

Fecha de Solicitud

Día Mes Año

SEGUROS
MONTERREY

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

SOLICITUD PARA EL CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES COLECTIVO O COLECTIVO EMPRESARIAL

Esta solicitud deberá ser llenada en tinta negra con letra legible, sin tachaduras, requisitada completamente y firmada por el asesor y el Solicitante

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

Nombre(s) o Razón Social		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de nacimiento o de Constitución dd mm aaaa		Nacionalidad		Profesión u ocupación	
País de nacimiento				Estado civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	
				Sexo Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	
Domicilio (calle y número ext. int.):				C.P. _____	
				Colonia, Fraccionamiento o Localidad	
Alcaldía o Municipio		Ciudad o Población		Estado	
Correo electrónico		Tel. Particular		Tel. Oficina	
Giro mercantil ocupación o profesión				R.F.C. O CURP □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
Actividad u objeto social		Nombre del representante legal de la empresa con poderes para solicitar y celebrar contratos de Seguros			
Fecha de nacimiento dd mm aaaa		Nacionalidad			
Fiel (opcional)		Folio Mercantil (sólo para Personas Morales)			

II. CARACTERÍSTICAS DE LA AGRUPACIÓN

Características de la agrupación asegurable (Empleados, Obreros, Sindicatos, etc.)					
Número de personas que integran la agrupación asegurable		Titulares		Dependientes	
Número de personas que se van a asegurar		Titulares		Dependientes	
Fecha deseable de emisión		Día Mes Año		Número de asegurados y edad entre la que se encuentra el grupo asegurable por sexo:	
				No. _____ asegurados femeninos entre _____ y _____ años	
				No. _____ asegurados masculinos entre _____ y _____ años	
¿El objeto del contrato será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Tipo de colectividad de la póliza _____					
Monto o porcentaje de la prima con que contribuirá cada uno de los miembros		Subgrupo A		Subgrupo B	
				Subgrupo C	

III. SUBGRUPOS DE LA AGRUPACIÓN ASEGURABLE

	Subgrupo A		Subgrupo B		Subgrupo C	
Características	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ocupación	_____	_____	_____	_____	_____	_____
No. de personas	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Titulares	Dependientes	Titulares	Dependientes	Titulares	Dependientes

IV. CARACTERÍSTICAS DE LAS COBERTURAS

	Subgrupo A	Subgrupo B	Subgrupo C
Suma Asegurada	_____	_____	_____
Deducible	_____ %	_____ %	_____ %
Coaseguro	_____ %	_____ %	_____ %

V. DATOS SOBRE LA COBRANZA

Conducto de Pago	Forma de Pago	
a. Modo Directo (transferencia electrónica) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral
b. Pago vía telefónica al 800 505 4000 con cargo a tarjeta de crédito o débito. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensual

En caso de que, por cualquier causa imputable al Contratante no se realice el pago a que hace referencia esta solicitud, éste se compromete a pagar a través de medios de pago autorizados por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., 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 www.mnyl.com.mx o bien llamando al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 800 505 4000.

VI. CLAÚSULAS ADICIONALES Y COBERTURAS POR CONVENIO EXPRESO

Descripción	Subgrupo A	Subgrupo B	Subgrupo C

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? Sí No

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, 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 cargo o puesto que tiene la persona que señala como PPE Sí No

Nacionalidad de la persona que señala como PPE _____

Parentesco o vínculo con usted _____

VII. ATENCIÓN: INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos que forman parte de esta solicitud y que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad. Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma las he dado personalmente, son verídicas y están completas, reconociendo que las declaraciones anteriores contenidas en la presente constituyen la base del contrato de seguro, aceptando, en consecuencia, la obligación de pagar por la prima y los ajustes correspondientes al contrato.

Manifiesto mi conformidad para que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. me proporcione, a través de los medios electrónicos que tenga para tal efecto, cualquier información o documentación relacionada con la Póliza de Seguro Colectivo que tengo celebrada con dicha Institución. Asimismo estoy de acuerdo en que, a través de dichos medios y en la medida en que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. tenga disponibles estos servicios, podré transmitirle las instrucciones que la Institución tenga habilitadas, así como solicitarle movimientos a la Póliza. En todo caso, la Institución, deberá proporcionarme las claves necesarias para transmitirle las instrucciones correspondientes a través del sistema que la propia Institución tenga diseñado para tal efecto.

Hago constar, con el carácter con que solicito la celebración del Contrato, que me he enterado debidamente de las cláusulas que contendrá la póliza que en su caso expida SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V., que otorgo de una manera expresa mi conformidad con estas cláusulas y que acepto las obligaciones que las mismas me imponen como Contratante.

Queda convenido que la Institución tendrá treinta días, contados desde la fecha de recibo de esta solicitud, para aceptar y dar curso a la misma; si la Institución no comunica dentro de dicho periodo la aceptación o negación a esta solicitud, la misma se considerará como rechazada.

Manifiesto(amos) mi (nuestro) consentimiento expreso para recibir de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., de manera física o en el(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) en el numeral I, la documentación contractual que se origine en caso de aceptación de esta solicitud de seguro, por lo cual la fecha de remisión a esta dirección electrónica se tendrá como fecha de recepción; así como para que se nos haga llegar a través de los medios electrónicos anteriormente citados, en los domicilios particulares o de trabajo, teléfono móvil, fijo de trabajo o particular igualmente indicados, información de sus productos y servicios, consistentes en publicidad (información, divulgación, de noticias o anuncios de carácter comercial con propósitos de comunicar las características de un producto) y/o promociones (dar a conocer beneficios adicionales o asociados a la contratación de un nuevo producto como descuentos, bonificaciones, concursos o sorteos) y/o telemarketing (comunicación vía telefónica con el objeto de ofrecer bienes, productos o servicios). Sí No

Este documento sólo 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.

Lugar y Fecha _____ a _____ de _____ de _____

Firma del agente

Firma del solicitante

AGENTE

Estimado Sr.

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 5º del reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas en Vigor, me permito informar a Ud. lo siguiente:

Nombre completo del suscrito Agente

Tipo de Autorización

Número de cédula y vigencia

Domicilio

Así mismo, 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 sólo 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, y
- 3.- Que deberá 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, así como de la forma de conservarla o darla por terminada.

Firma del Agente

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha

VIII. PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (PARA SER REQUISITADO POR EL AGENTE)

Agente No.	Nombre	Participación	Promotor	Firma

Abreviaturas utilizadas en este formulario

Coberturas

- CVE Descripción

Estado Civil

- S Soltero
- C Casado

Moneda

- MN Moneda Nacional

Abreviaturas Generales

- C.P. Código Postal
- R.F.C. Registro Federal de Causantes
- CURP Clave Única de Registro de Población

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 (CONDUSEF). Av. 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

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

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 06 de septiembre de 2019, con el número CGEN-S0038-0053-2019/ CONDUSEF-G-00660-003.