

Certificado Individual de Gastos Médicos

Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA DR. VELASCO 175 DOCTORES MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 6720 RFC FGR1812158Z1	Desde las 00:01 hrs. Hasta las 24:00 hrs	E01-3-3-00720971_0000-0-1 A
	del 01/01/2026 del 31/12/2026	Fecha Expedición 09/01/2026
	Información General	
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LICITACIONES	T.C.I.: 13 OT: Agente: 18572

Características de la Colectividad

PLAN: ATLAS MED PLUS COLECTIVO EMPRESARIAL
SECCION 4 SERVIDORES PÚBLICOS AL SERVICIO DEL CONTRATANTE(NIVEL 185), CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS

Cert	Nombre del Asegurado	Vigen. Cert.	Sexo	Fec.Nac	Fec.Ant.Nal.	Parent	Edad
7637/1	REYES MARTINEZ MARCO ANTONIO	01/01/2026	M	15/08/1992	01/03/2017	TITULAR	33
7637/2	REYES GARCIA BRAULIO FERNANDO	01/01/2026	M	24/12/2016	01/03/2017	HIJO(A)	9
7637/3	REYES GARCIA REGINA MIRANDA	01/01/2026	F	09/10/2020	30/01/2025	HIJO(A)	5

(1) (2)	Cobertura	Suma Asegurada	Deducible	% Coaseguro	Per. Espera
A CG	SUMA ASEGURADA	185.00	UMAM		
Deducible y Coaseguro: de acuerdo con el Hospital y con base a Condiciones Especiales.					
En caso de que exista un padecimiento que requiera reconocimiento de antigüedad, se solicitará sea entregada la constancia que acredite dicha antigüedad.					
A CE	CIRUGÍA PROGRAMADA		Amparada		
A CE	SIDA		Amparada		
A CE	PLAN VITALICIO		Amparada		
A CG	ANTIGÜEDAD		Amparada		
A CE	DAÑO PSIQUIÁTRICO		Amparada		
A CG	MED ASISTENCIA		Excluida		
A CG	ENF. CATASTRÓFICAS EXT.		Excluida		
A CG	COBERTURA EN EXTRANJERO		Excluida		
D CG	CONTINUACION FAMILIAR		Excluida		
A CE	PREEXISTENCIA		Amparada		
A CE	CLAUSULA EMERGENCIA EXT.		Amparada		
A CE	PARTO NORMAL		Amparada		
A CG	VISIÓN. PLAN PLAN BASICO		Excluida		
A CG	DENTAL. PLAN PLAN PREMIER		Excluida		
A CE	CESÁREA		Amparada		
A CE	CIRCUNCISION		Amparada		
A CG	GASTOS DEL DONANTE		Excluida		
T CG	GTOS FUNERARIOS TITULAR		Excluida		
D CG	GTOS FUNERARIOS DEPS.		Excluida		
A CE	HALLUX VALGUS		Amparada		
A CE	CORREGIR DEFECTOS REFRACCIÓN		Amparada		
A CE	CIR. NARIZ / SENOS PARANASALES		Amparada		
A CE	ACCIDENTES		Amparada		

Continúa en la página: 2

Certificado Individual de Gastos Médicos

Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
FISCALIA GENERAL DE LA REPUBLICA DR. VELASCO 175 DOCTORES MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 6720 RFC FGR1812158Z1	Desde las 00:01 hrs. Hasta las 24:00 hrs	E01-3-3-00720971_0000-0-1 A
	del 01/01/2026 del 31/12/2026	Fecha Expedición 09/01/2026
	Información General	
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LICITACIONES	T.C.I.: 13 OT: Agente: 18572

Características de la Colectividad

PLAN: ATLAS MED PLUS COLECTIVO EMPRESARIAL
SECCION 4 SERVIDORES PÚBLICOS AL SERVICIO DEL CONTRATANTE(NIVEL 185), CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS

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.

(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		Parent.	= Parentesco		
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.



0004HZT2H7