

Fecha de Solicitud  
 Día 23 Mes 01 Año 2018  
 Póliza No. \_\_\_\_\_ No. de Certificado \_\_\_\_\_

Nota: el No. de Póliza y el No. de Certificado, no es indispensable para el asegurado.

## CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO CON SELECCIÓN

**Seguros Monterrey**

NEW  
YORK  
LIFE

La persona por asegurar deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible y sin omitir ningún dato.

### I.- NOMBRE DEL CONTRATANTE

Nombre (s) o Razón Social

Organización x Control S.A. de C.V.

Apellido Paterno

Apellido Materno

### II- DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

PERSONA POR ASEGURAR	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno		
	Sofía	Cruz	Canacho		
Fecha de nacimiento	Nacionalidad	País de nacimiento	Estado Civil	Sexo	Mujer
dd / mm / aaaa	mexicana.	México	S <input checked="" type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	Hombre <input type="checkbox"/>
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)	C.P.	Colonia o Fraccionamiento			
Ixcateopan 275 casa 5	0133110	Santa Cruz Atoyac	Lada	Teléfono Particular	Lada
Delegación o Municipio	Correo Electrónico	Benito Juárez	55	56883194	Teléfono Oficina
Ciudad o Población		CDMX			
Estado					
Ocupación o Profesión	Lugar físico de desempeño de labores	Resource Specialist	dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	Antigüedad con la póliza
Actividad o giro del Negocio	Regla para determinar la Suma Asegurada	Recurso Humanos	29 / 01 / 2018		Salario \$
Fiel (Opcional)	<input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> No. Meses de Sueldo <input type="checkbox"/> Otra (Especificar)	RFC o CURP	CUCS880705MDFRME02		

**III.- CUESTIONARIO MÉDICO** (Aplica únicamente en caso que el Asegurado ingrese al grupo asegurado 30 días posteriores a la emisión) La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, aunque no hayan influido en la realización de un siniestro, facultará a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para considerar resindido de pleno derecho el contrato (Art. 8 y 47 de la ley sobre el contrato de seguros)

1. ¿Ha presentado algún padecimiento relacionado con el corazón, el sistema circulatorio, las vías respiratorias, el aparato digestivo, el aparato reproductor o las vías urinarias?    Sí  No  Estatura 1.61 cms.
2. ¿Presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores o SIDA?    Sí  No  Peso 96 kg.
3. ¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica?    Sí  No

En cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorio y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc., en el recuadro presentado a continuación y en caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma de la persona por asegurar correspondiente al calce:

No. de pregunta	Detalle	Fecha de Inicio	Estado Actual
1	Vías respiratorias		controlado

#### Hábitos

1. ¿Consumo Bebidas alcohólicas? Sí  No   
En caso afirmativo detallar Clase de licor social, whiskey, cerveza Cantidad 1-2 copas Frecuencia 1 vez por semana
2. ¿Ha usado drogas como marihuana, anfetaminas o algún derivado del opio entre otras? Sí  No   
En caso afirmativo detallar Clase Cantidad Frecuencia

3. ¿Fuma? Sí  No  No. de cigarrillos al día \_\_\_\_\_

#### Deportes y/o aficiones peligrosas

1. ¿Práctica motociclismo, buceo, vuelo delta, equitación? Sí  No  Otros (especifique) \_\_\_\_\_
- Amateur  Profesional  ¿Desea cubrir el riesgo? Sí  No

#### Ocupación

1. Describa su ocupación Resource Specialist. 2. ¿Usa motocicleta? Sí  No  Cilindrada \_\_\_\_\_

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras del presente consentimiento? Sí  No

Mencione si usted, su cónyuge, concubina (rio) o parente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros ser jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas públicas, funcionario o miembro de partidos políticos (Persona Políticamente Expuesta [PEP]).

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

Nacionalidad de la personas que señala como PEP \_\_\_\_\_

Parentesco o vínculo con usted \_\_\_\_\_

Sí  No

**IV.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA:**

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

Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco*	Porcentaje
<b>Maria de Lourdes Cancho Camillo</b>	12/08/1960	Madre	100
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) <b>Ixcatlapan 275-5</b>	C.P. <b>03310</b>	Colonia o Fraccionamiento <b>Santa Cruz Atayac.</b>	
Delegación o Municipio <b>Benito Juárez.</b>	Ciudad o Población <b>CDMX</b>	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C.P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C.P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C.P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.)	C.P.	Colonia o Fraccionamiento	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Estado	

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

100 %

**BENEFICIARIOS IRREVOCABLES**

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

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

**V.- INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR**

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

Estamos informados que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme a los cuestionarios contenidos en esta solicitud pueden dar lugar a la rescisión 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. Autorizamos a los médicos o personas que nos hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a los que hayamos ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, para que proporcionen a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., toda la información que se requiera, resultados de estudios de laboratorio y en el cumplimiento del contrato que llegara a celebrarse. Con lo anterior relevamos de cualquier responsabilidad de la obligación del secreto médico a dichas personas o instituciones por revelar la información a que se refiere dicho párrafo.

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

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

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis Datos Personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los Titulares de los Datos Personales que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este Consentimiento y el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Declaro que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Lugar y Fecha **Naucalpan** a **29** de **enero** de **2018**.

  
Firma del Asegurado

**Abreviaturas utilizadas en este formulario****Estado Civil**

- S Soltero
- C Casado

**Moneda**

- M.N. Moneda Nacional

**Parentescos a los que se refiere la Sección IV**

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

Observaciones: