ALFA MEDICAL FLEX

CARÁTULA DE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

NÚMERO DE PÓLIZA

CONTRATANTE	**PÓLIZA**
	TERRITORIALIDAD
	ZONA
DOMICILIO	**PERIODO DEL SEGURO**
	INICIA
	TERMINA

CLAVE	**ASEGURADO**	**FIGURA**	**GÉNERO**	**EDAD**	**FECHA DE NACIMIENTO**	**FECHA ALTA**	**FECHA DE ANTIGÜEDAD**

PLAN	**SUMA ASEGURADA**
ALFA MEDICAL FLEX A	

FRANQUICIA	**MONTO ANUAL MÁXIMO POR ASEGURADO POR COPAGO Y PART.**		**TABULADOR MÉDICO POR REEMBOLSO**
$ 12,000	A, AA, AAA	Preferente	
	$ 75,000	$ 150,000	

TABLA DE COPAGOS Y PARTICIPACIÓN

NIVEL DE HOSPITAL	**SERVICIOS DE CORTA ESTANCIA**		**HOSPITALIZACIÓN**		**CONSULTA MÉDICA (APLICA TABULADOR)**		**SERVICIOS FUERA DEL HOSPITAL**	
	COPAGO	**PART.**	**COPAGO**	**PART.**	**COPAGO**	**PART.**	**COPAGO**	**PART.**
A	$ 6,000	10%	$ 9,500	10%	$ 600	0%	$ 0	35%
AA	$ 10,500	10%	$ 16,500	10%	$ 600	0%	$ 0	35%
AAA	$ 14,000	10%	$ 20,500	10%	$ 600	0%	$ 0	35%
Preferente	$ 20,500	20%	$ 31,000	20%	$ 600	0%	$ 0	35%

COBERTURA BÁSICA		
	SUMA ASEGURADA	**ASEGURADO**
PRIMA DE LA COBERTURA BÁSICA TOTAL :		

SIN VALOR

E|STE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO COMO RECIBO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 800 505 4000

ALFA MEDICAL FLEX

CARÁTULA DE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

NÚMERO DE PÓLIZA

COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	COPAGO	PART.	ASEGURADO CUBIERTO	PRIMA

PRIMA DE LAS COBERTURAS OPCIONALES TOTAL :

ANEXOS

DETALLE POR ASEGURADO

ASEGURADO	COBERTURA	PRIMA POR COBERTURA
		$
		$
		$

PRIMAS

FORMA DE PAGO

PRIMER RECIBO $

RECIBOS SUBSECUENTES $

COBERTURA BÁSICA	$
COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO	$
RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	$
DERECHO DE PÓLIZA	$
IVA (16%)	$
TOTAL	$

SIN VALOR

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO COMO RECIBO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 800 505 4000

ALFA MEDICAL FLEX

CARÁTULA DE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

NÚMERO DE PÓLIZA

EN TESTIMONIO DE LO CUAL SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE S.A. DE C.V. FIRMA LA PRESENTE PÓLIZA EN:

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

SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A DE C.V. CUBRE AL ASEGURADO(S) ANTES CITADO(S) Y LO(S) PROTEGE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES Y VERSIÓN VIGENTE QUE SE GENERE DEL CONTRATO EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, CONFORME A LAS COBERTURAS ENUMERADAS Y POR LAS SUMAS ASEGURADAS RESPECTIVAS, SIEMPRE QUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SE MANIFIESTE DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y NO ESTÉ EXCLUIDA CONFORME A LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO.

TRANSCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO 25 "SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDARAN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRÁ PEDIR LA RECTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS QUE SIGAN AL DÍA EN QUE RECIBA LA PÓLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA O DE SUS MODIFICACIONES".

ADVERTENCIA: EN ESTE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS, A PARTIR DE QUE EL ASEGURADO ALCANCE UNA EDAD AVANZADA, LAS PRIMAS TENDRÁN INCREMENTOS ANUALES QUE PUEDEN SER CADA VEZ MÁS ELEVADOS, LO CUAL SE DEBE A QUE LA FRECUENCIA Y MONTO DE RECLAMACIONES DE PERSONAS DE ESAS EDADES SE INCREMENTA EN FORMA IMPORTANTE. EN ESTE SENTIDO, SE ADVIERTE QUE, A PARTIR DE ESAS EDADES, EL PAGO DE PRIMAS DE ESTE SEGURO PODRÍA REPRESENTARLE UN ESFUERZO FINANCIERO IMPORTANTE.

NOTA: TODAS LAS CANTIDADES ESTÁN EXPRESADAS EN MONEDA NACIONAL, SALVO QUE SE INDIQUE OTRA MONEDA

*DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
***APLICA PARA CADA ACCIDENTE AMPARADO, DE ACUERDO AL NIVEL HOSPITALARIO ELEGIDO Y AL TIPO DE SERVICIO UTILIZADO
E: EXTRAPRIMA
CLAVE: SE REFIERE AL NÚMERO ASIGNADO POR ASEGURADO Y SE MOSTRARÁ SI TIENE CONTRATADA LA COBERTURA

UNIDAD ESPECIALIZADA: CENTRO DE ATENCIÓN Y SERVICIOS A ASEGURADOS (CASA) DE SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. PASEO DE LA REFORMA 342 PISO 7, COL. JUÁREZ, ALCALDÍA CUAUHTÉMOC, C.P. 06600, CIUDAD DE MÉXICO, LADA SIN COSTO 800 505 4000. HORARIO DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A 17:00 HORAS CLIENTES@MNYL.COM.MX

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO COMO RECIBO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 800 505 4000

SIN VALOR

ALFA MEDICAL FLEX

CARÁTULA DE PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

NÚMERO DE PÓLIZA

TE INVITAMOS A CONSULTAR LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE LA PÓLIZA, LAS CUALES SE ESTABLECEN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y PODRÁS CONSULTARLAS DE MANERA ELECTRÓNICA EN LA PÁGINA WEB DE SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE, S.A. DE C.V. www.mnyl.com.mx
COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF). AV. INSURGENTES SUR 762. COL. DEL VALLE, ALCALDÍA BENITO JUÁREZ, C.P. 03100, CIUDAD DE MÉXICO, TELÉFONOS (55) 5340 0999 Y (800) 999 8080 WWW.CONDUSEF.GOB.MX CORREO: asesoria@condusef.gob.mx

CANAL DE VENTA	NOMBRE	CLAVE

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO COMO RECIBO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 800 505 4000

SEGUROS MONTERREY

CLAÚSULA DE PÓLIZA SALDADA POR COBERTURA DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL

Se anexa a la Póliza Número:
Y se expide a Nombre de:

Por medio de la presente cláusula la Institución Aseguradora hace constar que en virtud del fallecimiento o estado de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Titular de la póliza arriba citada y aplicación de la Cobertura de Protección Patrimonial de las Condiciones Generales de la póliza, la Institución Aseguradora cubrirá las primas de su cónyuge e hijos menores de 25 años que hayan estado cubiertos dentro de la misma póliza con las mismas condiciones que tenían, salvo por las actualizaciones que tenga el producto año con año, así como del mismo Asegurado Titular en el caso de invalidez total y permanente, por un periodo de cinco años a partir de la primera prima pendiente de pago a partir de la fecha de la presente.

Si durante el periodo de pago de primas a cargo de la Institución Aseguradora cualquiera de los hijos del Asegurado Titular cumple 25 años de edad, serán dados de baja a la renovación inmediata siguiente. Sin embargo, en términos de la cláusula **"IX.3.C CAMBIO DE PÓLIZA FAMILIAR A PÓLIZA INDIVIDUAL"** de las Condiciones Generales, los Asegurados cubiertos podrán solicitar la contratación de una nueva póliza de Gastos Médicos Mayores Individual en los términos señalados en dicha cláusula, dentro de los treinta días naturales siguientes a que dejen de estar cubiertos por la aplicación de la Cobertura de Protección Patrimonial.

Una vez transcurridos los cinco años en los que la Institución Aseguradora haya cubierto el importe de las primas, los Asegurados de la póliza podrán continuar con la cobertura pagando las primas correspondientes y sin selección médica para los integrantes originalmente cubiertos.

En consecuencia los Asegurados dentro de la póliza quedarán amparados hasta la fecha indicada como sigue:

Nombre de los Dependientes cubiertos	Fecha de Terminación de Vigencia

SIN VALOR

_____
SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE S.A. DE C.V.

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

SEGUROS MONTERREY

CLÁUSULA ADICIONAL DE RIESGO PREFERENTE

Se anexa a la Póliza Número:
Y se expide a Nombre de:

Por medio de la presente cláusula la Institución Aseguradora conviene con el Asegurado modificar las condiciones generales de la póliza arriba citada en los siguientes términos.

Se eliminan los Periodos de Espera de los siguientes padecimientos listados en la cláusula **"VI. ENFERMEDADES Y LESIONES CON PERIODOS DE ESPERA"** de las Condiciones Generales:

a) Hemorroides.
b) Insuficiencia venosa.
c) Enfermedad en amígdalas y adenoides.
d) Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla, excepto fracturas óseas.
e) Enfermedad en Nariz y senos paranasales.
f) Enfermedades de columna vertebral denominadas cifosis, lordosis o escoliosis, las anteriores son de manera enunciativa, más no limitativa, se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica y con programación del evento.
g) Enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (por ejemplo, Hallux Valgus).
h) Enfermedades de vesícula y vías biliares.
i) Litiasis en vías urinarias.
j) Enfermedades ácido-pépticas, incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico.
k) Enfermedades en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno).
l) Enfermedades del aparato reproductor femenino (incluye cáncer)

La presente cláusula tiene una vigencia de 3 (tres) años consecutivos contados a partir de su emisión, siempre y cuando el Asegurado no haya tenido Siniestros pagados durante este periodo (tres años) con un monto superior a los $100,000 (Cien mil pesos 00/100 M.N.) o no haya presentado una Enfermedad que se relacione con los siguientes grupos: Estados o condiciones crónico degenerativas, cardiovasculares, respiratorios, diabetes mellitus y/o trastornos metabólicos, hipertensión arterial así como autoinmunes, insuficiencia renal, cáncer, hepatopatías, SIDA/ VIH, osteomusculares, enfermedades y/o lesiones de la columna, enfermedades y/o lesiones de rodilla, enfermedades del Sistema Nervioso Central, Periférica y afecciones vasculares cerebrales.

SIN VALOR

Para continuar con la vigencia de la presente cláusula de Riesgo Preferente por otro periodo de 3 (tres) años, el Asegurado deberá acudir el último mes del tercer año de vigencia ininterrumpida del seguro al departamento médico de la Institución Aseguradora para que le sean nuevamente practicados los exámenes médicos que le correspondan.

La presente cláusula quedará sin efecto en el aniversario siguiente de la póliza a aquel en que el Asegurado cumpla 60 (sesenta) años de edad.

Estas modificaciones sólo serán válidas para los Asegurados a quienes se expide la presente cláusula.

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

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

SEGUROS MONTERREY

Solicitud Para Examen de Riesgo Preferente

Ciudad de México, a____ de_____ de____ .

A quien corresponda:

Mi agente de seguros me explicó en que consiste una póliza de riesgo preferente de gastos médicos mayores, por lo que les comunico que **es mi deseo estar asegurado en una póliza preferente de Alfa Medical** y que cumplo con las siguientes características:

- Un estado de salud aceptable.
- No fumo.
- Hago ejercicio regularmente.
- No practico deportes ni actividades peligrosas.
- No soy diabético.
- No tengo hipertensión arterial.
- Actualmente no estoy enfermo.
- No tengo sobrepeso.
- *(En caso de ser mujer)* No estoy embarazada.

Por lo anterior, les solicito ser evaluado como candidato para riesgo preferente.

- Conteste sólo en caso de que actualmente esté asegurado en una póliza de gastos médicos mayores con Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V.

No. de póliza:

¿Ha presentado alguna reclamación por accidente? (Detalle)

¿Ha presentado alguna reclamación por enfermedad? (Detalle)

Exclusivo para Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V.

Dictamen Del Tipo De Riesgo Del Candidato		
Preferente	Normal	Rechazo

ATENTAMENTE

_____ _____

Sr. (a).____ Agente_____

Número_____

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y , por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud ."

SIN VALOR

SEGUROS MONTERREY

CUESTIONARIO ADICIONAL DE RIESGO PREFERENTE

ALFA MEDICAL

- Actividades Deportivas

1. Manifieste usted que deportes practica:

2. ¿Cuántas sesiones por semana?

3. ¿Qué duración tiene cada sesión?

4. ¿Bajo la supervisión de un entrenador?

5. ¿Desde cuándo se dedica a esta actividad?

6. ¿Ha tenido que consultar a un médico por alguna consecuencia de la practica de su actividad deportiva: esguince, fractura, luxación, dolor en articulaciones, afección de ligamentos, etc.? (En caso afirmativo mencione cuántas veces y en qué fechas).

7. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente por lesiones o afecciones consecuencia de la práctica de su actividad deportiva?

8. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica por lesiones o afecciones consecuencia de la práctica de su actividad deportiva?

9. ¿Se le han practicado estudios de laboratorio y/o gabinete (rayos X, electrocardiograma, etc.) como consecuencia de la práctica de su actividad deportiva?

10. ¿Ha tomado o está tomando anabólico proteicos?

11. ¿Está en tratamiento o rehabilitación médica por motivo de alguna afección o lesión ocasionada por la práctica de su actividad deportiva?

12. ¿Cuáles son las lesiones más frecuentemente observadas en la práctica de su deporte?

13. ¿Ha tomado alguna medida de seguridad para evitarlas?

- Padecimientos

1. ¿Ha padecido o consultado alguna vez a un médico por hemorroides?

2. ¿Ha sangrado por el recto?

3. ¿Padece o ha padecido de la columna vertebral?

4. ¿Ha presentado dolor, adormecimiento o alteraciones de la sensibilidad en las regiones glúteas o en los miembros inferiores?

5. ¿Padece o ha padecido de gastritis o úlcera gastroduodenal?

6. ¿Padece o ha padecido por hernia hiatal?

7. ¿Padece o ha padecido problemas de circulación o venas varicosas?

SIN VALOR

SEGUROS MONTERREY

8.¿Padece o ha padecido de dolor de amígdalas? ¿Con qué frecuencia?

9. ¿Ha sido operado de las amígdalas o tiene pendiente alguna operación?

_____ _____

Firma del Médico Examinador Firma del Solicitante

Examen practicado en: _____el_____ de_____ de_____

Hora:_____

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y , por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud ."

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

Seguros Monterrey NEW YORK LIFE

ENDOSO DE NO COBERTURA POR PERIODO AL DESCUBIERTO

El presente endoso se anexa a la póliza No.
Expedida a nombre de:
Con vigencia a partir de las 12:00 del día:

En ningún caso la Institución indemnizará los gastos erogados por el Asegurado o cualquiera de sus dependientes por la atención de una enfermedad o accidente amparados, ocurrido después del día y antes del día, ni las posteriores secuelas o complicaciones que pudieran derivarse a consecuencia de los mismos.

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

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

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

SEGUROS MONTERREY

ENDOSO DE EXCLUSIONES

El presente endoso se anexa a la póliza No.

Expedida a nombre de:

Con vigencia a partir de las 12:00 del día:

De acuerdo con la solicitud formulada por el Contratante y/o Asegurado, la Institución Aseguradora conviene en excluir el(los) siguientes(s) padecimientos, actividades profesionales, hospitales y/o coberturas:

En tal virtud la Prima Total y/o Suma Asegurada se especifican en la Carátula de la póliza.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

_____

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

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.

SEGUROS MONTERREY

ENDOSO DE INCLUSIÓN DE RIESGO

El presente endoso se anexa a la póliza No.

Expedida a nombre de:

Con vigencia a partir de las 12:00 del día:

De acuerdo con la solicitud formulada por el Contratante y/o Asegurado, la Institución Aseguradora conviene amparar el(los) siguiente(s) padecimientos, actividades profesionales, hospitales y/o coberturas del Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual:

En tal virtud la Prima Total se especifica en la Carátula de la póliza.

Los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin modificaciones.

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

SIN VALOR

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 11 de Febrero del 2025 con el número CNSF-S0038-0052-2025/CONDUSEF-006723-01.