

Día **19** Mes **12** Año **2017**
Póliza No. **10000000000000000000** No. de Certificado **10000000000000000000**

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



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 Y CONTROL S.A. DE C.V.	Apellido Paterno HURTADO	Apellido Materno
---	------------------------------------	------------------

II- DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

PERSONA POR ASEGURAR	Nombre (s) CHRISTIAN RAÚL ZAMORATEGUI	Apellido Paterno HURTADO	Apellido Materno			
	Fecha de nacimiento 06 / 08 / 1977	Nacionalidad MEXICANA	País de nacimiento MEXICO	Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C	Sexo <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Hombre	
Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) TRIPOLI 1106 DPTO 102 B	C.P. 03340	Colonia o Fraccionamiento GENERAL ANAYA				
Delegación o Municipio BENITO JUÁREZ	Ciudad o Población CDMX	Estado CDMX	Correo Electrónico @y2h00.com	Lada 55	Teléfono Particular Lada 78241422	
Ocupación o Profesión BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER	Lugar físico de desempeño de labores	Fecha de ingreso a la empresa dd / mm / aaaa	dd / mm / aaaa	Antigüedad con la póliza dd / mm / aaaa		
Actividad o giro del Negocio	Regla para determinar la Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> No. Meses de Sueldo <input type="checkbox"/> Otra (Especificar)	Salario \$				
Fiel (Opcional)	RFC o CURP ZAH C770806HDFMRHO91					

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 **175** cms.
2. ¿Presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, tumores o SIDA? Sí No
3. ¿Está bajo algún tipo de tratamiento médico o tiene programada alguna intervención quirúrgica? Sí No Peso **78** kg.

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

Hábitos

1. ¿Consumo Bebidas alcohólicas? Sí No **Vinos y licores** Cantidad **Poco** Frecuencia **SOCIAL**
2. ¿Ha usado drogas como marihuana, anfetaminas o algún derivado del opio entre otras? Sí No Cantidad _____ Frecuencia _____
3. ¿Fuma? Sí No No. de cigarrillos al día **4 cigarrillos** Frecuencia _____

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 **BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER** Usa motocicleta? Sí No Cilindraje _____

¿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 _____

Sí No

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____

Parentesco o vínculo con usted _____

IV.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA:

Advertencia: En el caso de que se deseé 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 nombrá 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
SANDRA ANGÉLICA HURTADO GONZÁLEZ	24/10/1954	MADRE	100
Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) UN MAZA DE JUÁREZ N-101	C.P. 019330	Colonia o Fraccionamiento MARGARITA MAZA DE JUÁREZ	
Delegación o Municipio 12TA PALAPA	Ciudad o Población CDMX	Estado CDMX	
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.			

BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

Si se desea que alguno de los beneficiarios designados con anterioridad tenga el carácter de irrevocable indicarlo a continuación.
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:

100 %

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 gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que pueda ser útil para la evaluación correcta de nuestra propuesta de seguro y en su caso para todo lo relacionado 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 _____ a _____ de _____ de _____.

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: