

17 de octubre de 2025

Seguros Monterrey New York Life

Atención a Clientes

Presente

Asunto: Solicitud de Cálculo para rescate de fondo Realiza

Estimados(as):

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar el cálculo de la póliza de seguro que tengo contratada con su institución "Realiza".

Asimismo, por medio de la presente doy autorización al agente Eva Gabriela Gómez Navarro con número 106074, para que realice mi trámite de cotización de rescate de mi póliza **VI0002242280**.

Agradezco de antemano su atención a esta solicitud y quedo a la espera de la información solicitada.

Sin más por el momento, les envío un cordial saludo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Catherine", enclosed within a large, loopy circular flourish.

Atentamente,

Catherine Uribe Romero

Número de póliza: **VI0002242280**

Solicitud de movimientos Fondos de Reserva de Planes Flexibles Realiza / Imagina Ser / Objetivo Vida / Visualiza / Mío / Legado

Fecha de Solicitud

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Número de Póliza: _____

I. Datos del Solicitante

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombre(s) o Razón Social	Teléfono Particular
Teléfono Oficina	Otros

II. Datos Fiscales

En caso de que su movimiento genere una retención de ISR ¿requiere su Constancia para efectos Fiscales? Sí ☐ No ☐

Disponible en portal a partir del mes de febrero del siguiente año

Nombre Fiscal	RFC
CP de domicilio fiscal	Régimen fiscal

III. Tipo de trámite(s) solicitado(s): anotar en el recuadro el tipo de plan y de trámite(s) solicitado(s)

<input type="checkbox"/> Realiza	<input type="checkbox"/> Imagina Ser (opciones de retiro parcial)	<input type="checkbox"/> Visualiza (opciones de rescate)
<input type="checkbox"/> Mío	<input type="checkbox"/> Favorecer al Vencimiento (No Deducible / Deducible / PPR)	<input type="checkbox"/> Jubilación
<input type="checkbox"/> Objetivo Vida	<input type="checkbox"/> Favorecer al Momento (No Deducible / PPR / Deducible)	<input type="checkbox"/> Separación del empleado
<input type="checkbox"/> Legado		

Retiro <input type="checkbox"/> Valor en efectivo (Rescate) <input type="checkbox"/> Retiro de fondo <input type="checkbox"/> Traspaso PPP a PPR	Consultas <input type="checkbox"/> Estado de cuenta <input type="checkbox"/> Cotización de Valor en efectivo (Rescate)	Otros <input type="checkbox"/> Aclaración <input type="checkbox"/> Traspaso entre Fondos REALIZA <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
--	---	--

Datos del retiro de Fondo de reserva REALIZA			Traspaso entre Fondos de reserva REALIZA		
Nombre del Fondo	Monto a retirar	Moneda	Fondo Origen	Fondo Destino	
Conservador UDI	_____	_____	Nombre del Fondo	Monto en moneda del Fondo	Nombre del Fondo
Balanceado UDI	_____	_____	_____	_____	_____
Conservador DLS	_____	_____	_____	_____	_____
Balanceado DLS	_____	_____	_____	_____	_____
Proactivo MN	_____	_____	_____	_____	_____
Proactivo DLS	_____	_____	_____	_____	_____

Datos del retiro Parcial o Total con cargo de meta(s) no cumplidas MÍO

Meta	Monto a retirar	Moneda
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Datos del retiro de meta MÍO cumplida

Meta _____

Motivo por el cual solicita el rescate o un retiro de su Póliza: _____

Observaciones: _____

Atentamente



 Nombre y Firma del Solicitante o Apoderado Legal

RV 07 22 E2-015-X



SEGUROS
MONTERREY

Número de Póliza: _____

Carácter con el que firma: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Representante Legal	En caso de que el solicitante actúe como Representante legal de la Persona Moral, precisar si se trata de: <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Miembro del consejo de administración <input type="checkbox"/> Administrador único
IV. Datos para efectuar transferencia bancaria:	
Banco	CLABE (18 dígitos):

El Solicitante declara bajo protesta de decir verdad, ser el titular de la cuenta bancaria aquí proporcionada, por lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el Solicitante libera a esta Compañía de cualquier responsabilidad por los pagos efectuados a favor de dichas cuentas bancarias.

Asimismo, declaro que al efectuarse el depósito o transferencia bancaria a la cuenta antes mencionada, por el monto que proceda de acuerdo al Contrato de Seguro, tendré por reconocido y efectuado el pago a mi más entera satisfacción, con lo cual la Institución Aseguradora da cumplimiento a las obligaciones por ella asumidas. Por lo anterior, otorgo a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#) el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome acción ni derecho alguno que ejercitar en su contra en virtud del presente pago, asumiendo desde este momento cualquier obligación que frente a terceros pudiere derivarse con motivo del pago antes descrito, deslindado para todos los efectos legales a que haya lugar a [Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.](#)

V. Documentación a entregar para iniciar el trámite de esta Solicitud.		
Tipo de trámite	Requisitos	Observaciones
Retiro de Fondo	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Contratante <input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal	NOTA: Para transferencia bancaria, adjuntar estado de cuenta para validar datos del nombre del Contratante, nombre del banco y CLABE interbancaria a 18 dígitos.
Valor en efectivo (Rescate)	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Original de Póliza (Carátula) o carta extravío firmada por el Contratante. <input type="checkbox"/> Carta conciencia. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Contratante <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio vigente. <input type="checkbox"/> Formato de autocertificación <input type="checkbox"/> Constancia de Situación Fiscal	
Cotización de Valor en efectivo (Rescate)	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Solicitante.	
Aclaraciones	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Anexar documentos que soporten la reclamación. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Solicitante.	
Estado de Cuenta	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Solicitante.	NOTA: se generan trimestralmente.
Traspaso entre Fondos Realiza	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Contratante.	

RV 07 22 E2-015-X


**SEGUROS
MONTERREY**

Número de Póliza: _____

Tipo de trámite	Requisitos	Observaciones
Traspaso PPP a PPR	<input type="checkbox"/> Solicitud de movimientos de Fondos de reserva de planes flexibles. <input type="checkbox"/> Identificación oficial del Contratante. <input type="checkbox"/> Carta de empresa administradora del PPP. <input type="checkbox"/> Ficha de depósito.	

Importante para trámites cuyo Solicitante es Representante Legal de Persona Moral: 1.- En caso de que el trámite se solicite por conducto de Apoderado General o Especial, será necesario en adición a lo anterior, la Escritura Pública donde contengan las facultades concedidas (Actos de Administración). En caso de Miembro del Consejo de Administración o Administrador Único, la última Asamblea Ordinaria o Extraordinaria de Accionistas (Actos de Administración). En caso de no contar con este último documento, la Matrícula de la Sociedad expedida por el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del Estado correspondiente.

Importante: No se tendrá por iniciada ni se dará trámite a solicitud alguna, si la documentación no ha sido exhibida en su totalidad, ya que para la determinación de su procedencia depende de la valoración en su conjunto de todos y cada uno de los documentos requeridos. En caso de resultar procedente a la olicitud, los pagos sólo se efectuarán al Solicitante que puede ser Contratante, Asegurado o Beneficiario de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Seguro.

No se aceptan solicitudes con tachaduras, enmendaduras o a dos tintas.

Se recomienda al Solicitante firmar la solicitud después de revisar que el formato se encuentra debidamente requisitado.

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.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual que integra este producto de seguro, quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de agosto de 2022, con el número CGEN-S0038-0168-2022.

RV 07 22 E2-015-X



**SEGUROS
MONTERREY**