

**CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO  
INDIVIDUAL DEL SEGURO DE GRUPO**

|                            |   |                                       |
|----------------------------|---|---------------------------------------|
| No DE PÓLIZA<br><<poliza>> | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA<br><<fecingp>> | No. DE CERTIFICADO<br><<certificado>> |
|----------------------------|---|---------------------------------------|

NOMBRE DEL CONTRATANTE <<contratante>>

NOMBRE DEL ASEGURADO <<nombre>>

| FECHA DE NACIMIENTO<br><<fnac>> | PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS. |               |                |                |
|---------------------------------|---|---------------|----------------|----------------|
|                                 | PÓLIZA  |               | CERTIFICADO    |                |
|                                 | DESDE   | HASTA         | DESDE          | HASTA          |
|                                 | <<desdePoil>>                                 | <<hastaPoil>> | <<desdeCerti>> | <<hastaCerti>> |

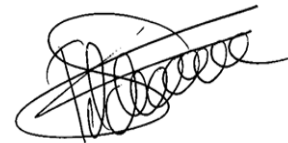
| SUMAS ASEGURADAS                                     | BENEFICIOS ADICIONALES |                   |  |
|--|------------------------|-------------------|--|
| <b>BENEFICIO BÁSICO</b><br>FALLECIMIENTO<br><<vida>> | <b>INVALIDEZ</b>       | <b>ACCIDENTES</b> |  |
| G.A.F. <<gaf>>                                       | S.A.I.T. <<sait>>      | T.I.C. <<tic>>    |  |
| G.A.F.D. <<gafd>>                                    | S.A.I.T.A. <<saita>>   | D.I.P.O. <<dipo>> |  |
| B.E.C. <<bec>>                                       | B.I.T.S. <<bits>>      | B.M.A. <<bma>>    |  |
| S.S.A.D. <<ssad>>                                    |                        | <b>ENFERMEDAD</b> |  |
| OTRO <<otros>>                                       | B.M.C. <<bmc>>         | A.C. <<ac>>       |  |
| <<DESCRIPCION>>                                      | A.E.T. <<aet>>         |                   |  |

| BENEFICIARIOS |  |                     |
|---------------|--|---------------------|
| Nombre        | Parentesco<br>Solo para identificación | % de Suma Asegurada |
| <<BENEF1>>    |  |                     |

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, LA COMPAÑÍA FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE:

LUGAR Y FECHA <<hoy>>

**SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE,  
S.A. DE C.V.**



FIRMA DEL ASEGURADO

FUNCIONARIO AUTORIZADO

|                               |   |                                       |
|-------------------------------|---|---------------------------------------|
| No DE PÓLIZA<br><<poliza>>    | FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA<br><<fecingp>> | No. DE CERTIFICADO<br><<certificado>> |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATANTE</b> |   |                                       |
| <<contratante>>               |   |                                       |
| <b>NOMBRE DEL ASEGURADO</b>   |   |                                       |
| <<nombre>>                    |   |                                       |

| FECHA DE NACIMIENTO | PERIODO DE SEGURO / VIGENCIA A LAS 12:00 HRS. |               |                |                |
|---------------------|---|---------------|----------------|----------------|
|                     | PÓLIZA  |               | CERTIFICADO    |                |
|                     | DESDE   | HASTA         | DESDE          | HASTA          |
| <<fnac>>            | <<desdePoil>>                                 | <<hastaPoil>> | <<desdeCerti>> | <<hastaCerti>> |

**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 debe 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.

En caso de que ocurra el fallecimiento del miembro asegurado, estando la póliza respectiva y el presente certificado en vigor, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. pagara de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en el contrato del presente seguro, la suma asegurada correspondiente (anotada arriba), a la o las personas designadas como beneficiarios, previa presentación de pruebas del hecho y la causa de fallecimiento del miembro asegurado, así como los derechos del reclamante.

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, dejaran 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 le hayan aportado, en la proporción correspondiente.

En los Seguros de Grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, 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 este 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 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 deberían operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

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 que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este Consentimiento y el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Declaro 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.

#### Abreviaturas

|            |   |
|------------|---|
| G.A.F.     | BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS  |
| G.A.F.D.   | BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS DEPENDIENTES   |
| B.E.C      | BENEFICIO CONYUGAL  |
| S.S.A.D.   | BENEFICIO POR DESPIDO   |
| S.A.I.T.   | PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE   |
| S.A.I.T.A. | PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE CAUSADA POR UN ACCIDENTE.                   |
| B.I.T.S.   | EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.  |
| B.M.C      | BENEFICIO DE GRAVES ENFERMEDADES  |
| A.E.T      | ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL  |
| T.I.C.     | INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS (DOBLE PAGO SI EL ACCIDENTE OCURRE EN FORMA COLECTIVA). |
| D.I.P.O.   | INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PERDIDA DE MIEMBROS.  |
| B.M.A.     | INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL.  |
| A.C.       | APOYO PARA CÁNCER   |

|                                 |  |                                   |
|---------------------------------|--|-----------------------------------|
| <<pais_fiscal>>                 | <b>MONTERREY</b>                         | <b>GUADALAJARA</b>                |
| <<calle_fiscal>>                | Av. Pedro Ramírez Vázquez No.200-B       | Circ. Lic. Agustín Yañez No. 2692 |
| <<municipio_fiscal>>            | Col. Valle Oriente                       | Col. Arcos Vallarta               |
| <<cp_fiscal>> <<estado_fiscal>> | C.P. 66269 Sn. Pedro Garza Garcia,<br>NL | C.P. 44130 Guadalajara, Jal.      |
| <<dir_telefono_fisc>>           | Tel. 8133-1200                           | Tel 3669-3600                     |

**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 09 de abril del 2015 con el número CGEN-S0038-0092-2015/CONDUSEF-G-00177-001.**