

CERTIFICADO EN LA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO						
Nombre del Contratante VELAZQUEZ RAMIREZ YADIRA ABIGAIL		Póliza No. 0108413-0000395 Certificado 58981 Vigencia del Seguro Desde 31-DIC-24 Hasta 31-DIC-25				
Forma de pago	Prima neta	Financiamiento por pago fraccionado	Gastos de expedición		IVA	Prima Total
MENSUAL	\$ 13,165.71	\$ 0.00	\$ 0.00		\$ 2,106.51	\$ 15,272.22
Nombre del Asegurado Titular VELAZQUEZ RAMIREZ YADIRA ABIGAIL		Suma Asegurada 592 UMA M	Fecha de Nacimiento 06-OCT-79	Sexo FEM.	Fecha de Alta 31-DIC-24	Fecha de Antigüedad 01-JUL-06
Asegurado Dependiente						
Nombre y Apellidos Completos		Parentesco	Suma Asegurada	Fecha de Nacimiento	Sexo	Fecha de Alta Fecha de Antigüedad
MARTINEZ VELAZQUEZ DIEGO DAVID		HIJO (A)	592 UMAM	18-OCT-06	MASC.	31-DIC-24 01-DIC-15
ARANA OSORIO EDUARDO		CONYUGE	592 UMAM	25-ABR-67	MASC.	31-DIC-24 23-MAR-18
Condiciones y Coberturas						
CA - Coberturas Adicionales						
Tipo de Plan Personal Operativo Deducible* 2.50 UMA M Coaseguro Porcentaje de acuerdo a restricción de Hospitales Base de Catálogo 39 UMA M * El deducible en las pólizas de Ascendientes será de 4.5 UMAM						
SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE., 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 encuentran en vigor al momento de ocurrir la eventualidad cubierta. El asegurado conoce los alcances de las condiciones generales y especiales de este seguro.						
Importante: Por descuento de nómina: autorizo sea retenida de mis percepciones quincenales la prima correspondiente a los conceptos anteriores y que dicho importe sea entregado a SEGUROS BANORTE S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE. Será responsabilidad del servidor público el verificar que la Dependencia le aplique los descuentos por concepto de la inclusión de sus hijos mayores de 25 años, ascendientes y su potenciación, en caso de que la Dependencia no le esté realizando el descuento deberá notificarlo de inmediato por escrito a su área que administra la póliza de su Dependencia. Fecha de emisión: 21-ENE-2025						


SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V.
GRUPO FINANCIERO BANORTE.
Hidalgo No. 250 Pte. Col. Centro C.P. 64000
Monterrey, Nuevo León R.F.C. SBG971124PL2
www.segurosbanorte.com.mx