

Fecha de Solicitud
 Día Mes Año
 Póliza No. No. de Certificado

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO



SEGUROS MONTERREY

Nota: el No. de Póliza y el No. de Certificado, no es indispensable para el asegurado. La persona por asegurar deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible y sin omitir ningún dato.

I.- NOMBRE DEL CONTRATANTE

Nombre (s) o Razón Social Apellido Paterno Apellido Materno

II.- DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

PERSONA POR ASEGURAR

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa Nacionalidad País de nacimiento Estado Civil S C Sexo Mujer Hombre

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado Correo Electrónico Lada Teléfono Particular Lada Teléfono Oficina

Ocupación o Profesión Lugar físico de desempeño de labores Fecha de ingreso a la empresa dd / mm / aaaa Antigüedad con la póliza dd / mm / aaaa

Actividad o giro del Negocio Regla para determinar la Suma Asegurada Fija No. Meses de Sueldo Otra (Especificar) Salario \$ RFC o CURP

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

III.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco*	Porcentaje
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) C. P. Colonia o Fraccionamiento		*Para efectos de identificación	
Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado			
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) C. P. Colonia o Fraccionamiento			
Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado			
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) C. P. Colonia o Fraccionamiento			
Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado			
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) C. P. Colonia o Fraccionamiento			
Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado			
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) C. P. Colonia o Fraccionamiento			
Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado			

La designación de porcentajes de los beneficiarios debe sumar el 100% del beneficio. 100 %

BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

Si se desea que alguno de los beneficiarios designados con anterioridad tenga el carácter de irrevocable indicarlo a continuación.

NOTA: La designación irrevocable de beneficiarios tiene como consecuencia que el Asegurado en lo futuro no pueda cambiar o cancelar dicha designación, ni alterar el porcentaje que se le asigne.

Es mi voluntad designar irrevocablemente como Beneficiario de esta póliza a:

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 16 de junio del 2021 con el número CNSF-S0038-0610-2020/CONDUSEF-000683-04.

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]).

Si No

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

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____

Parentesco o vínculo con usted _____

IV.- INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

Autorizo que sea descontado de mis percepciones la parte de la prima del seguro que me corresponde aportar, y que dicho importe sea entregado a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., por conducto del contratante.

Estamos informados que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme a los cuestionarios contenidos en esta solicitud pueden dar lugar a la rescisión de contrato que llegara a celebrarse y en consecuencia, a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., toda la información que se requiera, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra propuesta de seguro y en su caso para todo lo relacionado en el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevamos de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En caso de fallecimiento de la persona asegurada mientras la póliza y el certificado individual se encuentran en vigor, Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V., pagará a los beneficiarios la suma asegurada que les corresponda en función a los términos y condiciones estipulados en el contrato de seguro, previa presentación del consentimiento individual, declaraciones y demás documentos que requiera la Institución.

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis Datos Personales, incluyendo la información financiera 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 el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V

Declaro 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.

Lugar y Fecha _____ a _____ de _____ de _____.

Firma del Asegurado

Abreviaturas utilizadas en este formulario

Abreviaturas Generales

- CP Código Postal
- RFC Registro Federal de Causantes
- CURP Clave Única de Registro de Población

Estado Civil

- S Soltero
- C Casado

Moneda

- M.N. Moneda Nacional

Parentescos a los que se refiere la Sección III

Parentesco por consanguinidad y afinidad, hasta en segundo grado: abuelos, padres, hijos, nietos, cónyuge y persona con quien se vive en concubinato.

Observaciones: