

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

Fecha: _____

Nombre: _____ Núm. Póliza _____

RFC: _____ CURP: _____

Teléfono part: () _____ Teléfono oficina: () _____ Otros: () _____

II. 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"/> Objetivo Vida | <input type="checkbox"/> Favorecer al Vencimiento (No Deducible / Deducible / PPR) | <input type="checkbox"/> Jubilación |
| | <input type="checkbox"/> Favorecer al Momento (No Deducible / PPR / Deducible) | <input type="checkbox"/> Separación del empleado |

RETIROS

Rescate total	<input type="text"/>
Retiro de fondo de reserva	<input type="text"/>
Vencimiento de póliza	<input type="text"/>
Traspaso a PPR externo	<input type="text"/>

CONSULTAS

Estado de cuenta	<input type="text"/>
Consulta de rescate	<input type="text"/>

OTROS

Aclaración	<input type="text"/>
Traspaso entre Fondos REALIZA	<input type="text"/>
Otro (favor de especificar):	_____

Datos del retiro de fondo de reserva REALIZA

Nombre del Fondo	Monto a retirar	Moneda
CONSERVADOR UDI	_____	_____
BALANCEADO UDI	_____	_____
CONSERVADOR DLLS	_____	_____
BALANCEADO DLLS	_____	_____
PROACTIVO MN	_____	_____
PROACTIVO DLLS	_____	_____

Traspaso entre Fondos de reserva REALIZA

Nombre del Fondo	Fondo origen		Fondo destino	
	Nombre del Fondo	Monto en moneda del Fondo	Nombre del Fondo	Monto en moneda del Fondo
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Observaciones: _____

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

*Para los efectos del trámite a que se refiere la presente solicitud, el solicitante que suscribe y firma al calce autoriza a: _____, para que en mi nombre y representación reciba el cheque que en su caso se emita en virtud de este trámite y toda clase de información y/o documentación relacionada con el trámite solicitado, por lo que me doy por pagado de la cantidad que corresponda una vez entregado el cheque a la persona autorizada.

Atentamente**Nombre y Firma del Solicitante o Apoderado Legal**

CARÁCTER CON EL QUE FIRMA: Asegurado Contratante
 Beneficiario Representante Legal

EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE ACTUE COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA MORAL PRECISAR SI SE TRATA DE: Apoderado Legal Miembro del Consejo de Admnistración Administrador Único

III. DATOS PARA EFECTUAR TRANSFERENCIA:

BANCO: _____ CLABE (18 Dígitos): _____
(Clave Bancaria Estandarizada)

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 10/11/2015, con el número CGEN-S0038-0206-2015.

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 ó 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.

IV. DOCUMENTOS ANEXOS:

Póliza original o carta extravío.

Carta conciencia.

Copia de identificación oficial vigente.

Copia de Comprobante de domicilio vigente.

Copia de estado de cuenta bancario.

Otros (describir documento) _____

Solo para personas físicas:

El (los) Beneficiario (s) del pago declara (n) bajo protesta de decir verdad, que tiene (n) nacionalidad y/o, país de nacimiento y/o tiene (n) obligaciones fiscales en un país distinto de México: SI APLICA ____ NO APLICA ____, Número de beneficiarios con respuesta afirmativa: _____. En caso que alguna respuesta sea afirmativa, el Beneficiario del pago deberá requisitar el Formato "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Físicas".

Las personas morales deberán requisitar obligatoriamente el Formato "Certificación de Obligaciones Fiscales en el Extranjero Personas Morales".

Importante: No se tendrá por iniciada ni se dará trámite a solicitud alguna, si la documentación no ha sido exhibida en su totalidad, pues 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 la solicitud, los pagos sólo se efectuaran al solicitante que puede ser contratante, asegurado o beneficiario de acuerdo a lo establecido en el contrato de seguro. Se recomienda al solicitante firmar la solicitud después de revisar que el formato se encuentra debidamente requisitado.

V. DOCUMENTOS A ENTREGAR PARA INICIAR EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD

TIPO DE TRÁMITE	REQUISITOS	OBSERVACIONES
Retiro de Fondo:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Identificación oficial del contratante.	NOTA: En caso de solicitar transferencia bancaria, adjuntar estado de cuenta para validar datos de nombre del contratante, nombre del banco y clave interbancaria a 18 dígitos.
Rescate Total:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Original de póliza (Carátula) o carta extravío firmada por el contratante. - Carta conciencia. - Identificación oficial del contratante. - Comprobante de domicilio vigente.	
Vencimiento de Póliza:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Original de póliza (Carátula) o carta extravío firmada por el contratante. - Identificación oficial del contratante. - Comprobante de domicilio. - Comprobante de edad del asegurado.	
Consulta de Rescate:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Identificación oficial del solicitante.	
Aclaraciones:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Anexar documentos que soporten la reclamación. - Identificación oficial del solicitante.	
Estado de Cuenta:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Identificación oficial del contratante.	NOTA: se generan trimestralmente
Traspaso entre Fondos Realiza:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Identificación oficial del contratante.	
Traspaso a PPR externo:	- Solicitud de movimientos de fondos de reserva de planes flexibles. - Requisitos de traspaso de la nueva administradora - Identificación oficial del contratante.	

Nota 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 ó 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 Unico, la última Asamblea Ordinaria ó 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.