

BIENESTAR EMPRESARIAL



Tipo Documento	Renovación
Póliza No.	PGMC-420
Certificado	186
Endoso	0
Folio	R05100 2025 121

Certificado de Gastos Medicos Mayores Colectivo

Contratante: FERRER THERAPEUTICS SA DE CV

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.	R.F.C. FTH-030723-RK4
Domicilio: AVENIDA PROLONGACION VASCO DE QUIROGA	4800	EDIF 2 OF PB2	OTRA NO ESPECIFICADA EN EL	05348	Delegación o Municipio Cuajimalpa de Morelos

Asegurado Titular: BARRON SILLER BERTHA BEATRIZ

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	C.P.	R.F.C. BASB-700314-5X3
Domicilio: AVENIDA PROLONGACION VASCO DE QUIROGA	4800	OF PB2	OTRA NO ESPECIFICADA EN EL	05348	Delegación o Municipio Cuajimalpa de Morelos

Vigencia: Desde las 12:00 hrs de Poliza : Hasta las 12:00 hrs de	01/02/2025 01/02/2026	Clave de Agente	Nombre del Agente	Registro
--	--------------------------	-----------------	-------------------	----------

Vigencia : Desde las 12:00 hrs de Certificado : Hasta las 12:00 hrs de	01/02/2025 01/02/2026	Fecha de emisión	21/02/2025	Moneda	Conducto de Cobro	Método de Cobro	TRANSFERENCIA BANCARIA
Forma de Pago	ANUAL			PESO	Agente		

Prevem Seguros S.A. de C.V. denominada en adelante "La Compañía", asegura, de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, a la(s) persona (s) física (s) o moral denominada en adelante "El Asegurado" o "Asegurados".

LISTADO DE ASEGURADOS

Nombre(s)/Apellido Paterno/Apellido Materno	Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento	Edad	Fecha Antigüedad
BERTHA BEATRIZ BARRON SILLER	TITULAR	F	14-03-1970	54	25-03-2022
MIGUEL ANGEL JUAREZ SAUCEDO	CONYUGE	M	25-11-1969	55	25-03-2022
NATALIA SOFIA JUAREZ BARRON	HIJA	F	18-03-2006	18	25-03-2022

ZONA GEOGRÁFICA:1

NIVEL HOSPITALARIO: NIVEL A

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO*	TOPE MÁXIMO COASEGURO
- Básica	\$10,000,000.00 M.N.	\$3,000.00 M.N.	10%	\$25,000.00
- Emergencia en el Extranjero	50,000.00 USD	50.00 USD		\$0.00
- MATERNIDAD	\$72,600.00 M.N.			\$0.00

* Coaseguro Fuera de Proveedores Afiliados: en caso de Proveedores que no son afiliados a PREVEM, en Reembolso, aplicará un 30% de Coaseguro sin límite de desembolso.

* Se aplicara un Coaseguro del 30% sin límite de desembolso en aquellos casos donde el asegurado incumpla con lo establecido en la Cláusula 25 "Notificación a Prevem Seguros, S.A. de C.V. y Trámites para la Reclamación" de las condiciones generales.

COBERTURAS ADICIONALES Y OPCIONALES	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	TOPE MÁXIMO COASEGURO
- Asistencia en Viaje	Amparada			

ENDOSOS EN ESTA PÓLIZA: PVANTI

Los riesgos amparados en esta Carátula de Póliza reflejan el cúmulo de todos los incisos que componen la Póliza.

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de mayo de 2017, con el número CNSF-S0112-0262-2017/CONDUSEF-001965-01.

Prevem Seguros, S.A. de C.V. en virtud de las declaraciones manifestadas por "El Asegurado" otorga las coberturas antes descritas con los Límites establecidos en la presente, así como en las Condiciones Generales.

Advertencia: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada , las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.