

Accidentes y Enfermedades

Certificado Individual de Seguro de Gastos

Médicos Mayores Colectivo o Colectivo Empresarial

Fecha	
Día	Mes Año

MÉXICO
Paseo de la Reforma No. 342 piso 12
Colonia Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06600 Ciudad de México
Tel. 55-5326-9000

MONTERREY
Av. Pedro Ramírez Vázquez No. 200-8
Colonia Valle Oriente
C.P. 66269 Sn. Pedro Garza García, N.L.
Tel. 81-8133-1200

GUADALAJARA
Av. Américas 1500, P.B.,
Colonia Country Club
C.P. 44610 Guadalajara, Jal.
Tel. 33-3669-3600

Contratante ROBERT BOSCH S DE RL DE CV				Prima de la cobertura en pesos		
R.F.C. RBO-910102-QJ9				Prima anual total 0.00		
No. de certificado 0062152277				Tasa de financiamiento por pago fraccionado		
Datos del seguro				Gastos de expedición: 0.00		
No. de póliza GMM-21391		Categoría EMPLEADOS GMM-21391		I.V.A.: 0.00		
Periodo de seguro/vigencia a las 12:00 hrs.				Prima total a pagar: 0.00		
Póliza		Certificado		Prima del 1.er recibo: 0.00		
Desde 31/DIC/2025	Hasta 31/DIC/2026	Desde 31/DIC/2025	Hasta 31/DIC/2026	(0) Prima de los recibos subsecuentes:		
Fecha de primera emisión		Forma de pago ANUAL		Tipo de experiencia PROPIA		Nombre del plan contratado MAXIMA
04/NOV/2019		Tipo de agrupación COLECTIVO EMPRESARIAL		División CENTRO-SUR		Tabulador a aplicar 95,800 / CENTRO-SUR
Cobertura básica y cláusulas adicionales						
Coberturas	Suma asegurada	Deducible EN PESOS		Coaseguro		Fecha de inclusión/ excluido
		Pago directo	Reembolso	Pago directo (%)	Reembolso (%)	
Básica	\$6,600,000.00	7500.00	7500.00	10.00	10.00	31/DIC/2025
*Necesidades médicas imprevistas en el extranjero	60,000.00 DLLS	60.00	60.00	0.00	0.00	31/DIC/2025
Cobertura en el extranjero						EXCLUIDO
Franja fronteriza						EXCLUIDO
Deportes peligrosos	\$6,600,000.00	7500.00	7500.00	10.00	10.00	31/DIC/2025
Desviación visual	\$43,680.00	7500.00	7500.00	10.00	10.00	31/DIC/2025
Padecimientos preexistentes	\$6,600,000.00	7500.00	7500.00	10.00	10.00	31/DIC/2025
Pago de complementos médicos	-----	-----	-----	-----	-----	31/DIC/2025
Ambulancia aérea	\$6,600,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	31/DIC/2025
Nariz y/o senos paranasales por enfermedad	\$6,600,000.00	7500.00	7500.00	10.00	10.00	31/DIC/2025

Importante:

- Para conocer el deducible y coaseguro aplicables en caso de accidente, es importante revisar las condiciones generales de este contrato.
- Los documentos que conforman el Contrato de Seguro, consta de las Condiciones Generales, Carátula de Póliza, Cláusulas Adicionales o Endoso, entre otros.

Asegurado y dependientes

Parentesco	Nombre	Fecha DD/MM/AAAA		Edad alcanzada	Sexo M/F
		Alta	Reconocimiento de antigüedad		
TITULAR	GONZALEZ GARCIA ROSA MARIA	31/DIC/2025	04/NOV/2019	41 AÑOS	F
CONYUGE	BAEZA ZAMORA ALEJANDRO	31/DIC/2025	04/NOV/2019	41 AÑOS	M
HIJO/HIJA	BAEZA GONZALEZ ALEJANDRO GAEL	31/DIC/2025	30/JUL/2025	0 AÑOS	M

Datos del seguro

No. de póliza	Categoría
GMM-21391	EMPLEADOS GMM-21391

Periodo de seguro/vigencia a las 12:00 hrs.

Póliza		Certificado	
Desde	Hasta	Desde	Hasta
31/DIC/2025	31/DIC/2026	31/DIC/2025	31/DIC/2026

Las personas que ingresen a la 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 de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la 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 de la misma, 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.

Las personas que se separen definitivamente de la 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.

En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva de la misma, señalando sus características.

Estoy(amos) enterado(s) de los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos los cuales pueden consultarse en la página electrónica de la Institución situada en www.mnyl.com.mx, en los cuales se especifican: a) las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos; b) Los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución respecto de la realización de Operaciones Electrónicas; c) los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por la Institución, a través de Operaciones Electrónicas; d) los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, y e) las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, por lo que manifiesto(amos) mi(nuestro) consentimiento expreso para contratar el Uso de Medios Electrónicos para la realización de Operaciones Electrónicas Móviles, por Internet, de Audio respuesta, Telefónicas Voz a Voz y cualquier otra que en lo sucesivo ponga a mi disposición la Institución para la celebración y gestión de cualesquiera operaciones al amparo de la Póliza que se origine en caso de aceptación de este Certificado, al correo electrónico señalado más adelante; asimismo manifiesto mi aceptación expresa para recibir de manera física y/o electrónica, la documentación contractual que se origine con motivo del presente certificado individual, en su caso de sucesivas renovaciones, rehabilitaciones, y en general la documentación contractual que se llegue a generar en formato PDF* o cualquier otro formato electrónico equivalente, en el(los) correo(s) electrónico(s) personal(es) o de trabajo referido(s) más adelante, por lo cual con la remisión a esa(s) dirección(es) electrónica(s) se debe entender como fecha de recepción por parte del(los) Contratante(s) y/o Asegurado(s).

Acepto la contratación del Uso de Medios Electrónicos: Sí ☐ No ☐

Acepto el recibir documentación contractual en formato PDF* o cualquier otro: Sí ☐ No ☐

Correo electrónico: _____

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 la presente solicitud, 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 esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

CIUDAD DE MÉXICO 19 DE ENERO DE 2026

Lugar y Fecha

Seguros Monterrey
New York Life S.A. de C.V.

WILLIS AGENTE DE SEGUROS Y DE
FIANZAS SA DE CV

51998

652

Nombre del Agente

Clave de Agente

Clave del Promotor

Funcionario Autorizado

RV-10-2022
Cert-GMM

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 de Fianzas, a partir del 19 de Enero de 2023 con el número CGEN-S0038-0198-2022/CONDUSEF-G-01131-003.