

Fecha de Solicitud

Día Mes Año

SOLICITUD PARA EL CONTRATO DE VIDA GRUPOT1 Temporal de un año T2 Temporal a dos años

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	Nacionalidad	Giro mercantil, ocupación o profesión	País de nacimiento	Estado S <input type="checkbox"/>	Civil C <input type="checkbox"/>
Sexo Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)		C.P.	Colonia o Fraccionamiento	
Alcaldía o municipio		Ciudad o población		Estado	
Correo electrónico		Tel. Particular		Tel. Oficina	
Actividad u objeto social		Ingresos Anuales		Folio mercantil (Sólo para Personas Morales)	
RFC o C.U.R.P. (obligatorio)			Nombre del representante legal de la empresa con poderes para solicitar y celebrar contratos de Seguros		
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (Opcional)			
¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

II. CARACTERÍSTICAS DE LA AGRUPACIÓN

Características de la agrupación asegurable (Empleados, Obreros, Sindicatos, Jubilados, etc.)	Monto o porcentaje de la prima con que contribuirá cada uno de los miembros
Relación con el contratante (Deudor, agremiado, tutor, empleado)	Fecha deseable de emisión <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Número de personas que reúnen las características del grupo asegurable	En caso de que el Contratante sea designado como Beneficiario marcar las opciones que apliquen:
Número de personas que van a asegurarse	<input type="checkbox"/> El seguro garantiza créditos, prestaciones legales, voluntarias o contractuales del Asegurado
Número de Asegurados y Edad entre la que se encuentra el grupo asegurable por sexo:	<input type="checkbox"/> El objeto del contrato de seguro es Garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales.
No. <input type="text"/> Asegurados femeninos entre <input type="text"/> y <input type="text"/> años.	<input type="checkbox"/> 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.
No. <input type="text"/> Asegurados masculinos entre <input type="text"/> y <input type="text"/> años.	1. Dentro del Grupo Asegurable, ¿existirán Asegurados que por sus actividades realicen frecuentemente viajes? <input type="text"/>
Regla para fijar la suma asegurada	¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>
¿El objeto del contrato será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos acostumbran viajar utilizando el mismo medio de transporte? <input type="text"/>
	¿Qué tipo de transporte utilizan generalmente? <input type="text"/>


**SEGUROS
MONTERREY**

III.- CARACTERÍSTICAS DE LA SUMA ASEGURADA

Solo llenar en caso que el objeto del seguro sea garantizar créditos, prestaciones legales, voluntarias o contractuales del Asegurado

La suma asegurada será, para cada uno de los miembros de la colectividad, el saldo insoluto a cargo del asegurado derivado del crédito o financiamiento que haya sido otorgado por el solicitante y cuyas características se mencionan a continuación:

Tipo de crédito (Hipotecario, autofinanciamiento, corto plazo, etc.) Plazo de pago:

--	--

Tipo de interés aplicable (Fijo, variable, combinado, etc.)

Método de aplicación de Interés (Simple, compuesto, refinanciado, etc.)

--	--

IV. 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.

V.- CARACTERÍSTICAS DE LAS COBERTURAS

La póliza deberá emitirse con los siguientes beneficios adicionales:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> • BMA Beneficio por Muerte Accidental | <input type="checkbox"/> • SAITA Beneficio de pago por Invalidez Total y Permanente a causa de un accidente | <input type="checkbox"/> • GADF Beneficio de gastos funerarios para dependientes |
| <input type="checkbox"/> • DIPO Beneficio Doble Indemnización por Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas | <input type="checkbox"/> • SSAD Beneficio de despido | <input type="checkbox"/> • AET Anticipo por enfermedad terminal |
| <input type="checkbox"/> • TIC Beneficio Triple Indemnización por Muerte Accidental Colectiva y Pérdidas Orgánicas | <input type="checkbox"/> • GAF Beneficio de gastos funerarios | <input type="checkbox"/> • OTRO _____ |
| <input type="checkbox"/> • BITS Beneficio de seguro saldado por Invalidez Total y Permanente | <input type="checkbox"/> • BEC Beneficio conyugal | |
| <input type="checkbox"/> • SAIT Beneficio de pago por Invalidez Total y Permanente | <input type="checkbox"/> • BMC Beneficio de graves enfermedades | |
| | <input type="checkbox"/> • AC Beneficio de apoyo para Cáncer | |

Para deudores solo disponible SAIT. Beneficios adicionales que no se pueden contratar conjuntamente (escoger solo uno para punto): BMA, DIPO o TIC SAIT o SAITA

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]). Sí No

En caso afirmativo describa cargo o puesto que tiene la persona que señala como PPE

--	--

Nombre completo de la PPE _____

Nacionalidad de la persona que señala como PPE _____ Fecha de nacimiento

Parentesco o vínculo con usted _____

VI.- 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 del grupo. 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(amos) 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). SI NO

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 de Grupo 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. SI NO

Hago constar, con el caracter 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

*PDF: Portable Document Format

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

Agente No.	Nombre	Participación	Promotor	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Abreviaturas utilizadas en este formulario**Abreviaturas generales**

CP: Código Postal
RFC: Registro Federal del Contribuyente
CURP: Clave Única de Registro de Población

Estado Civil

S: Soltero
C: Casado

Moneda

M.N. Moneda Nacional

Observaciones:

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-S0038-0007-2020/CONDUSEF-G-00169-003.