



Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de nacimiento	Firma
RFC	CURP	Parentesco	
Domicilio		Ciudad	
C.P.	Teléfono	Estado	Correo electrónico
Fiel (Opcional)	Folio Mercantil (solo para Personas Morales)	País de nacimiento	Nacionalidad
Ocupación Giro o actividad del negocio		Constitución o razón social del empleador	

Solo para personas físicas: Declaro bajo protesta de decir verdad, que las figuras participantes en la presente solicitud cuentan con alguna nacionalidad adicional y/o tienen obligaciones fiscales en un país distinto de México. SI APLICA \_\_\_\_ NO APLICA \_\_\_\_  
 En caso de contestar afirmativamente, favor de requisitar el Formato de "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Físicas".  
 Las personas morales deberán requisitar obligatoriamente el Formato "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Morales".

## VI. AUTORIZACIÓN

Declaro expresamente que al efectuarse el pago a través de la entrega del cheque o por transferencia electrónica bancaria a la cuenta designada por el suscrito, por el monto que proceda de acuerdo a las obligaciones pactadas en el contrato de seguro, tendré por reconocido y efectuado el pago a mi entera satisfacción, con el cual reconozco que la Aseguradora da cabal cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. En virtud de ello desde este momento otorgo a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. el más amplio finiquito total de pago que en derecho proceda, sin reservarme acción ni derecho de ninguna índole que ejercitar en su contra que pudiera existir como consecuencia del pago, sirviendo el presente como formal desistimiento ante cualquier autoridad, obligándome a ratificarlo en el momento en que se me requiera, manifestando que se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo o cualquier vicio de la voluntad.

Desde este momento asumo cualquier obligación que frente a terceros pudiera derivarse con motivo del pago antes descrito, deslindando para todos los efectos legales a que haya lugar a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Aceptamos que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos del Artículo 17 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, puso a disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Autorizamos expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar los datos personales y datos sensibles que figuran en el presente formato, 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, aceptamos la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. le informa que adicionalmente puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral ubicado en la página: <http://www.mnyl.com.mx/>

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha

\_\_\_\_\_

Firma(s) de (los) beneficiario(s)

## VII. PODER(ES)

Para efectos del trámite de la presente reclamación y en su caso del pago, el (los) beneficiario(s) que suscribe (mos) al calce otorgo(gamos) a favor del Sr. o de la empresa representada por: \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de nacimiento	Firma del apoderado
RFC	CURP	Parentesco	
Domicilio		Ciudad	
C.P.	Teléfono	Estado	
Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Ocupación Giro o actividad del negocio		Constitución o razón social del empleador	

Las facultades suficientes para que a mi nombre y representación, reciba toda clase de notificaciones y requerimientos así como el cheque a mi nombre o cualquier otra forma de pago, en caso de proceder esta. Recibido el pago en la forma en que ha quedado instruida, me doy por cubierto de la cantidad correspondiente a cargo del contrato de seguro celebrado con \_\_\_\_\_ concediendo al apoderado la facultad para otorgar a mi nombre el finiquito que los libere de todo compromiso. En igual forma señalo conforme al artículo 34 del Código Civil Federal como domicilio convencional, para los efectos de esta reclamación el mencionado anteriormente en este mismo formulario.

\_\_\_\_\_

Firma(s) de (los) beneficiario(s)

*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 \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con el número \_\_\_\_\_.*