

**Póliza de Seguro Gastos Médicos**

**Línea Azul**

**Póliza No.**

**315476275**

**Versión 7**

**Renovación 7**

**Contratante**

**MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN CASTILLO**

CALLE WILLIAM SHEAKESPEARE 91 ANZURES  
MIGUEL HIDALGO, DISTRITO FEDERAL, C.P 11590  
R.F.C. :SACM680303F46  
CORREO ELECTRÓNICO:  
TELÉFONO:

**Código Cliente** 22001229

**Vigencia de la Póliza**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima de la Póliza**

Prima Neta	169,526.57
Recargo por Pago	
Fraccionado	13,872.14
Derecho de Póliza	3,875.00
I.V.A. 16%	29,963.79

**Importe Total a**

**Pagar 217,237.50**

Fecha de Expedición	Día	Mes	Año
	06	02	2026

Conducto de pago	Banco
Forma de pago	Mensual
Moneda	Nacional

**Asegurado (s)**

Ver listado de Asegurados

**Descripción del Movimiento**

CARTERA  
Renovación cartera

**Plan VERSATIL EXCELSIS**

Coberturas y Servicios	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Cláusula Familiar	Amparada		
Membresía Médica Móvil	Amparada		
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Total Coberturas 169,526.57**

Consulte las coberturas amparadas para cada asegurado en el certificado de cobertura correspondiente

(1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

El círculo médico y nivel hospitalario pueden ser consultados por el asegurado en la dirección electrónica gnp.com.mx en la sección de asistencia y contacto.

**Agente CELESTE BELTRAN LEON**

**Clave 0011816001**

dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea**

**GNP al 55 5227-9000 o visite gnp.com.mx**



**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****Versión****7****Observaciones**

Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (denominada en adelante GNP o Compañía) cubre al Asegurado arriba citado y lo protege de acuerdo con las condiciones de este 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.

“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”.

Este documento no acredita el pago de la Póliza, por lo que es indispensable solicite el comprobante correspondiente.

**Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

*“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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.”*

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx), puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

*“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 17 de Junio de 2025 , con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07.”*

**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****Versión****7****Asegurado (s)**

<b>Código Cliente</b>	<b>Nombre</b>	<b>Fecha Antigüedad Nacional</b>
22001229	MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN CASTILLO	21/02/2019
65076365	ISABELLA SANROMAN ALARCON	21/02/2019
65076376	LUCIA SANROMAN ALARCON	21/02/2019
65076480	MANUEL GERARDO SANROMAN ALARCON	21/02/2019
65076705	MONICA IVONNE ALARCON LUA	21/02/2019

**Póliza de Seguro Gastos Médicos**

**Línea Azul**

**Póliza No.**

**315476275**

**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Versión**

**7**

**Asegurado 1 (Titular)**

MANUEL FRANCISCO GERARDO SANROMAN  
CASTILLO

**Código Cliente** 22001229

**Antigüedad** Día Mes Año

Cobertura Nacional 21 02 2019

Día Mes Año

Fecha de Nacimiento 03 03 1968

Sexo: Masculino

**Prima del Asegurado**

Prima Neta 74,795.44

Recargo por Pago

Fraccionado 6,045.64

Derecho de Póliza 775.00

I.V.A. 16% 13,058.59

**Importe Total a**

**Pagar 94,674.67**

**Coberturas y Servicios**

	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
<b>Básicas</b>			
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Membresía de Médica Móvil	Amparada*	500.00 por servicio	
<b>Opcionales</b>			
Cláusula Familiar	Amparada		
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Vigencia de la versión**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima del Movimiento**

Prima Neta 74,795.44

Recargo por Pago

Fraccionado 6,045.64

Derecho de Póliza 775.00

I.V.A. 16% 13,058.59

**Importe Total a**

**Pagar 94,674.67**

\*Ver detalle de servicios con costo y sin costo en Condiciones Generales  
dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

(1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

<b>Póliza de Seguro Gastos Médicos</b>	<b>Línea Azul</b>	<b>Póliza No.</b>	<b>315476275</b>
<b>CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO</b>		<b>Versión</b>	<b>7</b>

**Condiciones Especiales**

**- Cobertura de Cirugía Bariátrica**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Cobertura de Cirugía Fetal**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Tope de coaseguro**

<b>Nivel Hospitalario</b>			
100	200	300 (3)	400
\$139,000 pesos	\$105,000 pesos	\$69,000 pesos	\$35,000 pesos

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

**Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis y dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).**

- **Monto para prótesis**  
\$315,000 pesos
- **Monto para dispositivo médico o aparato ortopédico**  
\$787,000 pesos

Estos montos aplicarán por cada aparato ortopédico, prótesis o dispositivo médico que el asegurado requiera.

**- Monto para Productos de Terapia génica**

- **Nacional**                      **Monto**  
\$ 3,500,000.00 pesos

**- Auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados**

- **Nacional**                      **Monto máximo a pagar**  
\$ 202,000 pesos

**- Reducción de Deducible por Accidente**

<b>Nivel Hospitalario</b>				
<b>Opciones</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>400</b>
1	\$16,000 pesos	\$4,000 pesos	Sin Pago de Deducible	
2	\$26,000 pesos	\$12,000 pesos		
3	\$29,000 pesos	\$14,000 pesos		
4	\$36,000 pesos	\$15,000 pesos		
5	\$43,000 pesos	\$21,000 pesos		

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**

**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO****Versión****7**

**El alcance para cada una de las Coberturas descritas en este Certificado de Cobertura por Asegurado se establecen en las Condiciones generales de este Contrato.**

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

*“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 17 de Junio de 2025, con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07.”*

**Póliza de Seguro Gastos Médicos** **Línea Azul**  
**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Póliza No. 315476275**  
**Versión 7**

**Asegurado 2**

ISABELLA SANROMAN ALARCON **Código Cliente** 65076365

Antigüedad	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Cobertura Nacional	21	02	2019	Fecha de Nacimiento	29	01	2005
				Sexo:	Femenino		

**Prima del Asegurado**

Prima Neta	16,230.70
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,360.46
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	2,938.56

**Importe Total a Pagar 21,304.72**

**Coberturas y Servicios**

	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
<b>Básicas</b>			
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Membresía de Médica Móvil	Amparada*	500.00 por servicio	
<b>Opcionales</b>			
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Vigencia de la versión**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima del Movimiento**

Prima Neta	16,230.70
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,360.46
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	2,938.56

**Importe Total a Pagar 21,304.72**

\*Ver detalle de servicios con costo y sin costo en Condiciones Generales  
 dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

- (1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.  
 (3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO****Versión****7****Condiciones Especiales****- Cobertura de Cirugía Bariátrica**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:

\$ 601,000.00 pesos

**- Cobertura de Cirugía Fetal**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:

\$ 601,000.00 pesos

**- Tope de coaseguro**

<b>Nivel Hospitalario</b>			
100	200	300 (3)	400
\$139,000 pesos	\$105,000 pesos	\$69,000 pesos	\$35,000 pesos

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

**Ayuda para maternidad:**

Suma Asegurada de Parto Normal o Cesárea:

- \$11,500, de 10 a 12 meses de antigüedad en la póliza
- \$11,500, de 13 a 36 meses de antigüedad en la póliza
- \$22,500, de 37 a 48 meses de antigüedad en la póliza
- \$33,500, de 49 a 60 meses de antigüedad en la póliza
- \$41,000, de 61 meses en adelante

**Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis y dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).**

- **Monto para prótesis**  
\$315,000 pesos
- **Monto para dispositivo médico o aparato ortopédico**  
\$787,000 pesos

**Estos montos aplicarán por cada aparato ortopédico, prótesis o dispositivo médico que el asegurado requiera.****- Monto para Productos de Terapia génica**

- **Nacional**                      **Monto**  
\$ 3,500,000.00 pesos

**- Auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados**

- **Nacional**                      **Monto máximo a pagar**  
\$ 202,000 pesos

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**

**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO****Versión****7****- Reducción de Deducible por Accidente**

<b>Nivel Hospitalario</b>				
<b>Opciones</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>400</b>
1	\$16,000 pesos	\$4,000 pesos	Sin Pago de Deducible	
2	\$26,000 pesos	\$12,000 pesos		
3	\$29,000 pesos	\$14,000 pesos		
4	\$36,000 pesos	\$15,000 pesos		
5	\$43,000 pesos	\$21,000 pesos		

**El alcance para cada una de las Coberturas descritas en este Certificado de Cobertura por Asegurado se establecen en las Condiciones generales de este Contrato.**

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

*"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 17 de Junio de 2025, con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07."*

**Póliza de Seguro Gastos Médicos** **Línea Azul**  
**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Póliza No. 315476275**  
**Versión 7**

**Asegurado 3**

LUCIA SANROMAN ALARCON **Código Cliente** 65076376

Antigüedad	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Cobertura Nacional	21	02	2019	Fecha de Nacimiento	23	09	2003
				Sexo:	Femenino		

**Prima del Asegurado**

Prima Neta	16,753.46
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,402.28
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	3,028.91

**Importe Total a Pagar 21,959.65**

**Coberturas y Servicios**

	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
<b>Básicas</b>			
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Membresía de Médica Móvil	Amparada*	500.00 por servicio	
<b>Opcionales</b>			
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Vigencia de la versión**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima del Movimiento**

Prima Neta	16,753.46
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,402.28
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	3,028.91

**Importe Total a Pagar 21,959.65**

\*Ver detalle de servicios con costo y sin costo en Condiciones Generales  
 dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

- (1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.  
 (3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**Póliza de Seguro Gastos Médicos**

**Línea Azul**

**Póliza No.**

**315476275**

**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Versión**

**7**

**Condiciones Especiales**

**- Cobertura de Cirugía Bariátrica**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Cobertura de Cirugía Fetal**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Tope de coaseguro**

<b>Nivel Hospitalario</b>			
100	200	300 (3)	400
\$139,000 pesos	\$105,000 pesos	\$69,000 pesos	\$35,000 pesos

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

**Ayuda para maternidad:**

Suma Asegurada de Parto Normal o Cesárea:

- \$11,500, de 10 a 12 meses de antigüedad en la póliza
- \$11,500, de 13 a 36 meses de antigüedad en la póliza
- \$22,500, de 37 a 48 meses de antigüedad en la póliza
- \$33,500, de 49 a 60 meses de antigüedad en la póliza
- \$41,000, de 61 meses en adelante

**Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis y dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).**

- **Monto para prótesis**  
\$315,000 pesos
- **Monto para dispositivo médico o aparato ortopédico**  
\$787,000 pesos

**Estos montos aplicarán por cada aparato ortopédico, prótesis o dispositivo médico que el asegurado requiera.**

**- Monto para Productos de Terapia génica**

- **Nacional**                      **Monto**  
\$ 3,500,000.00 pesos

**- Auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados**

- **Nacional**                      **Monto máximo a pagar**  
\$ 202,000 pesos

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite gnp.com.mx**

<b>Póliza de Seguro Gastos Médicos</b>	<b>Línea Azul</b>	<b>Póliza No.</b>	<b>315476275</b>
<b>CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO</b>		<b>Versión</b>	<b>7</b>

**– Reducción de Deducible por Accidente**

<b>Nivel Hospitalario</b>				
<b>Opciones</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>300</b>	<b>400</b>
1	\$16,000 pesos	\$4,000 pesos	Sin Pago de Deducible	
2	\$26,000 pesos	\$12,000 pesos		
3	\$29,000 pesos	\$14,000 pesos		
4	\$36,000 pesos	\$15,000 pesos		
5	\$43,000 pesos	\$21,000 pesos		

**El alcance para cada una de las Coberturas descritas en este Certificado de Cobertura por Asegurado se establecen en las Condiciones generales de este Contrato.**

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

*“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 17 de Junio de 2025, con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07.”*

**Póliza de Seguro Gastos Médicos** **Línea Azul**  
**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Póliza No. 315476275**  
**Versión 7**

**Asegurado 4**

MANUEL GERARDO SANROMAN ALARCON **Código Cliente** 65076480

<b>Antigüedad</b>	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Cobertura Nacional	21	02	2019	Fecha de Nacimiento	01	03	1999
				Sexo:	Masculino		

**Prima del Asegurado**

Prima Neta	16,531.49
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,384.52
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	2,990.61

**Importe Total a Pagar 21,681.62**

**Coberturas y Servicios**

	<b>Suma Asegurada</b>	<b>Deducible</b>	<b>Coaseguro</b>
<b>Básicas</b>			
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Membresía de Médica Móvil	Amparada*	500.00 por servicio	
<b>Opcionales</b>			
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Vigencia de la versión**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima del Movimiento**

Prima Neta	16,531.49
Recargo por Pago	
Fraccionado	1,384.52
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	2,990.61

**Importe Total a Pagar 21,681.62**

\*Ver detalle de servicios con costo y sin costo en Condiciones Generales  
dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

- (1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.  
(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**Condiciones Especiales**

**- Cobertura de Cirugía Bariátrica**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Cobertura de Cirugía Fetal**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Tope de coaseguro**

Nivel Hospitalario			
100	200	300 (3)	400
\$139,000 pesos	\$105,000 pesos	\$69,000 pesos	\$35,000 pesos

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

**Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis y dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).**

- **Monto para prótesis**  
\$315,000 pesos
- **Monto para dispositivo médico o aparato ortopédico**  
\$787,000 pesos

Estos montos aplicarán por cada aparato ortopédico, prótesis o dispositivo médico que el asegurado requiera.

**- Monto para Productos de Terapia génica**

- **Nacional**                      **Monto**  
\$ 3,500,000.00 pesos

**- Auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados**

- **Nacional**                      **Monto máximo a pagar**  
\$ 202,000 pesos

**- Reducción de Deducible por Accidente**

Nivel Hospitalario				
Opciones	100	200	300	400
1	\$16,000 pesos	\$4,000 pesos	Sin Pago de Deducible	
2	\$26,000 pesos	\$12,000 pesos		
3	\$29,000 pesos	\$14,000 pesos		
4	\$36,000 pesos	\$15,000 pesos		
5	\$43,000 pesos	\$21,000 pesos		

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx)**

**Póliza de Seguro Gastos Médicos**

**Línea Azul**

**Póliza No.**

**315476275**

**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Versión**

**7**

**El alcance para cada una de las Coberturas descritas en este Certificado de Cobertura por Asegurado se establecen en las Condiciones generales de este Contrato.**

**Padecimientos y/o enfermedades amparados**

Esta póliza cubre los gastos en que incurra el asegurado con motivo de la/las siguiente(s) enfermedad(es), cualquiera que sea su causa y origen, incluyendo secuelas y complicaciones, mismas que quedarán a criterio del médico de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., de acuerdo a las siguientes condiciones:

<b>FRACTURA DEL RADIO</b>	
Periodo de espera :	6 mes(es)
Fecha respecto a:	Asegurado
Periodo a partir:	F. ANTIGÜEDAD

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet gnp.com.mx o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: unidad.especializada@gnp.com.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx.

*“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 17 de Junio de 2025, con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07.”*

**Póliza de Seguro Gastos Médicos** **Línea Azul**  
**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Póliza No. 315476275**  
**Versión 7**

**Asegurado 5**

MONICA IVONNE ALARCON LUA **Código Cliente** 65076705

<b>Antigüedad</b>	Día	Mes	Año		Día	Mes	Año
Cobertura Nacional	21	02	2019	Fecha de Nacimiento	07	12	1972
				Sexo:	Femenino		

**Prima del Asegurado**

Prima Neta	45,215.48
Recargo por Pago	
Fraccionado	3,679.24
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	7,947.12

**Importe Total a Pagar 57,616.84**

**Coberturas y Servicios**

	<b>Suma Asegurada</b>	<b>Deducible</b>	<b>Coaseguro</b>
<b>Básicas</b>			
Básica	39,353,000.00 (1)		
- Atención Hospitales 100		35,000.00 pesos (2)	20%
- Atención Hospitales 200		23,000.00 pesos (2)	15%
- Atención Hospitales 300 (3)		19,000.00 pesos (2)	10%
- Atención Hospitales 400		12,000.00 pesos (2)	5%
Asistencia en Viajes	Amparada		
Membresía de Médica Móvil	Amparada*	500.00 por servicio	
<b>Opcionales</b>			
Reducción de Deducible por Accidente	Amparada		

**Vigencia de la versión**

	Día	Mes	Año
Desde las 12 hrs. del	21	02	2026
Hasta las 12 hrs. del	21	02	2027
Duración	365 días		

**Prima del Movimiento**

Prima Neta	45,215.48
Recargo por Pago	
Fraccionado	3,679.24
Derecho de Póliza	775.00
I.V.A. 16%	7,947.12

**Importe Total a Pagar 57,616.84**

\*Ver detalle de servicios con costo y sin costo en Condiciones Generales  
 dls= Dólares Norteamericanos SMGM= Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México

- (1) Por año póliza por Asegurado. (2) Por año padecimiento.  
 (3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

Este documento forma parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, las cuales se acompañan a la presente, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos. Se sugiere al Asegurado consultar las Coberturas, Exclusiones, Limitantes y Restricciones en las Condiciones Generales del Contrato de Seguro. Adicionalmente, las Condiciones Generales también se encuentran en la página gnp.com.mx, puede solicitarlas nuevamente a su Agente de Seguros, llamando al 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o mediante el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

**Póliza de Seguro Gastos Médicos**

**Línea Azul**

**Póliza No.**

**315476275**

**CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO**

**Versión**

**7**

**Condiciones Especiales**

**- Cobertura de Cirugía Bariátrica**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Cobertura de Cirugía Fetal**

El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura será de:  
 \$ 601,000.00 pesos

**- Tope de coaseguro**

Nivel Hospitalario			
100	200	300 (3)	400
\$139,000 pesos	\$105,000 pesos	\$69,000 pesos	\$35,000 pesos

(3) En caso de que no hubiese un gasto dentro del hospital el deducible y coaseguro que se aplicarán serán los del nivel 300.

**Compra o renta de aparatos ortopédicos, prótesis y dispositivos médicos que se requieran a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza (excepto lo expresamente excluido).**

- **Monto para prótesis**  
\$315,000 pesos
- **Monto para dispositivo médico o aparato ortopédico**  
\$787,000 pesos

Estos montos aplicarán por cada aparato ortopédico, prótesis o dispositivo médico que el asegurado requiera.

**- Monto para Productos de Terapia génica**

- **Nacional**                      **Monto**  
\$ 3,500,000.00 pesos

**- Auxiliares mecánicos electrónicos y/o computarizados**

- **Nacional**                      **Monto máximo a pagar**  
\$ 202,000 pesos

**- Reducción de Deducible por Accidente**

Nivel Hospitalario				
Opciones	100	200	300	400
1	\$16,000 pesos	\$4,000 pesos	Sin Pago de Deducible	
2	\$26,000 pesos	\$12,000 pesos		
3	\$29,000 pesos	\$14,000 pesos		
4	\$36,000 pesos	\$15,000 pesos		
5	\$43,000 pesos	\$21,000 pesos		

**En caso de requerir mayor información, contáctenos a nuestra línea única de atención a clientes, Línea GNP al 55 5227-9000 o visite gnp.com.mx**

**Póliza de Seguro Gastos Médicos****Línea Azul****Póliza No.****315476275****CERTIFICADO DE COBERTURA POR ASEGURADO****Versión****7**

**El alcance para cada una de las Coberturas descritas en este Certificado de Cobertura por Asegurado se establecen en las Condiciones generales de este Contrato.**

Los Certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las Condiciones Generales de su Póliza serán entregados por GNP al Contratante, quién a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral, disponible en la página de internet [gnp.com.mx](http://gnp.com.mx) o bien, llamando al 55 5227-9000.

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., ubicada en Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04200, por los siguientes medios: Llamando al teléfono 55 5227 9000 para la Ciudad de México e Interior de la República o Enviando correo electrónico a la dirección: [unidad.especializada@gnp.com.mx](mailto:unidad.especializada@gnp.com.mx); o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, al teléfono 55 5340 0999 para la Ciudad de México e Interior de la República, al correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx).

*“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 17 de Junio de 2025, con el número CNSF-S0043-0196-2025/CONDUSEF-005178-07.”*