

ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS
MAYORES COLECTIVO O COLECTIVO EMPRESARIAL**



**SEGUROS
MONTERREY**

Fecha de Solicitud
 Día Mes Año

Póliza No. No. de Certificado

Nota: el No. de Póliza y el No. de Certificado, no es indispensable para el asegurado.
 La persona por asegurar deberá requisitar esta solicitud con letra de molde, legible y sin omitir ningún dato.

I. NOMBRE DEL CONTRATANTE

Nombre (s), Razón o Denominación Social Apellido Paterno Apellido Materno

II. DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa Nacionalidad País de nacimiento Estatura Peso Estado Civil S C Sexo Mujer Hombre

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado Correo Electrónico Lada Teléfono Particular Lada Teléfono Oficina

Ocupación o Profesión Lugar físico de desempeño de labores Fecha de ingreso a la empresa dd / mm / aaaa Antigüedad con la póliza dd / mm / aaaa

Actividad o giro del Negocio Número de empleado

Fiel (Opcional) RFC o CURP

III.- DEPENDIENTES POR ASEGURAR

Nombre Sexo Fecha de Nacimiento dd / mm / aaaa

Para efectos de Identificación Cónyuge

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado

Hijo

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado

Hijo

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado

Hijo

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior) C. P. Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio Ciudad o Población Estado

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CGEN-S0038-0025-2013 y fecha 14 de Enero del 2013.

Nombre

Sexo

Fecha de Nacimiento

Para efectos de Identificación
Hijo

dd / mm / aaaa

Domicilio: (Calle y Número Exterior e Interior)

C. P.

Colonia o Fraccionamiento

Delegación o Municipio

Ciudad o Población

Estado

IV. CUESTIONARIO MÉDICO

Aplicar las siguientes preguntas tanto al solicitante como a sus dependientes:

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, facultará a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para considerar resindido de pleno derecho al contrato (Art. 8 y 47 de la ley sobre el contrato de seguros).

Marque con una cruz su respuesta a las siguientes preguntas. Si alguna de las respuestas es afirmativa, requisiere los recuadros que se encuentran en la parte inferior de cada pregunta:

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes padecen o han padecido alguna enfermedad o afección, accidente o lesión corporal? Sí No

| Clave | Diagnóstico/Padecimiento | Fecha de ocurrencia | Tratamiento prescrito | Estado Actual |
|-------|--------------------------|---------------------|-----------------------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. ¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez han estado hospitalizados? Sí No

| Clave | Nombre del hospital | Diagnóstico/Padecimiento | Fecha de ingreso al hospital | Tratamiento prescrito | Estado Actual |
|-------|---------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3. ¿Usted o alguno de sus dependientes han estado sometidos a algún tratamiento médico o rehabilitación en forma continua? Sí No

| Clave | Tipo de tratamiento | Fecha de inicio | Duración | Fecha de término | Estado Actual |
|-------|---------------------|-----------------|----------|------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

4. ¿Usted o alguno de sus dependientes tienen pendiente o programada alguna cirugía? Sí No

| Clave | Nombre de la cirugía | Diagnóstico/Padecimiento | Nombre del médico | Fecha probable de cirugía | Hospital |
|-------|----------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5. ¿Usted o alguno de sus dependientes practica algún deporte? Sí No

| Clave | Nombre del deporte y/o afición | Frecuencia con que se practica | Tiempo que lo ha practicado | ¿La práctica es ocasional, amateur o profesional? |
|-------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Favor de especificar nombre, teléfono y especialidad de su médico familiar o del médico al cual usted acude habitualmente:

| Nombre del Médico | Teléfono | Especialidad |
|-------------------|----------|--------------|
| | | |

V. INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

¿Actúa usted en nombre o representación de un tercero distinto de alguna de las figuras de la presente solicitud? Asegurado Sí No

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, 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 _____ Asegurado Sí No

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____

Parentesco o vínculo con usted _____

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 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

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 de Particulares, puso a mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado

Abreviaturas utilizadas en este formulario

Abreviaturas Generales

•CP Código Postal
•RFC Registro Federal de Causantes
•CURP Clave Única de Registro de Población

Estado Civil

•S Soltero
•C Casado

Sexo

•F Femenino
•M Masculino

Moneda

•M.N. Moneda Nacional

*Parentesco

Por consanguinidad, afinidad o parentesco hasta en segundo grado. Abuelos, padres, cónyuges, persona con la que se vive en concubinato, hijos y nietos.

Observaciones: