

Solicitud de cambios Vida Individual

Fecha de solicitud
Día Mes Año

Nº. de Póliza _____ N° de Agente _____ Promotoría _____

I. Datos del Solicitante del cambio

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) o Razón Social _____

II. Movimientos

Cambios a la Póliza		Cambios por asegurado
<input type="checkbox"/> Alta portal <input type="checkbox"/> Cambio de agente <input type="checkbox"/> Cambio de conducto de cobro <input type="checkbox"/> Cambio de contratante <input type="checkbox"/> Cambio de domicilio <input type="checkbox"/> Cambio de forma de pago	<input type="checkbox"/> Inclusión / corrección RFC o CURP <input type="checkbox"/> Inclusión / exclusión AVE <input type="checkbox"/> Rehabilitación primeros 90 días de falta de pago <input type="checkbox"/> Cambio de plan <input type="checkbox"/> Duplicado de póliza <input type="checkbox"/> Disminución de suma asegurada	<input type="checkbox"/> Cambio condición de fumador <input type="checkbox"/> Cambio de beneficiarios (usar sección VI) <input type="checkbox"/> Corrección de fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Corrección de nombre <input type="checkbox"/> Corrección de sexo <input type="checkbox"/> Exclusión de asegurado <input type="checkbox"/> Exclusión de coberturas

III. Cambios específicos para planes flexibles

Cambios solo para Realiza	Cambios solo para Imagina Ser	Rebalanceo Visualiza
Cambio de % de asignación de fondos Fondos Realiza Conservador dólares _____ % Balanceados dólares _____ % Conservador UDIS _____ % Balanceado UDIS _____ % Proactivos pesos _____ % Proactivos dólares _____ % Total 100 %	<input type="checkbox"/> Cambio de opción de liquidación <input type="checkbox"/> Co-beneficiario (Llenar apartado VI con detalle) Cambios para Objetivo Vida <input type="checkbox"/> Cambio de meta (dar detalles) <input type="checkbox"/> Cambio de aportación objetivo Cambios de Inversión Planeada en: <input type="checkbox"/> Realiza <input type="checkbox"/> Imagina Ser \$ _____	Agrupación A) Por edad <input type="checkbox"/> B) Periodo <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual C) Por petición <input type="checkbox"/> D) Distribución de Fondos Visualiza 5 _____ % Visualiza 10 _____ % Visualiza 20 _____ % Visualiza 30 _____ % Total 100 %

IV. Tratamiento fiscal y/o cambio de coberturas de invalidez Imagina Ser e Imagina Ser+

Los nuevos ingresos aplicarán bajo este esquema, una vez confirmado el cambio

Tratamiento Fiscal (Inclusión de nuevos bolsos) PPR <input type="checkbox"/> Deducible <input type="checkbox"/>	Cambio de coberturas adicionales de Invalidez**
Cambio de Topes de Deducibilidad Importe elegido de deducibilidad en pesos o "Ley" PPR _____ * Deducible _____ *	Cambio de Prioridad 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 de Impuestos Sobre la Renta, cualquier ingreso que rebase dichos límites a los establecidos por el cliente, se ingresarán al bolso con la siguiente prioridad.

**Con esta firma _____ Yo _____
acepto que se cancele la cobertura DISS y que se incluya la cobertura BIT (sujeta a requisitos de Selección de Riesgos) en caso de que el asegurado y el contratante sean la misma persona física, con base en el funcionamiento actual del producto. Sera necesario adjuntar solicitud de vida completamente requisitada.**V. Descripción del cambio solicitado y la persona a la cual aplica (describir figuras posibles)**

_____ Firma del Contratante	_____ Firma del Asegurado	_____ Firma del Asegurado Mancomunado/Adapta
_____ Firma del menor Asegurado mayor a 12 años	_____ Nombre y firma del Agente	

VI. Designación de Beneficiarios:

Figuras: Persona asegurada (Figura 1). Persona mancomunada (Figura 2). Asegurado(a) Adapta (Figura 3). Menor por fallecimiento (Figura 4). Menor por supervivencia (Figura 5). Co-Beneficiario para Plan Imagina Ser y Nuevo Plenitud (Figura 6). En caso de que el espacio sea insuficiente llenar hoja adicional con firma de la persona por asegurar y solicitante al calce.

Ejerciendo mi derecho contenido en el artículo 174 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, revoco la designación de Beneficiarios que hice con anterioridad y en su lugar designo a:

No. Figura	Nombre Completo	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje
		Día	Mes	Año		

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)		Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	
Domicilio: (Calle y número exterior e interior)		Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad	Estado	

En caso de aceptar esta solicitud convengo en que la misma formará parte del contrato de seguro al que se refiere.

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.

Atención: Importante 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 el presente formato, 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 este formato y las finalidades de su tratamiento. En los casos de rehabilitación, el cliente declara bajo protesta de decir verdad, que durante el período en que la póliza estuvo afectada por la falta de pago de prima posterior a su período de gracia no existió ni existe ningún siniestro que pudiera reclamar a la Institución.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Firma del Asegurado Mancomunado/Adapta

Firma del menor Asegurado mayor a 12 años

Nombre y firma del Agente

Podrás consultarlas de manera electrónica en la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx las abreviaturas contenidas en el presente documento.

Este documento solo constituye una solicitud de cambios 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

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 20 de marzo de 2019, con el número CGEN-S0038-0019-2019.