

Póliza de Seguro de:  
**GASTOS MEDICOS MEDICALIFE FAM.**

**RENOVACION**

Nombre y Domicilio del Contratante  ORQUIDEA 130 A NUEVA JACARANDAS MORELIA C.P.58099 MICHUOACAN	Póliza No. / Año Póliza 0000918848					
	Sucursal MATRIZ					
	Vigencia de la Póliza Desde Día Mes Año 09 02 2023			Hasta Día Mes Año 09 02 2024		

Características del Grupo Asegurado

ASEGURADOS DE LA POLIZA

No.	Nombre	Par.	Edad	Sexo	Naci mi ento	Anti güedad
00		TIT.			22/05/1984	09/02/2021

COBERTURAS

Nombre	Suma aseg.	Deduci ble	Coaseguro	Zona
COBERTURA TERRITORIO NACIONAL	26,000 UMAM	41,000.00 M.N.	10 %	
EQUIVALENCIA M.N.	76,052,340 M.N.			
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	INCLUIDA	-	-	RESTO PA
INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA	INCLUIDA	-	-	
METDENTAL	INCLUIDA	-	-	
REDUCCION POR ACCIDENTE	INCLUIDA	-	-	
ASISTENCIA EN VIAJES IND.	INCLUIDA	-	-	

PLAN : 4 MEDICALIFE BASICO

TIPO CONDUCTO: 4 CARGO A TARJETA DE CREDITO