

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 del 01/01/2025 del 31/12/2025	E01-3-3-000720961_0000-0-1 A Fecha Expedición 01/01/2025
Información General		
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LICITACIONES	T.C.I.: 8109 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
13714/1	ROCHA GARCIA, JUAN CARLOS	01/01/2025	M	09/01/1991	01/06/2024	TITULAR	33

(1) (2)	Cobertura	Suma Asegurada	Deductible	% Coaseguro	Per. Espera
A CG SUMA ASEGURADA		185.00 UMAM			

Deductible 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

Continua 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	Desde las 00:01 hrs. Hasta las 24:00 hrs	E01-3-3-000720961_0000-0-1 A
DR. VELASCO 175	del 01/01/2025 del 31/12/2025	Fecha Expedición 01/01/2025
Información General		
DOCTORES MEXICO CIUDAD DE MEXICO CP 6720 RFC FGR1812158Z1	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LICITACIONES	T.C.I.: 8109 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.

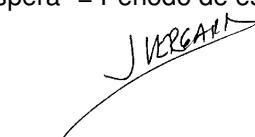
Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros 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	= Período de espera
D = Dependiente	CE = Especiales	Fec.Ant.Nal.	= Fecha de Antigüedad Nacional		
A = Ambos		Parent.	= Parentesco		
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.