

Solicitud de Seguros de Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar

Fecha de Solicitud

Día	Mes	Año

Trámite Inicial ☐	Incremento Suma Asegurada ☐	Cambio en las Coberturas ☐	Inclusión de Asegurado ☐	Póliza ☐
Rehabilitación ☐ Rehabilitación con Cambio ☐ Detalle del Cambio ☐				

I. Nombre del Plan Solicitado

II. Datos del Solicitante

Nombre(s) o Razón Social

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento o de Constitución

Sexo

☐

Hombre

☐

Estado Civil

S

☐

C

☐

Nacionalidad

País de Nacimiento

Folio Mercantil (Solo para Personas Morales)

Ocupación o Profesión

Alta Portal

Sí ☐No ☐

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)

Código Postal

Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio

Ciudad

Estado

Correo Electrónico

Ingresos Anuales (M.N.)

Tel. Particular

Tel. Oficina

Tel. Móvil

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

Origen del Patrimonio

RFC (obligatorio)

CURP

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

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Ocupación o Profesión

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo

Mujer ☐Hombre ☐

Estado Civil

S ☐C ☐

Nacionalidad

País de Nacimiento

Riesgo Preferente

Sí ☐No ☐

SEGUROS
MONTERREY

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)										Código Postal			
Colonia o Fraccionamiento										Delegación o Municipio			
Ciudad										Estado			
Correo electrónico										Tel. Particular			
Tel. Oficina					Tel. Móvil					Relación con el Solicitante			
RFC (obligatorio)					Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja								
CURP													
Lugar físico de desempeño de labores					Giro, actividad u objeto social					Ingresos Anuales (M.N.) \$			
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados.										Estatura:			
										Peso:			
El Solicitante deberá requisitar esta Solicitud con letra de molde, legible, a una sola tinta (azul o negra) y sin omitir datos.													
IV. Personas por Asegurar (Anote los datos solicitados por edad de mayor a menor)													
No. de Figura	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo		Riesgo Preferente		Peso (Kgs.)	Estatura (Mts. y Cms.)	Fecha de Nacimiento			
				M	H	Si	No			Día	Mes	Año	
Domicilio Adicional, indicar el domicilio del(los) asegurado(s) solo en caso de ser distinto al de la Persona por Asegurar Titular. No. de Figura _____													
Calle y Número Exterior e Interior										Código Postal			
Colonia o Fraccionamiento										Delegación o Municipio			
Ciudad										Estado			

V. Coberturas Opcionales

Solo Para Alfa Medical Flex		SET A ☐	SET B ☐	(participación del asegurado)
☐ Cobertura de Asistencia en el Extranjero	☐ Cobertura de VIH* Sujeto a Exámenes Médicos			
☐ Cobertura de Reducción de Franquicia y Copago por Accidente	☐ Cobertura de Protección por Fallecimiento			
Incremento CHMQ** ☐ 0% ☐ 25% ☐ 50%	☐ Cobertura Dental Premium			
Solo para Alfa Medical				
Coaseguro ☐ 10% ☐ 15% ☐ 20% ☐ 25%	Deducible \$ _____		☐ Deducible único	
Zona La zona se asignará de acuerdo al código postal declarado por la Persona por Asegurar Titular				
☐ Extensión de Cobertura en el Extranjero	☐ Cobertura de Asistencia en el Extranjero			
☐ Cobertura de Protección por Fallecimiento	☐ Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente			
☐ Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero	☐ Cobertura de VIH* Sujeto a Exámenes Médicos			
Incremento CHMQ** ☐ 0% ☐ 25% ☐ 50%	☐ Cobertura Dental Premium			
Coberturas Generales				
☐ Cobertura de Estudiantes y Trabajadores Temporales en el Extranjero, figura a incluir	☐ Titular	☐ Cónyuge	☐ Hijo	No. de Figura(s): _____
☐ Alfa Medical Cash por Diagnóstico, figura a incluir	☐ Titular	☐ Cónyuge	☐ Hijo	No. de Figura(s): _____

Para los siguientes cuestionarios marque las respuestas afirmativas correspondientes a todas las personas por asegurar indicando a cuáles de ellas corresponden. En caso de respuesta negativa o no estipular alguna de las figuras, se entenderá que corresponde una respuesta negativa para cada una de las personas por asegurar no especificadas.

VI. Ocupación, Deportes y Otras Actividades

Está(n) expuesto(s) a cualquiera de lo siguiente: portación y/o uso 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) cuales: _____ No. Figura(s): _____

Practica(n) o realiza(n) cualquiera de los siguientes deportes o aficiones peligrosas como: motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, equitación, charrería, ala delta, paracaidismo, planeador, tauromaquia. Sí ☐ No ☐

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

¿Desea(n) cubrir el riesgo? Sí ☐ No ☐

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

(En caso afirmativo favor de llenar el cuestionario correspondiente)

VII. Cuestionario Médico

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

	Sí	No
5. ¿Tiene(n) pendiente alguna intervención quirúrgica?	☐	☐
E) ¿Le(s) falta algún miembro, parte de él o tiene(n) alguna deformidad?	☐	☐
F) Alguna vez le(s) han practicado		
1. ¿Electrocardiogramas?	☐	☐
2. ¿Pruebas de laboratorio?	☐	☐
3. ¿Radiografías, ultrasonidos, resonancia magnética?	☐	☐
G) Hábitos Toxicológicos		
1. ¿Fuma?	☐	☐
2. ¿Consume Alcohol?	☐	☐
3. ¿Consume Drogas?	☐	☐
En caso afirmativo detallar: Clase, cantidad y frecuencia _____		
Sí abandonó algún hábito toxicológico, señale: Fecha, clase, cantidad y frecuencia con la que solía consumirlo _____		
H) Solo para personas por asegurar que sean mujeres		
1. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas?	☐	☐
2. ¿Está(n) embarazada(s)?	☐	☐
3. ¿Número de embarazos? Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____		
4. ¿Presentó alguna complicación en el embarazo o en las atenciones obstétricas ej. preeclampsia, eclampsia, etc.?	☐	☐
5. ¿Se encuentra bajo algún tratamiento de maternidad asistida?	☐	☐
6. ¿Ha(n) padecido enfermedades del aparato reproductor (ovarios, matriz u otros)?	☐	☐
7. Fecha de última citología vaginal (papanicolaou) _____		
Resultados _____		

En cualquier respuesta afirmativa, dar 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 del Solicitante y Persona por Asegurar Titular:

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

VIII. Historial Médico Familiar

¿Padecen o han padecido sus ascendientes o descendientes directos de Diabetes, Cáncer, Infarto al miocardio, Epilepsia? Sí ☐ No ☐

No. de Figura	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

¿Desea reconocimiento de antigüedad? Sí ☐ No ☐ (En caso afirmativo anexar documentación requerida).
 Sólo en caso de tener póliza de Gastos Médicos ¿Ha(n) reclamado algún pago en su póliza de Gastos Médicos? ☐ No ☐

No. de Figura	Causa	Fecha	Compañía	Monto

IX. Designación De Beneficiarios

Solo para la Persona por Asegurar Titular para la cobertura de Protección por Fallecimiento. 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 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 Titular (Figura 1). Cónyuge (Figura 2). Hijos (Figura 3 a la 6). Otro (Figura 7).

No. de Figura	Nombre	Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa	Parentesco	Porcentaje

Domicilio de Beneficiarios: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Persona por Asegurar Titular. No. Figura: _____

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) _____ Código Postal
| | | | |

Colonia o Fraccionamiento _____ Delegación, Municipio o Población _____

Ciudad _____ Estado _____

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]).

Solicitante Sí ☐ No ☐

Persona por Asegurar Titular Sí ☐ No ☐

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

Nombre completo de la PPE: _____

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Nacionalidad de la personas que señala como PPE _____

Parentesco o vínculo con usted _____ Fecha de nacimiento: Día Mes Año
| | | | |

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? No aplica a representantes legales

Solicitante Sí ☐ No ☐
Persona por Asegurar Titular ☐ ☐

X. Información de Cobranza

Conducto de pago			Forma de pago			
Agente ☐	Cargo Automático ☐	Modo Directo	Mensual ☐	Trimestral ☐	Semestral ☐	Anual ☐
			Día de Cobro Inicial		Subsecuente	
CLABE o Número de Tarjeta				Banco		Crédito o Débito

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 no se realice el cargo a que hace referencia esta solicitud, el Contratante o el Tarjetahabiente se comprometen 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.mnynl.com.mx o bien llamando al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 018005054000.

Nombre(s) o Razón Social del titular de la cuenta o de la tarjeta

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento o Constitución

Correo electrónico

Firma del cuentahabiente o tarjetahabiente _____

En caso de que el cuentahabiente o tarjetahabiente sea diferente a alguna de las personas que figuran en la presente solicitud deberá llenar los siguientes campos

Nacionalidad

RFC (obligatorio) | o
CURP |

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)

Código Postal

| | | | |

Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio

Ciudad

Estado

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

XI. 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.mnynl.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.

Manifiesto mi consentimiento para recibir de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., ya sea directamente o por medio de algún tercero autorizado por la misma, el ofrecimiento de productos y servicios financieros mediante publicidad, promoción y/o telemarketing en cualquiera de los medios de contacto que proporcione en este u otro formato.

Solicitante	Si	☐	No	☐
Persona por Asegurar Titular	Si	☐	No	☐
Personas por Asegurar	Si	☐	No	☐

Nota: En caso de no aceptar, el tratamiento de sus datos se limitará a las finalidades primarias y transferencias que no requieren consentimiento que se indican en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en el caso de seleccionar la opción de no recibir publicidad, promoción y telemarketing, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. conservará la inscripción en sus registros internos para no enviar publicidad, promoción y telemarketing durante dos años, una vez transcurrido el plazo procederá a cancelar dicha inscripción. Para renovarla una vez transcurrido el plazo, se deberá solicitarlo a través del mecanismo indicado en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

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 sus documentos de identificación que requieren las disposiciones oficiales. En el caso de personas físicas, éstas deberán presentar los siguientes documentos, únicamente cuando cuenten con ellos: 1) Cédula de Identificación 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.mnynl.com.mx

Manifiesto(estamos) mi(nuestro) consentimiento expreso para recibir manera física y/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(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) en 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). 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.mnynl.com.mx, por lo cual desde este momento me(nos) hago(cemos) conocedor(es) de su contenido íntegro.

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

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, Delegación 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@mnynl.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, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos (55) 5340 0999 y (01 800) 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 ésta de mi(nuestro) puño y letra, bajo mi(nuestra) estricta responsabilidad.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha

Firma de la Persona por Asegurar Titular

XII. Agente Persona Física

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 5º 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. 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 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 ésta. 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 la Institución Aseguradora que entrego a usted 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 ésta. 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 de puño y letra esta solicitud en mi presencia; así como que tuve a la vista el original de la(s) identificación(es) y comprobante(s) de domicilio que me fueron presentados por las personas antes mencionadas. De igual forma hago saber a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. la información autentica, precisa y relevante, que 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

Dom:

Coagentes:

Nombre

No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de Autorización	Promotoría	Participación	Firma

Dom:

Cambios permitidos con Rehabilitación

Disminución de suma asegurada, exclusión de cobertura, forma de pago de mayor a menor plazo, exclusión de asegurado, domicilio, beneficiarios, agente, conducto de pago, aumento de deducible, aumento de coaseguro, contratante, disminución de CHMQ**.

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.mnvl.com.mx

Te recordamos que puedes descargar las Condiciones Generales de acuerdo al producto contratado en el portal público con tu número de póliza.

XIII. Observaciones

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 27 DE SEPTIEMBRE DE 2018 CON EL NÚMERO CGEN-S0038-0101-2018/CONDUSEF-G-00014-003.

CHMQ** Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

VIH* Virus de Inmunodeficiencia Humana

PDF* Portable Document Format

