

| PLAN: CENTINELA PLUS | |
|----------------------|---------------------------|
| Tipo de Póliza: | Familiar |
| Nivel Hospitalario: | Premium |
| Suma Asegurada: | \$20,000,000.00 MXN |
| Deducible: | \$15,000.00 MXN |
| Coaseguro: | 10% (Tope: \$200,000 MXN) |

| VIGENCIA | |
|----------|------------|
| Inicio: | 09/04/2024 |
| Fin: | 08/04/2025 |

DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | |
|------------|-------------------------------------|---------|------------------------------|
| Nombre: | Verónica Cervantes García | RFC: | CEV880521DWU |
| Domicilio: | Calle Insurgentes #625, Providencia | C.P.: | 79920 |
| Municipio: | Cuauhtémoc | Estado: | Ciudad de México |
| Teléfono: | 3315563035 | Email: | verónica.cervantes@gmail.com |

PERSONAS ASEGURADAS

| NOMBRE | PARENTESCO | F. NACIMIENTO | EDAD | GÉNERO |
|---------------------------|------------|---------------|------|-----------|
| Verónica Cervantes García | Titular | 21/05/1988 | 37 | Femenino |
| Eduardo Vega Fuentes | Cónyuge | 19/12/1989 | 36 | Masculino |
| Víctor Cervantes Cruz | Hijo/a | 13/12/2012 | 13 | Masculino |

COBERTURAS INCLUIDAS

| COBERTURA | LÍMITE | PERÍODO DE ESPERA |
|--------------------------------|----------------|-------------------|
| Hospitalización | Suma Asegurada | Sin espera |
| Cirugía | Suma Asegurada | Sin espera |
| Honorarios Médicos | Suma Asegurada | Sin espera |
| Medicamentos (hospitalización) | Suma Asegurada | Sin espera |
| Laboratorio y Gabinete | Suma Asegurada | Sin espera |
| Ambulancia terrestre/aérea | \$50,000 MXN | Sin espera |
| Oncología | Suma Asegurada | Sin espera |
| Cobertura Dental | \$15,000 MXN | 90 días |
| Cobertura Visual | \$8,000 MXN | 90 días |

| | | |
|-------------------------|---------------|----------|
| Maternidad | \$150,000 MXN | 10 meses |
| Cobertura Internacional | No incluida | N/A |

RESUMEN DE PRIMA

| CONCEPTO | IMPORTE |
|------------------------------|-------------------------|
| Prima (3 asegurados) | \$91,280.00 MXN |
| Derecho de Póliza | \$650.00 MXN |
| Recargo por pago fraccionado | \$5,476.80 MXN |
| Subtotal | \$97,406.80 MXN |
| I.V.A. (16%) | \$15,585.09 MXN |
| PRIMA TOTAL ANUAL | \$112,991.89 MXN |

Forma de Pago: Mensual

Seguros Centinela S.A. de C.V. - Póliza de Gastos Médicos Mayores
Línea de atención médica 24/7: **800-CENTINELA (236-8463)** | Red hospitalaria: www.seguroscentinela.com.mx/red
Folio: SC-GMM-2A28B6B18717