

Certificado Individual de Gastos Médicos

Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
SABRE SOCIEDAD TECNOLOGICA S. DE R.L. DE C.V. AV. EJERCITO NACIONAL 843-B - 5TO PISO N° FTO 5071 GRANADA MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 11520 RFC STE931026TD1	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs	D00-3-3-00982974_0004-0-1 B
	del 30/05/2025 del 30/04/2026	Fecha Expedición
		30/05/2025
	Información General	
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: MEXICO	
	T.C.I.: 72818 OT: 564710 Agente: 9645	

Características de la Colectividad	
PLAN:	ATLAS MED PLUS COLECTIVO EMPRESARIAL
SECCION 1	Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, su cónyuge e hijos solteros menores de 25 años.

Cert	Nombre del Asegurado	Vigen. Cert.	Sexo	Fec.Nac	Fec.Ant.Nal.	Fec.Ant.Ext.
212347/1	RAMIRO PEREZ, MIGUEL ANGEL	30/04/2025	M	07/04/1976	11/10/1999	
212347/2	RAMIRO PEREZ, REGINA	30/04/2025	F	20/05/2022	20/05/2022	
212347/3	RAMIRO VIVAR, ALEJANDRA	30/04/2025	F	12/10/2006	19/10/2006	
212347/4	PEREZ PONCE DE LEON, MARIANA	30/05/2025	F	22/09/1981	01/08/2005	

(1) (2)	Cobertura	Suma Asegurada	Deducible	% Coaseguro	Per. Espera
A CG	SUMA ASEGURADA	55,000.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD	2.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	NO APLICA			
A CG	COASEGURO POR ENFERMEDAD	10.00 % TOPE	30,000.	M.N.	
A CG	COASEGURO POR ACCIDENTE	0 %			
A CE	CIRUGÍA PROGRAMADA	Amparada			
A CE	SIDA	Amparada			
A CE	PLAN VITALICIO	Amparada			
A CE	ANTIGÜEDAD	Amparada			
A CE	DAÑO PSIQUIÁTRICO	Amparada			
A CG	MED ASISTENCIA	Amparada			
A CG	ENF. CATASTRÓFICAS EXT.	1,000,000.00 DLLS	2.00 UMAM	10.00%	90 DIAS
A CE	PREEXISTENCIA	Amparada			
A CE	CLAUSULA EMERGENCIA EXT.	Amparada			
A CE	PARTO NORMAL	Amparada			
A CG	VISIÓN. PLAN CLARIDAD	Amparada			
A CG	DENTAL. PLAN PLAN EXPANSION	Amparada			
A CE	CESÁREA	Amparada			
A CE	CIRCUNCISION	Amparada			
A CE	GASTOS DEL DONANTE	Amparada			
T CG	GTOS FUNERARIOS TITULAR	50,000.00 M.N.	0.00 UMAM	0.00%	
A CE	HALLUX VALGUS	Amparada			
A CE	CORREGIR DEFECTOS REFRACCIÓN	Amparada			
A CE	CIR. NARIZ / SENOS PARANASALES	Amparada			
A CE	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	Amparada			
A CE	CIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLIOSIS	Amparada			
A CG	AYUDA DE RECIEN NACIDO	Amparada			
A CE	MUERTE EN QUIROFANO	Amparada			

Continúa en la página: 2

Certificado Individual de Gastos Médicos

Gastos Médicos Mayores Colectivo

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
SABRE SOCIEDAD TECNOLOGICA S. DE R.L. DE C.V. AV. EJERCITO NACIONAL 843-B - 5TO PISO N° FTO 5071 GRANADA MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 11520 RFC STE931026TD1	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs	D00-3-3-00982974_0004-0-1 B
	del 30/05/2025 del 30/04/2026	Fecha Expedición
		30/05/2025
	Información General	
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: MEXICO	T.C.I.: 72818 OT: 564710 Agente: 9645

Características de la Colectividad

PLAN: ATLAS MED PLUS COLECTIVO EMPRESARIAL

SECCION 1 Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, su cónyuge e hijos solteros 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		Fec.Ant.Ext.	= Fecha de Antigüedad Extranjero		
UMAM = Unidad de Medida y Actualización		Cert	= Certificado		
Mensual		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.



0004115803