

**Certificado de Seguro de
G.M.M. GRUPO PROPIA MEDICALIFE**



| | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|---|---|
| Nombre y Domicilio del Contratante AEROVIAS DE MEXICO, S.A. DE C.V. | | | | Póliza No. M1033218 | Certificado No. 0000000396822 |
| Nombre del asegurado Titular: AGUILAR RAMIREZ BERENICE | | | | Subgrupo 001 | |
| Sexo: FEMENINO | Estado Civil: NO APLICA | Fecha de Nacimiento: Día Mes Año 21 08 1988 | | Fecha de Ingreso a la colectividad asegurada Día Mes Año 27 11 2022 | |
| | | | | Vigencia de la póliza | |
| | | | | Desde las 12:00 hrs. | |
| | | | | Hasta las 12:00 hrs. | |
| | | Día Mes Año | | Día Mes Año | |
| | | 01 01 2026 | | 01 01 2027 | |

RELACION DE ASEGURADOS

| Nombre(s), apellido paterno y apellido materno | Sexo | Parentesco | Fecha de Nacimiento | Fecha de Antigüedad al Seguro |
|--|------|------------|---------------------|-------------------------------|
| AGUILAR RAMIREZ BERENICE | FEM. | TIT. | 21 08 1988 | 27 11 2022 |

**Características del Seguro Contratado
Características del plan**

| | |
|--|--|
| TIPO DE PLAN CONTRATADO | EJECUTIVO |
| SUMA ASEGURADA | 300 SMGM O EQUIVALENTE EN UMAM |
| DEDUCIBLE | 1.00 S.M.G.M. |
| COASEGURO | 10% CON TOPE DE \$ 30,000.00 MN |
| HONORARIOS QUIRURGICOS | P.D. GUA AEROMEXICO / REE BASE 32 SMGM |
| TRE01 | |
| EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO ZONA " C " | AMPARADA |
| ASISTENCIA INTEGRAL | AMPARADA |

Endosos que se anexan y forman parte de esta póliza.

| | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| EXCLUSION DE HOSPITALES | DESINDEXACION AL SMGM |
| GARANTIA METLIFE MEXICO | DESINDEXACION AL SMGM |
| ENDOSO GENÉRICO DE MODIFICACIÓN A L | CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO 1 |
| ENDOSO GENÉRICO DE MODIFICACIÓN A L | CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO 2 |

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 encuentra en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta.

Lugar y Fecha de expedición: **MEXICO, D.F. A 24 DE DICIEMBRE DE 2025.**

MetLife México, S.A.

Firma del Contratante

