

Fecha de Solicitud

Solicitud de Seguro de Vida Individual

Día	Mes	Año
28	12	2020

El solicitante deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible, a una sola tinta y sin omitir datos.

Trámite Inicial <input checked="" type="checkbox"/>	Póliza _____	Incremento Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Cambio de las Coberturas <input type="checkbox"/> Inclusión de Asegurado <input type="checkbox"/>
		Rehabilitación <input type="checkbox"/> Rehabilitación con Cambio <input type="checkbox"/> Detalle de Cambio _____

Nombre del Plan Solicitado **Nuevo Plenitud 65 años Primas niveladas**

Suma Asegurada / Renta \$ 150,000	PPS <input type="checkbox"/> Póliza _____ S.A. <input type="checkbox"/> S.A.+ Fondo <input type="checkbox"/>	Para Imagina Ser Deducible <input type="checkbox"/> PPR <input type="checkbox"/> No Deducible <input checked="" type="checkbox"/> Para Nuevo Plenitud Deducible <input checked="" type="checkbox"/> No Deducible <input type="checkbox"/>	Moneda M.N. <input type="checkbox"/> DLS <input type="checkbox"/> UDI <input checked="" type="checkbox"/>	Preferente Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

I. Datos Personales del Solicitante

Nombre(s) o Razón Social SANDRA FABIOLA			
Apellido Paterno AVILA		Apellido Materno CALZADA	
Fecha de nacimiento o de Constitución Día Mes Año 1 5 1 0 1 9 8 1	Sexo Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	Estado Civil S <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad MÉXICO		País de Nacimiento o Constitución MÉXICO	
Folio mercantil (solo para Personas Morales)	Ocupación o Profesión EMPLEADA VOLKSWAGEN	Alta Portal Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) MARIANO ABASOLO 1			Código Postal 0 9 7 5 0
Colonia o Fraccionamiento LAS PENAS	Delegación o Municipio IZTAPALAPA		
Ciudad CIUDAD DE MÉXICO	Estado CIUDAD DE MÉXICO		
Correo electrónico sandra-avila@hotmail.com	Ingresos Anuales (M.N.) \$ 360,000		
Teléfono Particular	Teléfono Oficina	Teléfono Celular 557 8050573	
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados. EMPLEADA VOLKSWAGEN EN EL ÁREA DE DESARROLLO DE RECURSOS PARA LA VENTA DE AUTOMÓVILES			
Origen del Patrimonio SUELDO, COMISIONES Y/O HONORARIOS	RFC A I C S 8 1 1 0 1 5 B U 4 o CURP A I C S 8 1 1 0 1 5 M D F V L N 0 5		
Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)	Giro, actividad u objeto social. CONCESIONARIA AUTOMOTRIZ		
Nombre de la persona representante de la empresa con poderes para solicitar y formalizar contratos de Seguros			
Nacionalidad	Fecha de nacimiento Día Mes Año		

II. Información de Cobranza

Conducto de pago Cargo Automático <input checked="" type="checkbox"/> Modo Directo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Agente No. Agente _____	Prima Básica Forma de pago Mensual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Día de cobro Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Inicial 16/12/20 Subsecuente 1 <input type="checkbox"/> 16 <input checked="" type="checkbox"/> Otro _____	Prima Planeada-AVE Programado Forma de pago Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Día de Cobro Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Subsecuente 1 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> Otro _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) o Número de Tarjeta Prima a Cobrar Básica 4 1 5 2 3 1 3 5 3 9 6 1 1 6 3 7	Banco BBVA Bancomer	Crédito o Débito Débito
CLABE o Número de Tarjeta alterna 		
Prima a Cobrar Planeada-AVE Programado 	Banco	Crédito o Débito
CLABE o Número de Tarjeta alterna 		
<p>El suscrito autorizo 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 01 800 505 4000.</p>		
Nombre(s) o razón social del titular de la cuenta o de la tarjeta SANDRA FABIOLA		
Apellido Paterno ÁVILA	Apellido Materno CALZADA	
Correo electrónico sandra-avila@hotmail.com		
<p style="text-align: center;">Firma del cuentahabiente o tarjetahabiente</p> <p>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:</p>		
Nacionalidad MÉXICO		
Fecha de nacimiento o constitución Día: 1 Mes: 5 Año: 1 9 8 1	RFC: A I C S 8 1 1 0 1 5 B U 4 o CURP: A I C S 8 1 1 0 1 5 M D F V L N 0 5	
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) MARIANO ABASOLO 1		Código Postal 0 9 7 5 0
Colonia o Fraccionamiento LAS PENAS	Delegación o Municipio IZTAPALAPA	
Ciudad CIUDAD DE MÉXICO	Estado CIUDAD DE MÉXICO	
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) SANDRA FABIOLA			
Apellido Paterno ÁVILA		Apellido Materno CALZADA	
Fecha de nacimiento Día Mes Año 1 5 1 0 1 9 8 1		Sexo Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	
Estado Civil S <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			
Nacionalidad MÉXICO		País de nacimiento MÉXICO	
Ocupación o Profesión EMPLEADA VOLKSWAGEN		Relación con el Solicitante El Mismo	
Teléfono Particular		Teléfono Oficina	
		Teléfono Celular 557 8050573	
Correo electrónico sandra-avila@hotmail.com		RFC A I C S 8 1 1 0 1 5 B U 4 o CURP A I C S 8 1 1 0 1 5 M D F V L N 0 5	
Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja VOLKSWAGEN		Lugar físico de desempeño de labores CONCESIONARIA DE VENTA DE AUTOS VOLKSWAGEN	
Giro, actividad u objeto social CONCESIONARIA AUTOMOTRIZ		Ingresos Anuales (M.N.) \$ 360,000	
Especifique brevemente el tipo de actividad que realiza, el medio de trabajo y los materiales utilizados o comercializados. EMPLEADA VOLKSWAGEN EN EL ÁREA DE DESARROLLO DE RECURSOS PARA LA VENTA DE AUTOMÓVILES			
Antigüedad en su empleo actual 6 AÑOS		Número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) (solo si cuenta con ella)	
Estatura 1.57		Peso 65	

IV. Datos Personales de Persona Mancomunada / BITC (Figura 2) ☐ CPV (Figura 3) ☐ Persona por Asegurar ADAPTA (Figura 4) ☐

Nombre(s)			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Nacionalidad	
Ocupación o Profesión			
País de nacimiento		Sexo Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/>	
Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>			
Correo electrónico		Teléfono Particular	
Teléfono Celular		Teléfono Oficina	
Relación con el Solicitante		RFC <input type="text"/> o CURP <input type="text"/>	
Nombre de la Empresa o Dependencia para la cual trabaja		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.			
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)

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

Nacionalidad

País de nacimiento

Relación con el Solicitante

Sexo

Mujer ☐ Hombre ☐

Estatura

Peso

VI. Domicilio Adicional, indicar el domicilio del (los) asegurado(s) solo en caso de ser distinto(s) al del solicitante No. Figura: _____

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)

Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio

Código Postal

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]).

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

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 ☒

VII. Coberturas (Ver página 8 para detalle de abreviaturas)

SeguBeca <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">IND. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">MAN. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">PREF. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Suma Asegurada</td> </tr> <tr> <td>CPA Educación <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>CPA Protección <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>PIM <input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Administración del ahorro <input type="checkbox"/></td> <td>CGC <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		IND. <input type="checkbox"/>	MAN. <input type="checkbox"/>	PREF. <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada	CPA Educación <input type="checkbox"/>			\$ _____	CPA Protección <input type="checkbox"/>			\$ _____	PIM <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Administración del ahorro <input type="checkbox"/>		CGC <input type="checkbox"/>		Invalidez <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">IND. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">MAN. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>BIT Adapta <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> \$ 150,000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>PU <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BITAE <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> \$ _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BITC <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PER LIC <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		IND. <input type="checkbox"/>	MAN. <input type="checkbox"/>		BIT Adapta <input type="checkbox"/>			BIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>			BAIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 150,000		PU <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>			BITAE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____		BITC <input type="checkbox"/>			PER LIC <input type="checkbox"/>			Beneficio por Retiro Opciones de Liquidación para Imagina Ser y Nuevo Plenitud PU <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> ICPG <input type="checkbox"/> _____ años ISPG <input checked="" type="checkbox"/> Prima Planeada \$ 0	
IND. <input type="checkbox"/>	MAN. <input type="checkbox"/>	PREF. <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada																																														
CPA Educación <input type="checkbox"/>			\$ _____																																														
CPA Protección <input type="checkbox"/>			\$ _____																																														
PIM <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Administración del ahorro <input type="checkbox"/>		CGC <input type="checkbox"/>																																															
IND. <input type="checkbox"/>	MAN. <input type="checkbox"/>																																																
BIT Adapta <input type="checkbox"/>																																																	
BIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>																																																	
BAIT 60 <input type="checkbox"/> 65 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ 150,000																																																
PU <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/>																																																	
BITAE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$ _____																																																
BITC <input type="checkbox"/>																																																	
PER LIC <input type="checkbox"/>																																																	
Solo para Vida Mujer <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> CPV <input checked="" type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> CLP (Seleccionar figuras por asegurar) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> PII (Responder lo siguiente) 1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de: <input type="checkbox"/> Una relación laboral (Asalariada) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%;">Suma Asegurada \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> CPV <input checked="" type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> CLP (Seleccionar figuras por asegurar) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> PII (Responder lo siguiente) 1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de: <input type="checkbox"/> Una relación laboral (Asalariada) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____	Aumento de Valor en Efectivo AVE No Programado <input type="checkbox"/> AVE Programado* <input type="checkbox"/> Prima \$ _____ AVE CP <input type="checkbox"/> *No aplica para AVE a corto plazo		Adapta Suma Asegurada Persona por asegurar \$ _____ Persona por asegurar mancomunada \$ _____ Persona por asegurar Adapta \$ _____ En caso de tener más de un asegurado Adapta, se requiere llenar una nueva solicitud.																																											
<input type="checkbox"/> CPV <input checked="" type="checkbox"/> PCF <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> CLP (Seleccionar figuras por asegurar) <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> PII (Responder lo siguiente) 1. Mayormente las actividades que realiza y que le generan ingresos provienen de: <input type="checkbox"/> Una relación laboral (Asalariada) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____																																																
Meta Objetivo Vida Aportación Objetivo _____ Período de Pago _____ Prima Adicional _____ Año Meta _____ Ahorro Meta _____ Clave de Meta _____ En caso de especificar "Clave de Meta" llenar todos los campos de esta sección		Distribución Fondos Realiza (porcentaje de asignación inicial) <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Conservador Dólares 0 _____</td> <td style="width: 33%;">Balanceado UDI 0 _____</td> </tr> <tr> <td>Balanceado Dólares 0 _____</td> <td>Proactivo Pesos 0 _____</td> </tr> <tr> <td>Conservador UDI 0 _____</td> <td>Proactivo Dólares 0 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Total 100%</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prima Planeada: \$ _____</td> </tr> </table>				Conservador Dólares 0 _____	Balanceado UDI 0 _____	Balanceado Dólares 0 _____	Proactivo Pesos 0 _____	Conservador UDI 0 _____	Proactivo Dólares 0 _____	Total 100%		Prima Planeada: \$ _____																																			
Conservador Dólares 0 _____	Balanceado UDI 0 _____																																																
Balanceado Dólares 0 _____	Proactivo Pesos 0 _____																																																
Conservador UDI 0 _____	Proactivo Dólares 0 _____																																																
Total 100%																																																	
Prima Planeada: \$ _____																																																	
Solo Para Imagina Ser - Elección de prioridad y monto de ingresos a las opciones de deducibilidad: <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" PPR _____ * Deducible 0.00 _____ * No Deducible Sin tope </td> <td style="width: 33%;"> Solo si elige PPR y deducible marque con una x la prioridad 1 PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 33%;"> *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. </td> </tr> </table>						Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" PPR _____ * Deducible 0.00 _____ * No Deducible Sin tope	Solo si elige PPR y deducible marque con una x la prioridad 1 PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>	*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.																																									
Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" PPR _____ * Deducible 0.00 _____ * No Deducible Sin tope	Solo si elige PPR y deducible marque con una x la prioridad 1 PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>	*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.																																															
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 a alguna de las figuras, se entenderá que corresponde una respuesta negativa para cada una de las personas por asegurar no especificadas.																																																	

VIII. 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?: _____ 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 favor de llenar el cuestionario correspondiente).

¿Vuela(n) en aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales? Sí ☐ No ☒ No. Figura(s): _____ (En caso afirmativo favor de llenar el cuestionario correspondiente).

IX. Cuestionario Médico

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

E) ¿Le(s) falta algún miembro, parte de él o tiene(n) alguna deformidad? ☐ ☒

F) ¿Alguna vez le(s) han practicado?

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Electrocardiogramas. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pruebas de laboratorio. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Radiografías, ultrasonidos o resonancia magnética. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G) Hábitos Toxicológicos

¿Fuma, consume alcohol o drogas? ☒ ☐

En caso afirmativo detallar: Clase, cantidad y frecuencia

Ver detalles al final del cuestionario

Si abandonó algún hábito toxicológico, señale: Fecha, clase, cantidad y frecuencia con la que solía consumirlo

H) Solo para solicitantes mujeres.

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades de los ovarios? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades de la matriz? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está(n) embarazada(s)? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Presentó alguna complicación en el embarazo o en las atenciones obstétricas? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Número de Partos (naturales): <u>0</u> | | |
| Cesáreas: <u>2</u> Abortos: <u>1</u> | | |
| Edad del primer hijo (años): <u>21</u> | | |

I) Cuestionario complementario para mujeres

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. ¿Alguna vez le(s) ha sido reportado anormal el estudio de Papanicolaou? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. ¿Le(s) han detectado alguna vez quistes, tumoraciones o cualquier enfermedad en mamas? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le (s) han detectado alguna vez quistes o alguna alteración en los ovarios? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha(n) tenido infecciones o úlceras en la matriz? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha(n) sufrido preeclampsia, eclampsia o alguna enfermedad relacionada con el embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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. de Figura	Letra y No. de pregunta	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual
1	A2	BRONQUITIS	2017	SANA
1	A6	TRANSTORNO DE ANSIEDAD PAROXÍSTICA	2013	SANA

1	B	MIOPÍA Y ASTIGMATISMO	2015	CONTROLADO
1	D4, C	DOS CESÁREAS EN 1999 Y EN 2007	1999	SANA
1	F3, F2, F1	COMO PREPARACIÓN PARA LAS CESÁREAS EN 1999 Y 2007	1999	SANA
1	G1	FUMA UN CIGARRO DIARIO	2000	CONTROLADO
1	H4	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DURANTE CESÁREA EN 1999 PARO RESPIRATORIO DURANTE CESÁREA EN 2007	1999	SANA

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud?

Solicitante Sí ☐ No ☒ Persona por Asegurar Sí ☐ No ☒ Mancomunada / CPV Sí ☐ No ☒ Adapta Sí ☐ No ☒

X. Historial Médico Familiar

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

No. Figura	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual

XI. 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 \$ _____

XII. 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). 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 hoja adicional con firma de la persona por asegurar y solicitante al calce.

No. Figura	Nombre	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Porcentaje					
		Día	Mes	Año							
1	ANDREA FERNANDA PÉREZ ÁVILA	1	0	1	1	1	9	9	9	HIJA	50
1	LORENA ABRIL PÉREZ ÁVILA	2	7	0	2	2	0	0	7	HIJA	50

Domicilio de Beneficiarios: Indicar el domicilio del beneficiario solo en caso de ser distinto al del Solicitante o Asegurado.

No. Figura _____

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)		
Colonia o Fraccionamiento	Delegación o Municipio	
Código Postal	Ciudad	Estado

XIII. 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 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. Asimismo, autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para que mis datos personales sensibles, financieros o patrimoniales sean transferidos al (o a los) asesor(es) de seguros asignado(s) a mí(s) póliza(s) actuales o futuras, para lo relacionado con las finalidades secundarias establecidas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

	Transferencia de datos personales sensibles, financieros o patrimoniales a asesores		Publicidad, promoción y telemarketing	
Solicitante	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
Persona por asegurar	<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No
Mancomunada/CPV	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Adapta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Menor por asegurar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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, 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 debiera (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, rehabilitaciones 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 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 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.

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.

	CIUDAD DE MÉXICO 28/12/2020	
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)	Firma del menor por asegurar para SeguBeca (Figura 5) (En caso de tener 12 ó más años de edad)

XIV. 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 auténtica, 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 YAMILE ESTHER SORS BISTRAN

No. Cédula/Vigencia	Clave Agente	Tipo de Autorización	Promotoría	Participación	Firma
BDSOBY760830SN8 / 18-12-2021	97471	Definitiva	2148	100	

Domicilio: MARIANO ABASOLO MZ 1 LT 2 LAS PEÑAS IZTAPALAPA CIUDAD DE MEXICO

Coagentes:

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	MAN	Cobertura Mancomunada
BAIT	Beneficio de Pago de Suma Asegurada por Invalidez	M.N.	Moneda Nacional
BIT	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	PCF	Protección por Cáncer Femenino
BITAE	Beneficio de Pago de Suma Asegurada y Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente	PDF	Portable document format
BITC	Beneficio de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente o Muerte del Contratante	PEP	Protección para Complicación de Embarazo y Padecimientos Femeninos
BMA	Beneficio por Muerte Accidental	PERLIC	Pérdida de Licencia
C	Casado / Casada	PREF	Cobertura Preferente
CGC	Certificado de Garantía de Contratación	PII	Pérdida del Ingreso por Invalidez Total y Temporal
CLP	Cuidados a Largo Plazo	PIM	Pago de Primas por Invalidez o Muerte del Contratante
CPA	Cláusula de Protección Absoluta	PPR	Plan Personal de Retiro
CPV	Cláusula de Protección por Viudez	PPS	Protección Patrimonial SeguBeca
CURP	Clave Única de Registro de Población	PU	Pago Único
DI	Doble Indemnización	RFC	Registro Federal de Contribuyentes
DLS	Dólares	S	Soltero / Soltera
IC	Ingreso Compartido	S.A.	Suma Asegurada
ICPG	Ingreso con Período de Garantía	S.A. +	Fondo Suma Asegurada más Fondo
IM	Ingresos Mensuales	SMNYL	Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
IND	Cobertura Individual	Claves de Meta	1 Educación, 2 Casa, 3 Negocio, 4 Viajes, 5 Auto, 6 Salud, 7 Retiro
ISPG	Ingreso sin Período de Garantía	UDI	Unidades de Inversión

Observaciones

Atención a clientes: Llámanos sin costo al 01 800 505 4000 o escríbenos al correo electrónico:

clientes@monterrey-newyorklife.com.mx www.mnysl.com.mx
**SEGUROS
MONTERREY**

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 13 de noviembre de 2018, con el número CGEN-S0038-0102-2018/CONDUSEF-G-00007-009.

Formato de auto-certificación personas físicas

Fecha: 28 de 12 del 20 20

Parte 1. Datos Generales

Nombre(s): SANDRA FABIOLA

Apellido Paterno: ÁVILA

Apellido Materno: CALZADA

Dirección o domicilio completo: Calle MARIANO ABASOLO

Núm Ext. 1 Int. Colonia LAS PENAS

C.P. 09750 Delegación o municipio IZTAPALAPA

Ciudad o Estado CIUDAD DE MÉXICO
CIUDAD DE MÉXICO País MÉXICO

I.- Datos referentes a su lugar de nacimiento

CURP: A I C S 8 1 1 0 1 5 M D F V L N 0 5

En caso de no proporcionar la CURP indique su fecha y lugar de nacimiento.

Fecha de nacimiento (día/mes/año) 1 5 1 0 1 9 8 1

Lugar de nacimiento (Sus datos deberán incluir un estado, una provincia, un condado o un municipio y país de nacimiento): CIUDAD DE MÉXICO

II.- Indique sus Nacionalidades: MÉXICO

III.- Tiene ciudadanía Estadounidense: Sí No ☒ Otra ciudadanía, méncionela(s):

Solo en el caso de que su ciudadanía sea de E.U.A proporcione el número TIN de E.U.A.:

Consulta las “**Instrucciones para auto-certificaciones**” en la página

<https://www.mnyl.com.mx/conocenos/normatividad/index.aspx> para obtener mayor información sobre los conceptos utilizados en esta auto-certificación.

Parte 2. Listado de Residencias Fiscales del Cliente

Proporcione la siguiente información referente a todos su(s) país(es) de residencia(s) fiscal(es) incluyendo México

País/ Jurisdicción de residencia fiscal	RFC o TIN (Número de Identificación Fiscal)	Si no tiene RFC o TIN disponible ingresar razón A, B o C*
MÉXICO	AICS811015BU4	Razón <input type="checkbox"/>
		Razón <input type="checkbox"/>
		Razón <input type="checkbox"/>
		Razón <input type="checkbox"/>

***Razón A:** El país/jurisdicción de residencia del titular no emite un TIN.

***Razón B:** El TIN no es requerido (Nota. Solo seleccione esta razón, si la ley local de la jurisdicción de residencia no requiere recabar el TIN emitido por dicha jurisdicción).

***Razón C:** El país/jurisdicción de residencia del titular no emite un TIN por ser menor de edad.

TIN: Número de identificación fiscal, en México RFC.

En caso de tener más residencias fiscales y el espacio le sea insuficiente, favor de llenar cuantos formatos sean necesarios.

Si usted está llenando esta auto-certificación como persona física pase a la parte 4; si usted está llenando esta auto-certificación como persona física que ejerce el control en una persona moral requisiere la parte 3 y posteriormente la parte 4.

Parte 3. Llenar solo para personas físicas que ejercen el control en la persona moral contratante

En caso de ser una persona física que ejerce el control en una persona moral, esta auto-certificación formará parte integral del formato de auto-certificación para Entidades y deberá ser completado solo en aquellos casos en los que la Entidad se clasifique como una Entidad No Financiera Pasiva conforme a la parte 2 inciso b del "**Formato de auto-certificación para Entidades para efectos de FATCA y/o CRS**". En caso de clasificarse como una Entidad No Financiera Pasiva y no proporcionar esta auto-certificación completando los campos solicitados, se considerará que la auto-certificación de la entidad se encuentra incompleta y por lo tanto no válida.

En caso de estar llenando esta forma por ser persona que ejerce el control de la entidad proporcione la siguiente información:

Número total de personas que ejercen el control de la entidad:

Indicar el código del tipo de persona que ejerce el control de acuerdo con las opciones disponibles de las

"Instrucciones para auto-certificaciones":

Parte 4. Indispensable leer antes de firmar

Finalizará la validez de esta auto-certificación 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 éste 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 Publico 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.

Autorizo expresamente a **Seguros Monterrey New York Life S.A de C.V.**, para tratar mis datos personales y datos personales 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 SMNYL. Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta auto-certificación y las finalidades de su tratamiento.

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 enero de 2018, con el número CGEN-S0038-0004-2018".

SANDRA FABIOLA
ÁVILA
CALZADA

Nombre y Firma