vista de forma presencial y/o a través de medios electrónicos el original de la(s) identificación(es), comprobante(s) de domicilio y cualquier otro documento que se integre al expediente de identificación del Cliente, así como aquellos que requieren las disposiciones oficiales, por las personas antes mencionadas. De igual forma hago saber a **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** que la información es auténtica, precisa y relevante, la cual es de mi conocimiento, relativa al riesgo propuesto y que se ha incluido en esta solicitud (artículo 96 de la 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

Cambios permitidos con Rehabilitación

Exclusión de cobertura, forma de pago de mayor a menor plazo, exclusión de asegurado, domicilio, beneficiarios, agente, conducto de pago, aumento de deducible, aumento de coaseguro, contratante, disminución de CHMQ**.

Te informamos que el producto cuenta con exclusiones y limitantes las cuales podrás consultar de manera electrónica en las condiciones generales de la póliza ubicadas en la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx

Te recordamos que puedes descargar las Condiciones Generales de acuerdo con el producto contratado en el portal público con tu número de póliza.

La autorización para los cambios estará sujeta a la aceptación de la Institución Aseguradora de acuerdo a las políticas vigentes y de suscripción médica.

XIV. Observaciones

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 22 de abril del 2022, con el número CGEN-S0038-0063-2022/CONDUSEF-G-000014-005.

CHMQ** Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

VIH* Virus de Inmunodeficiencia Humana

PDF* Portable Document Format