

Póliza de Seguro de:
GASTOS MEDICOS MEDICALIFE FAM.

RENOVACION

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| Nombre y Domicilio del Contratante TIHUAPU NO.273 LOMAS DE VISTA BELLA MORELIA C.P.58098 MICHOACAN | Póliza No. / Año Póliza 0000168021 | | | | | |
| | Sucursal MATRIZ | | | | | |
| | Vigencia de la Póliza Desde | | | Hasta | | |
| | Día 18 | Mes 03 | Año 2023 | Día 18 | Mes 03 | Año 2024 |

Características del Grupo Asegurado

ASEGURADOS DE LA POLIZA

| No. | Nombre | Par. | Edad | Sexo | Naci mi ento | Anti güedad |
|-----|--------|------|------|------|--------------|-------------|
| 00 | | TIT. | | | 29/04/1989 | 18/03/2011 |

COBERTURAS

| Nombre | Suma aseg. | Deduci ble | Coaseguro | Zona |
|-------------------------------|-------------|------------------|-----------|----------|
| COBERTURA TERRITORIO NACIONAL | SIN/LI MITE | 19, 000. 00 M N. | - | |
| EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO | I NCLUI DA | - | - | RESTO PA |
| METDENTAL | I NCLUI DA | - | - | |
| REDUCCION POR ACCIDENTE | I NCLUI DA | - | - | |
| ASISTENCIA EN VIAJES IND. | I NCLUI DA | - | - | |

PLAN : 5 MEDICALIFE MAS

TIPO CONDUCTO: 4 CARGO A TARJETA DE CREDITO