

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Fecha de Solicitud
Día | Mes | Año

El Solicitante deberá requisitar esta Solicitud sin omitir datos.

Trámite Inicial ☐	Póliza _____	Incremento Suma Asegurada ☐ Cambio de las Coberturas ☐ Inclusión de Asegurado ☐	
		Rehabilitación ☐ Rehabilitación con Cambio ☐ Detalle de Cambio _____	
Nombre del Plan Solicitado _____			
Suma Asegurada/Renta	PPS ☐ Póliza _____	Para Imagina Ser Deducible ☐ PPR ☐ No Deducible ☒	Moneda M.N. ☐ Sí ☐
	S.A. ☐ S.A.+ Fondo ☐	Para Nuevo Plenitud Deducible ☐ No Deducible ☐	DLS ☐ No ☐ UDI ☐
I. Datos Personales del Solicitante			
Nombre(s) o Razón Social _____			
Apellido Paterno _____		Apellido Materno _____	
Países/Jurisdicciones de Residencia Fiscal _____			
Números de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)* _____			
Fecha de nacimiento o de Constitución Día Mes Año		País de nacimiento o de Constitución _____	
Entidad Federativa de Nacimiento (estado, provincia, condado, alcaldía o municipio) _____			
Nacionalidades _____			
Tipo de identificación y Número de identificación (para INE/IFE registrar también Clave de Elector) _____			
Domicilio Particular (calle y número exterior e interior) _____			Código Postal _____
Colonia o Fraccionamiento _____		Alcaldía o Municipio _____	
Ciudad _____		Estado _____	
País _____		Correo Electrónico _____	
Teléfono Particular _____		Teléfono Oficina _____	Teléfono Celular _____
Domicilio en el extranjero (debe contener calle, número exterior e interior, CP, colonia, alcaldía o municipio, ciudad, estado, país) _____			
Giro, actividad u objeto social _____		Ocupación o Profesión _____	
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados _____			
Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ _____ MXN			
Origen del Patrimonio _____		RFC (ver sección I.I) _____ y/o CURP _____	
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)(solo si cuenta con ella) _____			
Solo para Personas Físicas			
¿Tiene ciudadanía estadounidense? Sí ☐ No ☐		En caso de ser "Sí", proporcione el TIN de E.U.A. _____	
Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre	Estado Civil	S ☐ C ☐ CC ☐	

Solo para Personas Morales

Folio mercantil

Nombre de la persona representante de la empresa con poderes para solicitar y formalizar contratos de Seguros

Nacionalidad del representante

Fecha de nacimiento del representante

Día Mes Año

Seleccionar con una "X" la clasificación de la sección FATCA y CRS que mejor defina a la Entidad, deberás seleccionar solo una clasificación para FATCA y solo una clasificación para CRS.

Clasificación	FATCA	CRS	Observaciones
a) Entidad No Financiera Activa	☐	☐	Aplicable a CRS (opcional) En caso de tener residencia fiscal diferente o adicional a la mexicana, selecciona con una "X" el inciso que corresponda a) ☐ Una Entidad Gubernamental, una Organización Internacional o un Banco Central b) ☐ Otro, especifique brevemente _____
b) Entidad No Financiera Pasiva	☐	☐	Aplicable a FATCA y CRS (obligatorio) Llena el apartado de Datos de Propietario Real e indica el Código de cada una de las personas que ejercen el control.
c) Institución Financiera Sujeta a Reportar	☐	☐	Aplicable a FATCA y/o CRS (obligatorio) Indique Número GLIN: _____
d) Institución Financiera No Sujeta a Reportar	☐	☐	-
e) Entidad de Estados Unidos	☐	☐	Aplicable a FATCA (opcional) Indique la letra que mejor aplique a su código de exención _____
f) Institución Financiera No Participante	☐	☐	-

*Para conocer las razones válidas para no contar con TIN, así como mayor detalle de las clasificaciones, consulte las "Instrucciones para auto certificaciones" en la siguiente página: www.mnyl.com.mx en la sección Integridad y Cumplimiento/Obligaciones Fiscales en el extranjero.

I.I Datos fiscales (obligatorio en productos deducibles y/o cuando se requiera factura)

Régimen fiscal

Código Postal del domicilio fiscal

II. Información de Cobranza (en esta Solicitud no se deben proporcionar datos de tarjeta bancarios)

Conducto de pago	Prima Básica	Prima Planeada-AVE Programado
Cargo Automático ☐	Forma de pago Mensual ☐ Trimestral ☐	Forma de pago Mensual ☐ Trimestral ☐
Modo Directo ☐	Día de cobro Semestral ☐ Anual ☐	Día de Cobro Semestral ☐ Anual ☐
☐ Agente No. Agente _____	Inicial _____ Subsecuente 1 ☐ 16 ☐ Otro _____	Subsecuente 1 ☐ 16 ☐ Otro _____
Token de Tarjeta o CLABE, Prima a cobrar Básica	Banco	Crédito(C)/Débito(D) ☐ C ☐ D
Token de Tarjeta o (CLABE) alterna		☐ C ☐ D
Token de Tarjeta o CLABE de Prima Planeada/AVE programado		☐ C ☐ D
Token de Tarjeta o (CLABE) alterna		☐ C ☐ D

Token: Dato Alfanumérico que sustituye internamente el número de la tarjeta de crédito o débito para el manejo seguro de la información del Cliente.

El suscrito autorizó expresamente a la Institución de Crédito indicada en la presente Solicitud para que realice a favor de **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.**, los cargos que correspondan por concepto de pago de primas a las cuentas de crédito o bancarias señaladas. Cada uno de los cargos que correspondan se aplicarán en la fecha especificada. El cargo podrá ser verificado en el estado de cuenta el cual hará prueba suficiente del pago realizado. En caso de que por cualquier causa imputable al Asegurado o Contratante no se realice el cargo a que hace referencia esta Solicitud, el Contratante 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.

Nombre completo o Razón Social del Titular de la cuenta CLABE, Token de tarjeta

Correo Electrónico

Firma del Titular de la cuenta CLABE, Token

En caso de que el Titular de la cuenta CLABE o Token de tarjeta sea diferente a alguna de las personas que figuran en la presente Solicitud deberá llenar la sección de Proveedor de Recursos.

Proveedor de Recursos (la persona que se encargará del pago de la Prima que NO es el Solicitante ni Persona por Asegurar)¿Quien pagará la prima es una persona diferente al Solicitante, Asegurado o Mancomunado? ☐ Sí ☐ No**Nota:** En caso de contestar "Sí", será obligatorio llenar los datos de proveedor de recursos, incluso cuando el pago no sea mediante Token de tarjeta o cuenta CLABE.

Nombre o Razón Social

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento o de Constitución

Día

Mes

Año

RFC

y/o

CURP

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique el Proveedor de Recursos

Domicilio Particular: (calle y número exterior e interior)

Código Postal

Colonia o Fraccionamiento

Alcaldía o Municipio

Ciudad

Estado

País

Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$

MXN

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)

III. Datos Personales de Persona por Asegurar (Figura 1)

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo

Mujer ☐Hombre ☐

Estado Civil

S ☐C ☐CC ☐

Nacionalidades

País de Nacimiento

Entidad Federativa de Nacimiento (estado, provincia, condado, alcaldía o municipio)

Ocupación o Profesión

Relación con el Solicitante

Teléfono Particular

Teléfono Oficina

Teléfono Celular

Correo Electrónico

RFC

y/o

CURP

Países/Jurisdicciones de Residencia Fiscal

Números de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)*

¿Tiene ciudadanía estadounidense? ☐ Sí ☐ No ☐ En caso de ser "Sí", proporcione el TIN de E.U.A.

Tipo de Identificación y Número de identificación (para INE/IFE registrar también Clave de Elector)

Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja

Lugar Físico de desempeño de labores

Giro, actividad u objeto social

Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$

MXN

Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados

Antigüedad en su empleo actual

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)

Estatura

Peso

IV. Datos Personales de Persona Mancomunada¿Cuenta con persona mancomunada? Sí ☐ No ☐

Marque el recuadro de la Figura que corresponda

o BITC
(Figura 2)CPV
(Figura 3)Persona por
Asegurar
ADAPTA
(Figura 4)Persona por
Asegurar
ADAPTA
(Figura 4-1)Persona por
Asegurar
ADAPTA
(Figura 4-2)☐☐☐☐☐

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento
Día Mes Año

Ocupación o Profesión

Nacionalidades

Entidad Federativa de Nacimiento (estado, provincia, condado, alcaldía o municipio)

País de Nacimiento

Sexo
Mujer ☐ Hombre ☐Estado Civil
S ☐ C ☐ CC ☐

Correo Electrónico

Teléfono Particular

Teléfono Oficina

Teléfono Celular

Relación con el Solicitante

RFC _____ y/o
CURP _____

Países/Jurisdicciones de Residencia Fiscal

Números de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)*

¿Tiene ciudadanía estadounidense? Sí ☐ No ☐ En caso de ser "Sí", proporcione el TIN de E.U.A.

Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja

Lugar Físico de desempeño de labores

Giro, actividad u objeto social

Ingresos anuales netos (incluyendo sueldo, inversiones, cobro de rentas, utilidades, dividendos, entre otros) \$ MXN

Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados

Antigüedad en su empleo actual

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada
(FIEL) (solo si cuenta con ella)

Estatura

Peso

V. Datos Personales del Menor por Asegurar (Figura 5)¿Cuenta con Menor por Asegurar? Sí ☐ No ☐

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de Nacimiento
Día Mes Año

País de Nacimiento

Nacionalidades

Entidad Federativa de Nacimiento (estado, provincia, condado, alcaldía o municipio)

Relación con el Solicitante

Sexo
Mujer ☐ Hombre ☐

Estatura

Peso

Países/Jurisdicciones de Residencia Fiscal

Números de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)*

¿Tiene ciudadanía estadounidense? Sí ☐ No ☐ En caso de ser "Sí", proporcione el TIN de E.U.A.**VI. Domicilio Adicional, indicar el domicilio de(los) Asegurado(s) y/o del mancomunado solo en caso de ser distinto al del Solicitante**¿Cuenta con domicilio distinto al del Solicitante? Sí ☐ No ☐

Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Domicilio Particular: (calle y número exterior e interior)					
Colonia o Fraccionamiento			Alcaldía o Municipio		
Código Postal	Ciudad	Estado		País	
Domicilio en el extranjero (debe contener calle, número exterior e interior, C.P., colonia, alcaldía o municipio, ciudad, estado, país)					
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Domicilio Particular: (calle y número exterior e interior)					
Colonia o Fraccionamiento			Alcaldía o Municipio		
Código Postal	Ciudad	Estado		País	
Domicilio en el extranjero (debe contener calle, número exterior e interior, C.P., colonia, alcaldía o municipio, ciudad, estado, país)					
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 en los últimos dos años, 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 ☐					
Agregar nombre completo de la PPE: Nombre(s)					
Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año Parentesco o vínculo con usted:					
Nacionalidad de la persona que señala como PPE:					
Solicitante Sí ☐ No ☐ Persona por Asegurar Sí ☐ No ☐ Mancomunada/CPV Sí ☐ No ☐ Adapta Sí ☐ No ☐ Adapta - 1 Sí ☐ No ☐ Adapta - 2 Sí ☐ No ☐ Propietario Real Sí ☐ No ☐ Proveedor de recursos Sí ☐ No ☐					
VII. Propietarios Reales					
1. ¿Actúa en nombre o representación de un tercero distinto al Contratante? (Esta pregunta solo aplica para Contratante Persona Física). Sí ☐ No ☐ Nota: En caso de contestar "Sí", deberá llenar obligatoriamente los datos de Propietario Real en la siguiente sección.					
2. Si el Contratante es persona moral, deberán recabarse los datos de Propietario(s) Real(es) obligatoriamente.					
Datos de Propietario Real (Únicamente se deben registrar personas físicas en esta sección)					
3. ¿El Contratante persona moral o su accionista mayoritario persona moral (posee 50% o más del capital social/acciones) cotiza en bolsa? Sí ☐ No ☒ Nota: En caso de contestar "Sí" no será obligatorio llenar los datos de Propietario Real y deberá presentar evidencia que lo avale (sujeto a validación en documentos).					
Nombre Completo					
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		País de Nacimiento			
Entidad Federativa de Nacimiento (estado, provincia, condado, alcaldía o municipio)					
Nacionalidades					
Ocupación o Profesión			Correo Electrónico (en caso de contar con él)		
Teléfono			RFC y/o CURP		

Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)			
Domicilio Particular: (calle y número exterior e interior)			
Colonia o Fraccionamiento		Alcaldía o Municipio	
Código Postal	Ciudad	Estado	País
Domicilio en el extranjero (debe contener calle, número exterior e interior, C.P., colonia, alcaldía o municipio, ciudad, estado, país)			
Porcentaje de Participación en la empresa (solo accionistas)			
En caso de que la Entidad se haya clasificado en FATCA y/o CRS como b) Entidad no financiera pasiva llene los siguientes campos:			
Código del tipo de persona que ejerce el control _ _ _			
Países/Jurisdicciones de Residencia Fiscal			
Números de Identificación Fiscal (TIN por sus siglas en inglés)*			
¿Tiene ciudadanía estadounidense? Sí ☐ No ☐ En caso de ser "Sí", proporcione el TIN de E.U.A.			
VIII. Coberturas (ver sección de Abreviaturas para detalle)			
Mío		SeguBeca	
Suma asegurada	Opción de Liquidación BAIT	IND. MAN. PREF.	Suma Asegurada
BAIT ☒ \$ _____	PU ☐ Rentas ☐ Monto _____	CPA Educación ☐ ☐ ☐	\$ _____
Creciente 65 ☒ \$ _____	Crecimiento Protección _____ %	CPA Protección ☐ ☐ ☐	\$ _____
Metas	Plazo	PIM ☒ ☐	
☐ _____	Monto: _____	Administración del Ahorro ☐ CGC ☐	
☐ _____		☐ DES (Responder lo siguiente)	
☐ _____		Una relación laboral (Asalariada) Sí ☐ No ☐	
☐ _____		¿Cuenta actualmente con al menos seis (6) meses trabajando en forma continua en la misma compañía? Sí ☐ No ☐	
		☐ PII (Responder lo siguiente)	
		1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de:	
		☐ Una relación laboral (Asalariada)	
		☐ Prestación de servicios por cuenta propia	
		2. El ingreso promedio anual de los tres últimos años, antes de impuestos fue: (M.N.) _____	
		3. Actualmente, ¿recibe una pensión temporal o definitiva por invalidez? Sí ☐ No ☐	
Invalidez		Vida Mujer	
IND. MAN.	IND. MAN.	Suma Asegurada	
BIT Adapta ☐	BITAE ☐ \$ _____	☐ CPV	\$ _____
BIT 55 ☐ 60 ☐ 65 ☐	BITC ☐	☒ PCF	\$ _____
BAIT 55 ☐ 60 ☐ 65 ☐ \$ _____	PER LIC ☐	☐ PEP	\$ _____
PU ☐ IM ☐		☐ CLP (Seleccionar figuras por asegurar)	
		☐ Titular	\$ _____
		☐ Dependiente	\$ _____
		☐ PII (Responder lo siguiente)	
		1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de:	
		☐ Una relación laboral (Asalariada)	
		☐ Prestación de servicios por cuenta propia	
		2. El ingreso promedio anual de los tres últimos años, antes de impuestos fue: (M.N.) _____	
		3. Actualmente, ¿recibe una pensión temporal o definitiva por invalidez? Sí ☐ No ☐	
Aumento de Valor en Efectivo		Beneficio por Retiro	
AVE No Programado ☐ Prima	Opciones de Liquidación para Imagina Ser y Nuevo Plenitud		
AVE Programado* ☐ \$ _____	PU ☐ IC ☐		
AVE CP ☐	ICPG ☐ _____ años ISPG ☐		
*No aplica para AVE a corto plazo	Prima Planeada \$ _____		

Accidentes			Adapta	Suma Asegurada
IND.	MAN.			
BMA	☐	\$ _____	Persona por Asegurar	\$ _____
DI	☐	\$ _____	Persona por Asegurar mancomunada	\$ _____
			Persona por Asegurar Adapta	\$ _____
			Persona por Asegurar Adapta - 1	\$ _____
			Persona por Asegurar Adapta - 2	\$ _____

Objetivo Vida**Realiza Distribución Fondos (porcentaje de asignación inicial)**

Aportación Objetivo _____	Período de Pago _____	Conservador Dólares _____	Balanceado UDI _____
Prima Adicional _____	Año Meta _____	Balanceado Dólares _____	Proactivo Pesos _____
Ahorro Meta _____		Conservador UDI _____	Proactivo Dólares _____
Clave de Meta _____		Total 100%	
En caso de especificar "Clave de Meta", llenar todos los campos de esta sección.		Prima Planeada: \$ _____	

Imagina Ser - Elección de prioridad y monto de ingresos a las opciones de deducibilidad:

Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" _____	Solo si elige PPR y deducible marque con una X la prioridad 1	*Hasta por el límite máximo establecido en la Ley del Impuesto sobre la Renta. Cualquier ingreso que rebase dichos límites o los establecidos por el Cliente, se considerarán como ingresos No Deducibles.
PPR _____ *		
Deducible _____ *		
No Deducible Sin tope	PPR ☐ Deducible ☐	

IX. Ocupación, Deportes y Otras Actividades

Está(n) expuesto(s) a cualquiera de lo siguiente: uso y/o portación de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta. Sí ☐ No ☐

Especifique(n) cuáles, dar más detalles: _____ No. Figura(s): _____

¿Practica(n) y/o realiza(n) deportes o aficiones peligrosas como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, charrería, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia, algún otro deporte de riesgo, etc.? Sí ☐ No ☐

Especifique(n) cuáles: _____ No. Figura(s): _____

¿Desea(n) cubrir el riesgo para Cobertura Básica? Sí ☐ No ☐ ¿Para Coberturas Adicionales? Sí ☐ No ☐ (En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de esta sección, favor de dar más detalle contestando el cuestionario correspondiente)

¿Vuela(n) en aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí ☐ No ☐ No. Figura(s): _____

Indique si lo hace como pasajero, miembro de la tripulación o piloto. ☐ Pasajero ☐ Tripulación ☐ Piloto

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de esta sección, favor de dar más detalle contestando el cuestionario correspondiente

Sección dinámica, el tamaño puede variar. En este espacio se incluirán las preguntas y respuestas de los diferentes cuestionarios que le sean aplicables a cada prospecto de acuerdo a lo declarado en esta solicitud.

X. Cuestionario Médico

A) ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades?:	Sí	No		Sí	No
1. ¿Del corazón y la circulación? (Entre otras: soplo, dolor de pecho o en el tórax, infarto al miocardio, presión arterial alta).	☐	☐	8. ¿Cáncer o tumores?	☐	☐
2. ¿Del aparato respiratorio? (Entre otras: bronquitis crónica, asma, tuberculosis, enfisema o SARS-CoV-2/COVID-19).	☐	☐	9. ¿Cualquier otra enfermedad que se haya manifestado por más de 8 días?	☐	☐
3. ¿Del aparato digestivo? (Entre otras: úlcera en el estómago o duodeno, enfermedades del hígado, vesícula biliar, intestinos o colon).	☐	☐	10. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades congénitas?	☐	☐
4. ¿Del aparato genitourinario? (Entre otras: de los riñones, de la próstata o de la vejiga).	☐	☐	B) ¿Tiene(n) algún defecto visual o auditivo?	☐	☐
5. ¿Del sistema endócrino? (Entre otras: diabetes, hipertiroidismo, alteraciones del colesterol o triglicéridos).	☐	☐	C) ¿Alguna vez ha(n) estado hospitalizado(s)?	☐	☐
6. ¿Del sistema nervioso? (Entre otras: pérdida del conocimiento o convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis, epilepsia).	☐	☐	D) Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:		
7. ¿Del aparato músculo esquelético? (Entre otras: de la columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas, cadera o hernias de cualquier tipo).	☐	☐	1. ¿Padece(n) actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	☐	☐
			2. ¿Está(n) en tratamiento actualmente?	☐	☐
			3. ¿Padece(n) o le(s) han diagnosticado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA/VIH)?	☐	☐
			4. ¿Se le(s) ha practicado alguna intervención quirúrgica?	☐	☐
			5. ¿Tiene(n) pendiente alguna intervención quirúrgica?	☐	☐

	Sí	No		Sí	No
E) ¿Le(s) falta algún miembro, parte de él o tiene(n) alguna deformidad?	☐	☐	H) Solo para solicitantes mujeres a partir de 15 años.		
F) ¿Alguna vez le(s) han practicado?			1. ¿Padece(n) o ha(n) padecido alguna enfermedad o alteración de los ovarios por ejemplo: quistes, tumores, etc.?	☐	☐
1. Electrocardiogramas.	☐	☐	2. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades de la matriz como infecciones, úlceras, miomas, etc.?	☐	☐
2. Pruebas de laboratorio.	☐	☐	3. ¿Está(n) embarazada(s)?	☐	☐
3. Radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética.	☐	☐	4. ¿Presentó(arón) alguna complicación o enfermedad en el embarazo o en las atenciones obstétricas como preeclampsia, eclampsia, etc.?	☐	☐
G) Hábitos Toxicológicos			5. Número de Partos (naturales): _____		
1. ¿Fuma?	☐	☐	6. Cesáreas: _____		
2. ¿Consume Alcohol?	☐	☐	7. Abortos: _____		
3. ¿Consume Drogas?	☐	☐	I) Cuestionario complementario para mujeres		
En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas de este inciso, detallar en el siguiente recuadro: clase, cantidad y frecuencia. Si abandonó alguno de los hábitos descritos indicar: fecha de abandono, clase, cantidad y frecuencia con la que solía consumirlo. _____			1. ¿Alguna vez le(s) ha sido reportado anormal el estudio de Papanicolaou?	☐	☐
_____			2. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas?	☐	☐

En cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorio y gabinete, diagnóstico, evolución, estado actual, en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma al calce de la Persona por Asegurar que corresponda:

No. figura	Letra y No. de pregunta	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas de esta sección, favor de dar más detalle contestando el cuestionario correspondiente.

Sección dinámica, el tamaño puede variar. En este espacio se incluirán las preguntas y respuestas de los diferentes cuestionarios que le sean aplicables a cada prospecto de acuerdo a lo declarado en esta solicitud.

XI. Historial Médico Familiar

¿Padece(n) o han padecido sus ascendientes o descendientes directos de Diabetes, Cáncer, Infarto al miocardio, Epilepsia, Alzheimer, y/o Parkinson? Sí ☐ No ☐

No. figura	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

XII. Otros Seguros¿Está(n) Asegurado(s) en esta u otras compañías de Seguros? Sí ☐ No ☐

No. figura	Tipo	Suma Asegurada	Moneda	Beneficios Adicionales	Compañía

Solo en caso de tener póliza de Gastos Médicos, ¿ha(n) reclamado algún pago en su póliza de gastos médicos? Sí ☐ No ☐

No. figura	Causa	Fecha	Compañía	Monto

¿Está(n) solicitando actualmente otro seguro de vida? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indicar Compañía a la cual solicita
No. Figura(s) _____ Suma Asegurada \$ _____**XIII. 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 deben 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, solo 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.

Figuras: Persona por Asegurar (Figura 1). Persona mancomunada (Figura 2). CPV (Figura 3). Asegurado(a) Adapta (Figura 4). Adapta (Figura 4-1). Adapta (Figura 4-2). Menor por fallecimiento (Figura 5). Menor por supervivencia (Figura 6). Co-Beneficiario para Plan Imagina Ser y Nuevo Plenitud (Figura 7). En caso de que el espacio sea insuficiente, llenar la hoja adicional con firma de la Persona por Asegurar y Solicitante al calce.

No. figura	Nombre o Razón Social	Fecha de Nacimiento o Constitución Día Mes Año	Parentesco	Porcentaje
				%
				%
				%
				%
				%
				%
				%

Domicilio de Beneficiarios:

¿El beneficiario cuenta con domicilio distinto al del Solicitante o Asegurado? Sí ☐ No ☐

En caso de Sí, proporcionarlo

No. Figura: _____

Domicilio Particular (calle y número exterior e interior)

Colonia o Fraccionamiento

Alcaldía o Municipio

Código Postal

Ciudad

Estado

Correo Electrónico (en caso de contar con él)

Folio Mercantil (obligatorio solo para Persona Moral, solamente informativo)

XIV. Atención: Indispensable (leer antes de firmar)

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 contempladas en el Aviso de Privacidad. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los Datos Personales proporcionados en esta Solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Las personas físicas o morales en su carácter de Solicitante y/o Persona(s) por Asegurar y/o dependientes por asegurar, deberán presentar a la Institución Aseguradora sus documentos de identificación que requieren las disposiciones oficiales. En el caso de personas físicas, estas deberán presentar los siguientes documentos, únicamente cuando cuenten con ellos: 1) Cédula Fiscal; 2) Constancia Única de Registro de Población (CURP) y/o 3) comprobante de inscripción a la Firma Electrónica Avanzada (FIEL). En caso de no presentarse estos últimos, se entenderá que la(s) persona(s) física(s) manifiesta(n) no contar con ellos.

De acuerdo con la Ley sobre el Contrato de Seguro, he(mos) declarado todos los hechos importantes conforme a los cuestionarios contenidos en esta Solicitud, como los conozco(cemos) o debíera(mos) de conocer a la fecha de firmarla.

Estoy(amos) informado(s) de que las omisiones e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo conforme a los cuestionarios contenidos en esta Solicitud, pueden dar lugar a la rescisión del 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.

En razón de lo anterior declaro(amos) y acepto(amos) que todos los datos e información proporcionados en la presente propuesta son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo objeto del contrato propuesto y por tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

El(los) firmante(s), autorizo(amos) a médicos y a cualquier persona que nos haya asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios, laboratorios o clínicas a los que haya(mos) ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento, incluyendo cirugía de cualquier enfermedad, accidente o lesión, para que proporcionen a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), toda la información que se requiera, incluyendo, de manera enunciativa y no limitativa, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de mi(nuestra) propuesta de seguro y en su caso, para todo lo relacionado con el cumplimiento y ejecución del contrato que llegara a celebrarse y en ningún momento para fines de comercialización o mercadotecnia de productos y servicios. Asimismo, relevo(amos) de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere este párrafo.

Por otro lado, autorizo(amos) a las compañías de seguros a las que previamente he(mos) solicitado propuestas de seguros que proporcionen a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), cualquier información que sea de su conocimiento y que a su vez [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta propuesta y de otras que sean de su conocimiento.

Declaramos que fuimos informados que podremos realizar operaciones electrónicas a través del uso de medios electrónicos que tenga disponibles [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) y que los términos y condiciones para el uso de dichos medios se encuentra disponible para su consulta en la página de [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) situada en www.mnyl.com.mx

Estoy(amos) enterado(s) de los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos los cuales pueden consultarse en la página electrónica de la Institución Aseguradora situada en www.mnyl.com.mx, en los cuales se especifican: a) las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos; b) los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución Aseguradora respecto de la realización de Operaciones Electrónicas; c) los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución Aseguradora, a través de Operaciones Electrónicas; d) los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas,

y e) las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, por lo que manifiesto(amos) mi(nuestro) consentimiento expreso para contratar el Uso de Medios Electrónicos para la realización de Operaciones Electrónicas Móviles, por Internet, de Audio respuesta, Telefónicas Voz a Voz y cualquier otra que en lo sucesivo ponga a mi disposición la Institución Aseguradora para la celebración y gestión de cualesquiera operaciones al amparo de la Póliza que se origine en caso de aceptación de esta Solicitud y de cualquier otro producto que tenga contratado con la Institución Aseguradora, al correo electrónico señalado en la sección I de esta Solicitud; asimismo, manifiesto(estamos) mi(nuestro) consentimiento expreso para recibir de manera física y/o electrónica, la documentación contractual que se origine en caso de aceptación de esta Solicitud, en su caso de sucesivas renovaciones, rehabilitaciones, estados de cuenta y en general la documentación contractual que se llegue a generar en formato PDF* o cualquier otro formato electrónico equivalente, en el(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) en la sección I de esta 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) Contratante(s) y/o Asegurado(s).

Acepto la contratación del Uso de Medios Electrónicos: Sí ☐ No ☐

Acepto el recibir documentación contractual en formato PDF* o cualquier otro: Sí ☐ No ☐

Se acompaña a esta Solicitud y forma parte de la misma, el documento en que constan las condiciones generales del seguro propuesto, el cual me(nos) fue(ron) previamente entregado por [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), en los términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y en las cuales se establecen los alcances, exclusiones y limitaciones de las coberturas que son de mi(nuestro) entero conocimiento. [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) me(nos) ha hecho saber que dichas condiciones generales también pueden ser consultadas de manera electrónica en la página web www.mnyl.com.mx, por lo cual desde este momento me(nos) hago(cemos) conocedor(es) de su contenido íntegro.

La validez de la auto certificación incluida en la sección I de esta solicitud finalizará si se produce un cambio en las circunstancias que sea susceptible de afectar el estatus del titular según lo declarado en cada sección y por lo tanto se deberá sustituir esta auto certificación dentro de los 30 días siguientes. Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información presentada en este documento fue proporcionada por el suscrito, es real y cierta; y autorizo a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#), a utilizar esta información para los fines que establece el Artículo 32-B Bis del Código Fiscal de la Federación, de conformidad con el Acuerdo entre la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de los Estados Unidos Mexicanos y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América para mejorar el cumplimiento Fiscal Internacional incluyendo respecto de FATCA publicado el 21 de agosto de 2014 en el Diario Oficial de la Federación por medio del Anexo 25 de la Resolución Miscelánea Fiscal, el Acuerdo Multilateral de Autoridad Competente (MCAA) firmado el 29 de octubre de 2014, el cual da origen al Estándar para el Intercambio Automático de Información Financiera (CRS por sus siglas en inglés) publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 12 de Enero de 2016 por medio del Anexo 25-Bis de la Resolución Miscelánea Fiscal.

Persona física- En su caso, los campos personales del cliente, tales como **"Nombre, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Nacionalidad, CURP, RFC o TIN, País de Residencias fiscales y/o Ciudadanías"**, que contengan información distinta a la previamente entregada a esta Institución en pólizas diversas en las que figure, serán actualizados con la información que declara en este formato en cumplimiento a la normatividad aplicable de FATCA Y CRS.

Persona moral- En su caso, los campos personales del cliente, tales como **"Razón social, País de Residencias fiscales, RFC o TIN, Clasificación FATCA y CRS y/o Personas que ejercen el control"**, que contengan información distinta a la previamente entregada a esta Institución en pólizas diversas en las que figure, serán actualizados con la información que declara en este formato en cumplimiento a la normatividad aplicable de FATCA Y CRS.

Este documento solo constituye una solicitud de seguros 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.

Datos de localización de la unidad especializada: Servicio y Experiencia al Asegurado (SEA) 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 Avenida 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

El(los) firmante(s) declaro(amos) que el contenido de la presente Solicitud es cierto y he(mos) llenado esta electrónicamente en compañía del agente de seguros, bajo mi(nuestra) estricta responsabilidad.

Firma del Solicitante	Lugar y fecha	Firma de la Persona por Asegurar (Figura 1)	Firma de la Persona por Asegurar mancomunada/BITC/CPV (Figura 2 y 3)
Persona por Asegurar Adapta (Figura 4)	Persona por Asegurar Adapta (Figura 4-1)	Persona por Asegurar Adapta (Figura 4-2)	Firma del menor por asegurar para SeguBeca (Figura 5) (En caso de tener 12 o más años de edad)

XV. Agente Persona Física

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 5° del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas y la Circular Única de Seguros y de Fianzas, me permito informar a usted lo siguiente: Nombre completo del suscrito Agente, tipo de autorización, número de cédula, vigencia y domicilio. Asimismo, 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 solo podré 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 esta. 3. Que deberá usted 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 y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de Solicitud de Seguro proporcionado por Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. que está usted requisitando de manera electrónica en este acto. 5. Que no puedo recibir del Solicitante, Asegurado, Contratante y Beneficiario dinero o contraprestación alguna por los servicios de intermediación ni servicios relacionados con sus contratos de seguro. 6. Que no puedo emitir recibos provisionales, informales, personales ni de ningún tipo. 7. Que no puedo recibir por ningún motivo anticipos del Solicitante o Contratante por concepto del contrato que pudiera llegar a celebrarse o de la inclusión de una cobertura adicional. 8. Informé al Solicitante que en caso de que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. acepte su Solicitud, deberá verificar que la Póliza concuerda con esta. 9. Que exhorté al Solicitante o Contratante a verificar que la documentación concuerda con su solicitud y que dicha documentación contiene el registro del producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 10. El Agente que suscribe realizó una entrevista personal con el Contratante y la(s) persona(s) que solicita(n) el presente Seguro.

Bajo protesta de decir verdad manifiesto que conozco al Solicitante y a las Personas por Asegurar. Me consta que ellos llenaron y firmaron electrónicamente esta Solicitud en mi presencia y/o a través de medios electrónicos, así como que tuve a la vista de forma presencial y/o a través de medios electrónicos el original de la(s) identificación(nes), comprobante(s) de domicilio y cualquier otro documento que se integre al expediente de identificación del cliente, así como aquellos que requieren las disposiciones oficiales, por las personas antes mencionadas. De igual forma hago saber a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. que la información es auténtica, precisa y relevante, la cual es de mi conocimiento, relativa al riesgo propuesto y que se ha incluido en esta Solicitud (artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Agente Principal

Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de Autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio:					
Coagentes Sí ☐ No ☐					
Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de Autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio:					
Nombre					
No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de Autorización	Promotoría	Participación	Firma
Domicilio:					

Abreviaturas

AVE	Aumento de Valor en Efectivo	ICPG	Ingreso Con Período de Garantía
BAIT	Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez	IM	Ingresos Mensuales
BIT	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	IND	Cobertura Individual
BITAE	Beneficio de Pago de Suma Asegurada y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	ISPG	Ingreso sin Período de Garantía
BITC	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante	MAN	Cobertura Mancomunada
BMA	Beneficio por Muerte Accidental	M.N.	Moneda Nacional
C	Casado/Casada	PCF	Protección por Cáncer Femenino
CC	Concubinato	PDF	Portable Document Format
CGC	Certificado de Garantía de Contratación	PEP	Protección para Complicación de Embarazo y Padecimientos Femeninos
CLP	Cuidados a Largo Plazo	PERLIC	Pérdida de Licencia
CPA	Cláusula de Protección Absoluta	PREF	Cobertura Preferente
CPV	Cláusula de Protección por Viudez	PII	Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal
CRS	Estándar Común de Reporte (CRS por sus siglas en inglés)	PIM	Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante
CURP	Clave Única de Registro de Población	PPR	Plan Personal de Retiro
DES	Exención de pago de primas por desempleo (3 meses de cobertura)	PPS	Protección Patrimonial SeguBeca
DI	Doble Indemnización	PU	Pago Único
DLS	Dólares	RFC	Registro Federal de Contribuyentes
FATCA	Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (FATCA por sus siglas en inglés)	S	Soltero/ Soltera
GIIN	Número Global de Identificación de Intermediario (GIIN por sus siglas en inglés)	S.A.	Suma Asegurada
IC	Ingreso Compartido	S.A.+	Suma Asegurada más fondo
		FONDO	
		SMNYL	Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
		TIIN	Número de Identificación Fiscal (TIIN por sus siglas en inglés)
		Claves de meta	1 Educación, 2 Casa, 3 Negocio, 4 Viajes, 5 Auto, 6 Otra, 7 Retiro, 8 Sin meta
		UDI	Unidades de Inversión

Observaciones

Atención a clientes: Llámanos sin costo al 800 505 4000 o escríbenos al correo electrónico: clientes@mnyl.com.mx
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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 30 de Enero de 2025, con el número CGEN-S0038-0057-2024/CONDUSEF-G-01647-002.