

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 debera 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	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	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	Correo electrónico o Página Web	Lada Teléfono particular	Lada Teléfono Oficina
Actividad u objeto social	Giro mercantil ocupación o profesión	R.F.C. O CURP			
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?  si  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

Forma de pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

## 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 [PEP]).

En caso afirmativo describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PEP \_\_\_\_\_  Sí  No

Nacionalidad de la persona que señala como PEP \_\_\_\_\_  Sí  No

Parentesco o vínculo con usted \_\_\_\_\_  Sí  No

## 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 mi 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 ésta solicitud de seguro, 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).

**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 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 entenderan 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 20, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 01 800 505 4000. Horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 Horas [clientes@mnyl.com.mx](mailto: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, del. Benito Juárez, C.P. 03100, México Distrito Federal. Teléfonos (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080. [www.condusef.gob.mx](http://www.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](http://www.mnyl.com.mx)