

**DECLARACIÓN N° 1
DECLARACIÓN QUE DEBE(N) LLENAR EL (LOS) BENEFICIARIO(S)**



Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

No. de póliza (s)	No. de certificado	Suma(s) asegurada(s)

I. DATOS DEL FINADO

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))			
Domicilio a la fecha del fallecimiento (Calle y No., Colonia)			Ciudad
Estado	C.P.	Teléfono	Fecha de nacimiento
RFC/ <input type="text"/>		CURP <input type="text"/>	
País de nacimiento		Nacionalidad	
Ocupación al tiempo de emitir la póliza		Ocupación cuando ocurrió el fallecimiento	
Lugar y domicilio donde trabajaba		Actividad o giro del lugar donde trabajaba	
No. Afiliación al IMSS u otro		Fiel (Opcional)	

II. INDIQUE EN QUÉ OTRAS COMPAÑÍAS Y POR QUÉ SUMAS ESTABA ASEGURADO EL FINADO (SEGUROS DE VIDA)

Compañía	Suma Asegurada

III. DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL FINADO

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))	Domicilio, Ciudad y Estado	Teléfono

IV. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Tipo de fallecimiento	Accidente <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Fecha de fallecimiento: dd/mm/aa
Causa del fallecimiento:	Lugar del fallecimiento		
Describa brevemente los hechos del fallecimiento tal como los conozca(n):			
Sabe(n) usted(es) si en alguna ocasión el asegurado consultó algún médico: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la causa:			

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.

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, de conformidad con los términos de este consentimiento y el aviso de privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

V. Datos del (de los) beneficiario(s) que con el llenado de este formulario presenta(n) formal reclamación a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., al amparo de la póliza

Denominación o razón social (llenar únicamente si el beneficiario es persona moral)	Giro mercantil, actividad u objeto social	Firma del representante legal
Nombre del representante legal		
Domicilio		
C.P.	RFC	
Teléfono	Estado	
Correo electrónico	Ciudad	
Nacionalidad del representante legal	Fiel (Opcional)	
País de nacimiento	Folio Mercantil (solo para Personas Morales)	

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

Nacionalidad de la personas que señala como PEP

Parentesco o vínculo con usted Beneficiario Si No

Por favor indique si usted es ciudadano de los Estados Unidos de América en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros ("FATCA" por sus siglas en inglés). Si la respuesta es afirmativa, le pedimos que llene el "Cuestionario FATCA" y proporcione su número de identificación física de los EE.UU. ("TIN" por sus siglas en inglés):

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de nacimiento	Firma
RFC	CURP	Parentesco	
Domicilio		Ciudad	
C.P.	Teléfono	Estado	Correo electrónico
Fiel (Opcional)	Folio Mercantil (solo para Personas Morales)	País de nacimiento	Nacionalidad
Ocupación	Giro o actividad del negocio		Constitución o razón social del empleador

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

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____ Beneficiario

Parentesco o vínculo con usted _____

Por favor indique si usted es ciudadano de los Estados Unidos de América en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros ("FATCA" por sus siglas en inglés). Si la respuesta es afirmativa, le pedimos que llene el "Cuestionario FATCA" y proporcione su número de identificación física de los EEUU ("TIN" por sus siglas en inglés): _____ Beneficiario

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de nacimiento	Firma
RFC	CURP	Parentesco	
Domicilio		Ciudad	
C.P.	Teléfono	Estado	Correo electrónico
Fiel (Opcional)	Folio Mercantil (solo para Personas Morales)	País de nacimiento	Nacionalidad
Ocupación	Giro o actividad del negocio		Constitución o razón social del empleador

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

Nacionalidad de la personas que señala como PEP _____ Beneficiario

Parentesco o vínculo con usted _____

Por favor indique si usted es ciudadano de los Estados Unidos de América en términos de la Ley de Cumplimiento de Cuenta de Impuestos Extranjeros ("FATCA" por sus siglas en inglés). Si la respuesta es afirmativa, le pedimos que llene el "Cuestionario FATCA" y proporcione su número de identificación física de los EEUU ("TIN" por sus siglas en inglés): _____ Beneficiario

VI. AUTORIZACIÓN

El (los) que suscribe(n), solicita(n) y autoriza(n) a cualquier hospital, al médico o persona que haya atendido o examinado al finado, a suministrar a **Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.** o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que el finado haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del hospital o médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la indemnización presentadas por mí (nocotos) a la Compañía; copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

_____ Lugar y fecha _____ Firma(s) del (de los) reclamante(s) y/o beneficiario(s)

VII. PODER(ES)

Para efectos del trámite de la presente reclamación y en su caso del pago, el (los) beneficiario(s) que suscribe (mos) al calce otorgo(gamos) a favor del Sr. o de la empresa _____ representada por:

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))		Fecha de nacimiento	Firma del apoderado
RFC	CURP	Parentesco	
Domicilio		Ciudad	
C.P.	Teléfono	Estado	
Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad
Ocupación	Giro o actividad del negocio		Constitución o razón social del empleador

Las facultades suficientes para que a mi (nuestro) nombre y representación, reciba toda clase de notificaciones y requerimientos así como el cheque a mi (nuestro) nombre o cualquier otra forma de pago, en caso de proceder esta. Recibido el pago en la forma en que ha quedado instruida, me (nos) doy (damos) por cubierto(s) de la(s) cantidad(es) correspondiente(s) a cargo del contrato de seguro celebrado con _____ concediendo al apoderado la facultad para otorgar a mi (nuestro) nombre el finiquito que los libere de todo compromiso. En igual forma señalo (mos) conforme al artículo 34 del Código Civil Federal como domicilio convencional, para los efectos de esta reclamación el mencionado anteriormente en este mismo formulario.

_____ Firma(s) de (los) beneficiario(s)

VIII: CONSTANCIA

Este documento ha sido llenado y firmado en nuestra presencia por:
Los testigos (2) no deben ser familiares del (los) beneficiario(s)

(Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))	Domicilio, Ciudad y Estado	Teléfono	Firma