

**Certificado de Seguro de  
GMM GRUPO PROPIA MEDICALIFE**



Nombre y domicilio del contratante

**BANCO NACIONAL DE MEXICO, S.A.**

Póliza No.

**02001**

Certificado No.

**0001010916052**

**0001033582**

Nombre del asegurado titular

**CARLOS BASTIDA SANCHEZ**

Subgrupo

**001**

Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento			Fecha de ingreso a la colectividad asegurada			Vigencia de la póliza		
Masculino	NO APLICA	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

05 11 1985 01 04 2020 01 01 2025 01 01 2026

**RELACIÓN DE ASEGURADOS**

Nombre (s), apellido paterno y apellido materno	Sexo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Fecha de antigüedad al seguro
CARLOS BASTIDA SANCHEZ	Masculino	TITULAR	05/11/1985	01/04/2020

**Características del seguro contratado**

**Características del plan**

HONORARIOS QUIRURGICOS

MEDICALIFE MAS + 30%

COASEGURO

10%

SUMA ASEGURADA

1,750 U.M.A.M.

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO ZONA " C "

AMPARADA

TRE01

ASISTENCIA INTEGRAL

AMPARADA

TIPO DE PLAN CONTRATADO

MAS

DEDUCIBLE

1 U.M.A.M.

---

**Endosos que se anexan y forman parte de esta póliza.**

---

MetLife México, S.A. cubre al Asegurado de acuerdo a los beneficios contratados en los términos y condiciones citados en la póliza, siempre que ésta y el presente certificado se encuentre en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

**Lugar y Fecha de expedición: MEXICO, D.F. A 02 DE OCTUBRE DE 2025.**

MetLife México, S.A.



---

**Firma del Contratante**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 16 del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, se transcriben en su integridad los siguientes artículos, mismos que aplicarán según el seguro que le corresponda a las coberturas contratadas:

**Artículo 17.**– Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**Artículo 18.**– Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

**Artículo 19.**– En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

**I.** Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada

será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

**II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.**

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)

---

GO-1-008W

Página 2 de 3

VER.2

---

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico [unidadespecializada@metlife.com.mx](mailto:unidadespecializada@metlife.com.mx) o en la dirección Avenida Insurgentes Sur No. 1457 pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03920, en la Ciudad de México.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México o en su portal [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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 6 de Septiembre de 2018, con número CGEN-S0034-0078-2018 / CONDUSEF-G-01022-001.

GO-1-008W

Página 3 de 3

VER.2