

# Certificado Individual de Gastos Médicos

## Gastos Médicos Mayores Colectivo

Página: 1

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.  BOULEVARD SAN JUAN BOSCO 5003  RANCHO SECO LEON, GTO. GUANAJUATO CP 37669 RFC HSE701218532	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs  del 15/04/2025 del 15/04/2026	L00-3-3-00779294_0000-0-1 A  Fecha Expedición 15/04/2025
<b>Información General</b>		
	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LEON	T.C.I.: 5863 OT: L00586325  Agente: 13378

### Características de la Colectividad

**PLAN:** ATLAS MED OPTIMO COLECTIVO EMPRESARIAL

**SECCION 2** Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, que radica en la Ciudad de México, su cónyuge e hijos solteros menores de 25 años.

Cert	Nombre del Asegurado	Vigen. Cert.	Sexo	Fec.Nac	Fec.Ant.Nal.	Fec.Ant.Ext.
5506/1	DIAZ HERNANDEZ, EDGAR ALFONSO	15/04/2025	M	21/06/1993	19/11/2024	

(1) (2)	Cobertura	Suma Asegurada	Deductible	% Coaseguro	Per. Espera
A CG	SUMA ASEGUARADA	1,000.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD	4.00 UMAM			
A CG	DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	NO APLICA			
A CG	COASEGURO POR ENFERMEDAD	15.00 % TOPE	30,000	M.N.	
A CG	COASEGURO POR ACCIDENTE	0 %			
A CG	CIRUGÍA PROGRAMADA	Amparada			0 AÑOS
A CG	SIDA	100,000.00 DLLS			0 AÑOS
A CE	PLAN VITALICIO	Amparada			
A CG	ANTIGÜEDAD	Amparada			
A CE	DAÑO PSIQUETRICO	Excluida			
A CG	MED ASISTENCIA	Excluida			
A CG	ENF. CATASTRÓFICAS EXT.	Excluida	0.00	0.00%	90 DIAS
A CG	COBERTURA EN EXTRANJERO	Excluida	0.00	0.00%	0 AÑOS
D CG	CONTINUACION FAMILIAR	Excluida	0.00	0.00%	
A CE	PREEXISTENCIA	Amparada			
A CE	CLAUSULA EMERGENCIA EXT.	Amparada			
A CE	PARTO NORMAL	Amparada			
A CG	REGIONALIZACIÓN	Excluida	0.00	0.00%	
A CG	VISION. PLAN PLAN BASICO	Excluida			
A CG	DENTAL. PLAN PLAN COMBINADO	Amparada			
A CE	CESÁREA	Amparada			
A CG	CIRCUNCISION	5.00 UMAM	0.00 UMAM	0.00%	0 AÑOS
A CG	GASTOS DEL DONANTE	Excluida	0.00 UMAM	0.00%	0 AÑOS
T CG	GTOS FUNERARIOS TITULAR	Excluida	0.00 UMAM	0.00%	
D CG	GTOS FUNERARIOS DEPS.	Excluida	0.00 UMAM	0.00%	
A CG	HALLUX VALGUS	Amparada	4.00 UMAM	50.00%	3 AÑOS
A CG	CORREGIR DEFECTOS REFRACCIÓN	Amparada	4.00 UMAM	50.00%	0 AÑOS
A CG	CIR. NARIZ / SENOS PARANASALES	Amparada	4.00 UMAM	10.00%	2 AÑOS
A CG	ACCIDENTES	Amparada	0.00 UMAM	0.00%	

Continua en la página: 2

# Certificado Individual de Gastos Médicos

## Gastos Médicos Mayores Colectivo

Página: 2

Nombre y Domicilio del Contratante	Vigencia	No.Póliza/Endoso
HDI SEGUROS, S.A. DE C.V.	Desde las 12:00 hrs. Hasta las 12:00 hrs	L00-3-3-00779294_0000-0-1 A
BOULEVARD SAN JUAN BOSCO 5003	del 15/04/2025 del 15/04/2026	Fecha Expedición 15/04/2025
<b>Información General</b>		
RANCHO SECO LEON, GTO. GUANAJUATO CP 37669 RFC HSE701218532	Moneda: NACIONAL Línea: 3 GTOS MED Producto: 3 GM COLECTIVO Sucursal: LEON	T.C.I.: 5863 OT: L00586325 Agente: 13378

### Características de la Colectividad

**PLAN:** ATLAS MED OPTIMO COLECTIVO EMPRESARIAL

**SECCION 2** Personal Administrativo en activo al servicio del contratante, que radica en la Ciudad de México, 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](http://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		Fec.Ant.Ext.	= Fecha de Antigüedad Extranjero		
UMAM = Unidad de Medida y Actualización		Cert	= Certificado		
Mensual		Vigen. Cert.	= Vigencia del certificado		


**Seguros Atlas, S.A.**

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-001662-06.