

Fecha de Solicitud
 Día | Mes | Año

SOLICITUD PARA EL CONTRATO DEL SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

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

Solicitante	Nombre(s) o Razón Social			Apellido Paterno			Apellido Materno			
	Fecha de nacimiento o de Constitución dd mm aaaa			Nacionalidad			País de nacimiento			
							Estado civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
	Domicilio (calle y número Exterior e Interior)					C.P.		Colonia, Fraccionamiento o Localidad		
	Alcaldía o Municipio			Ciudad o Población			Estado			
	Correo electrónico			Tel. Particular		Tel. Oficina		Ingresos Anuales		
	Actividad u objeto social		Giro mercantil, ocupación o profesión			R.F.C. O CURP (Obligatorio)				
	Nombre del representante legal de la empresa con poderes para solicitar y celebrar contratos de Seguros						Fecha de nacimiento dd mm aaaa		Nacionalidad	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (Opcional)					Folio Mercantil (sólo para Personas Morales)					

II.- CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD

Colectivo de Accidentes Personales
 Colectivo de Accidentes Personales de corto plazo
 Colectivo Escolar de Accidentes Personales

Características de la agrupación asegurable _____

	Subgrupo A	Subgrupo B	Subgrupo C
Características de la agrupación asegurable (Incluir ocupación de los miembros de la colectividad)	_____	_____	_____
Relación con el contratante (Deudor, agremiado, tutor, empleado)	_____	_____	_____
Número de personas que reúnen las características arriba señaladas	_____	_____	_____
Número de personas que van a asegurarse y que han firmado el consentimiento respectivo	_____	_____	_____
Monto o porcentaje de la prima con que contribuirá cada uno de los miembros	_____	_____	_____

1. Dentro del Grupo Asegurable, ¿existirán Asegurados que por sus actividades realicen frecuentemente viajes? _____

¿ Con qué frecuencia? _____

¿Cuántos acostumbran viajar utilizando el mismo medio de transporte? _____

¿Qué tipo de transporte utilizan generalmente? _____

2. ¿Los Asegurados participan en convenciones, simposios, reuniones o eventos que implique que más de un Asegurado viajen conjuntamente? _____

¿Cuántas personas normalmente viajan juntas? _____ y la categoría a la que pertenecen _____

3. Indique las (3) ciudades en donde mayormente radica el Grupo Asegurable

En caso de que el Contratante sea designado como Beneficiario marcar las opciones que apliquen:

- El seguro garantiza créditos, prestaciones legales, voluntarias o contractuales del Asegurado
- El objeto del contrato de seguro es Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
- El objeto del contrato de seguro es resarcir al contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte accidental o enfermedad de técnicos o dirigentes.

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.

III. 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.

IV. CARACTERÍSTICAS DE LAS COBERTURAS

Beneficio	Subgrupo A	Subgrupo B	Subgrupo C
Muerte accidental	_____	_____	_____
Pérdidas orgánicas (POA)	_____	_____	_____
Invalidez Total y Permanente (SAITA)	_____	_____	_____
Reembolso de Gastos Médicos (GMA)	_____	_____	_____
Deducible por evento	_____	_____	_____
Cobertura Deportistas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	_____	_____
Indemnización diaria por hospitalización y convalecencia domiciliaria (IDA)	_____	_____	_____

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
 Nombre completo de la PPE _____
 Fecha de Nacimiento Día Mes Año _____
 Nacionalidad de la persona que señala como PPE _____
 Parentesco o vínculo con usted _____
 ¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? No aplica a representantes legales Sí No

V.- 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(am)os mi(nuestro) consentimiento expreso para recibir de manera física o electrónica, la documentación contractual que se origine en caso de aceptación de esta solicitud de seguro y en su caso de sus renovaciones en formato PDF* o cualquier otro formato electrónico equivalente, en el correo electrónico referido(s) en el numeral I de la presente 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) Solicitante(s). Sí No

*PDF: Portable Document Format

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.

Sí No

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.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Asimismo acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

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 _____

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 podre 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

Lugar y fecha

Firma del agente

Firma del solicitante

VI: PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA (PARA SER REQUISITADO POR EL AGENTE)

Agente No.	Nombre	Participación	Promotor	Firma

Abreviaturas utilizadas en este formulario
Abreviaturas Generales

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

Estado Civil

- S Soltero
- C Casado

Parentescos a los que se refiere la Sección IV

- MN Moneda Nacional

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de febrero de 2020, con el número CGEN-S0038-0008-2020/CONDUSEF-G-00661-002.