Certificado de Seguro de
G.M.M. MENSUAL MEDICALIFE

MetLife

Nombre y Domicilio del Contratante	Póliza No.	Certificado No.
ARYADEBA, S.A. DE C.V.	**M2600078**	**0000008312839**

Nombre del asegurado Titular:	Subgrupo
GONZALEZ GONZALEZ NANCY	083

Sexo:	Estado Civil:	Fecha de Nacimiento:			Fecha de Ingreso a la colectividad asegurada			Vigencia de la póliza Desde las 12:00 hrs.			Hasta las 12:00 hrs.		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
FEMENINO	NO APLICA	16	05	1989	03	07	2017	01	01	2025	01	01	2026

RELACION DE ASEGURADOS

Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s)	Sexo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Antiguedad al Seguro
GONZALEZ GONZALEZ NANCY	FEM.	TIT.	16 05 1989	03 07 2017
ROMERO GONZALEZ JIMENA ALYN	FEM.	HIJO	28 02 2012	07 05 2024

Características del Seguro Contratado
Características del plan

TIPO DE PLAN CONTRATADO	EJECUTIVO
SUMA ASEGURADA	$ 1,500,000.00
DEDUCIBLE	6% DEL SALARIO BASE MINIMO $ 4,000.00 Y MAXIMO $ 9,000.00
COASEGURO	10% DEL GASTO EROGADO MAXIMO $ 12,000.00
HONORARIOS QUIRURGICOS	G.U.A. TELEVISA
TRE01	
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO ZONA " C "	AMPARADA
CLAUSULA DE PREEXISTENCIA	AMPARADA
ASISTENCIA INTEGRAL	AMPARADA

Endosos que se anexan y forman parte de esta póliza.

EXCLUSIÓN DE HOSPITALES	DESINDEXACION AL SMGM
GARANTIA METLIFE MEXICO	DESINDEXACION AL SMGM
ENDOSO GENñRICO DE MODIFICACIÓN A L	CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO 1
ENDOSO GENñRICO DE MODIFICACIÓN A L	CLÁUSULA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO 2

MetLife México, S.A. de C.V. 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 01 DE DICIEMBRE DE 2025.**

MetLife México, S.A. de C.V.

Firma del Contratante

Scanned with CamScanner