

# Certificado Individual de Gastos Médicos

## Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
<b>FLIGHT CENTRE TRAVEL GROUP MEXICO S.A. DE C.V.</b> AV. CHAPULTEPEC 4TO PISO - 360  ROMA NORTE CIUDAD DE MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 6700 RFC KOM660329K18	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs	D00-3-3-00983325_0000-0-1 A
	del 01/07/2025 del 01/07/2026	<b>Fecha Expedición</b> 01/07/2025
	<b>Información General</b>	
	<b>Moneda:</b> NACIONAL <b>Línea:</b> 3 GTOS MED <b>Producto:</b> 3 GM COLECTIVO <b>Sucursal:</b> MEXICO	<b>T.C.I.:</b> 94386 <b>OT:</b> 16966551  <b>Agente:</b> 1573

### Características de la Colectividad

**PLAN:** COBERTURA POR CONVERSION A INDIVIDUAL  
**SECCION 1** Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, se excluyen dependientes económicos.

Cert	Nombre del Asegurado	Vigen. Cert.	Sexo	Fec.Nac	Fec.Ant.Nal.	Fec.Ant.Ext.
494/1	PEREZ MENDEZ, JUAN CARLOS	01/07/2025	M	31/08/1991	15/11/2019	

(1) (2)	Cobertura	Suma Asegurada	Deducible	% Coaseguro	Per. Espera
A CG	SUMA ASEGURADA	1,000.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD	5.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	NO APLICA			
A CG	COASEGURO POR ENFERMEDAD	10.00 % TOPE		25,000.	M.N.
A CG	COASEGURO POR ACCIDENTE	0 %			

**SEGUROS ATLAS, S.A.** Hace constar que el(los) asegurado(s) indicado(s) queda(n) inscrito(s) en el registro de asegurados correspondiente a la póliza arriba indicada y en consecuencia se encuentra(n) protegido(s) de acuerdo a las condiciones generales del plan indicado, límites y coberturas contratadas.

"Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a **SEGUROS ATLAS, S.A.** aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que **SEGUROS ATLAS, S.A.** ,lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a **SEGUROS ATLAS, S.A.** la información de su conocimiento y que a su vez **SEGUROS ATLAS, S.A.** proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento."

Advertencia: Se hace del conocimiento del asegurado que la decisión del Contratante de cambiar de una institución de seguros a otra en la renovación de su seguro, puede tener implicaciones económicas para usted, ya que en la nueva póliza algunos gastos médicos pueden no estar cubiertos.

Se informa al asegurado que las condiciones generales registradas en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se encuentran disponibles en [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx).

Continúa en la página: 2

# Certificado Individual de Gastos Médicos

## Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
<b>FLIGHT CENTRE TRAVEL GROUP MEXICO S.A. DE C.V.</b> <b>AV. CHAPULTEPEC 4TO PISO - 360</b>  <b>ROMA NORTE</b> <b>CIUDAD DE MEXICO</b> <b>CIUDAD DE MEXICO</b> <b>CP 6700 RFC KOM660329K18</b>	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs	D00-3-3-00983325_0000-0-1 A
	del 01/07/2025 del 01/07/2026	<b>Fecha Expedición</b> 01/07/2025
	<b>Información General</b>	
	<b>Moneda:</b> NACIONAL <b>Línea:</b> 3 GTOS MED <b>Producto:</b> 3 GM COLECTIVO <b>Sucursal:</b> MEXICO	<b>T.C.I.:</b> 94386 <b>OT:</b> 16966551  <b>Agente:</b> 1573

### Características de la Colectividad

**PLAN:** COBERTURA POR CONVERSION A INDIVIDUAL

**SECCION 1** Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, se excluyen dependientes económicos.

(1) Asegurado amparado	(2) Condiciones	T.C.I.	= Número de Trámite	OT	= Orden de Trabajo
T = Titular	CG = Generales	Fec.Nac	= Fecha de Nacimiento	Per. Espera	= Periodo de espera
D = Dependiente	CE = Especiales	Fec.Ant.Nal.	= Fecha de Antigüedad Nacional		
A = Ambos		Fec.Ant.Ext.	= Fecha de Antigüedad Extranjero		
UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual		Cert	= Certificado		
		Vigen. Cert.	= Vigencia del certificado		

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 8 de Mayo de 2017, con el número CNSF-S0023-0141-2017/CONDUSEF-001661-06.

**Seguros Atlas, S.A.**



000410S2KJ