



<b>Nombre del Contratante:</b>	GABRIELA RICARDEZ RUEDA		
<b>R.F.C.:</b>	RIRG671014SE8		
<b>Dirección:</b>	CALLE: CONSTITUCION NUM. 208 COL. OAXACA CENTRO, OAXACA DE JUAREZ, C.P. 68000		
<b>Número de Póliza:</b>	859240	<b>N° Interno:</b>	0176400
<b>Vigencia:</b>	Desde: Las 00:01 hrs. del día 19/ENE/2024 Hasta: Las 24:00 hrs. del día 19/ENE/2025		
<b>Fecha Primera Emisión:</b>	19/ENE/2024		
<b>Fecha de Efectividad:</b>	19/ENE/2024		
<b>Coaseguro:</b>	00 %	<b>Tope de Coaseguro:</b>	\$ 0
<b>Zona:</b>	ZONA 2		

Nombre y fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)		PRIMA
JOSE ANGEL GARCIA RICARDEZ	08/SEP/2001	8,800.94
		.00
		.00
		.00
		.00
		.00
Derecho de Póliza		1,500.00
Recargo Pago Fraccionado		.00
Endoso por Antigüedad		.00
Beneficio Adicional Asistencia en el Extranjero		.00
IVA		1,648.16
Total		11,949.10
Primer Recibo		4,292.26
Pagos Subsecuentes		2,552.28

**Deducible contratado:** \$.00 MXP (00/100 M.N.)  
En caso de accidente, se eliminará el **Deducible** contratado en los gastos médicos directamente relacionados con el accidente siempre y cuando (i) el **Asegurado** sea atendido dentro de la red de proveedores médicos en convenio con La Compañía y (ii) el **Asegurado** reciba atención médica dentro de los 8 (ocho) días naturales siguientes al accidente dentro de la red de proveedores médicos en convenio.  
En caso de emergencia médica grave derivada de un accidente cubierto, el **Asegurado** podrá solicitar reembolso.

**Suma Asegurada:** \$2,000,000.00 MXP (DOS MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.)  
Por **Asegurado** por año **Póliza**, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujeto a los límites y exclusiones que se indican en las **Condiciones Generales** de la **Póliza** de la cual formará parte esta **Carátula**.

HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. participan en coaseguro, por lo que, en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como “La Compañía”, o bien como “HDI SEGUROS” o como “BUPA”, según corresponda a la atención brindada por cada institución.

Te recordamos que para obtener copia de los documentos de la **Póliza** puedes solicitarlo a tu agente o al teléfono 55 68 26 92 92 o al correo [atenciongastosmedicos@hdi.com.mx](mailto:atenciongastosmedicos@hdi.com.mx). Si requieres tu factura y las **Condiciones Generales**, podrás obtenerla en el sitio web: [www.hdi.com.mx](http://www.hdi.com.mx)

## Zona geográfica de cobertura

Cobertura dentro del territorio de la República Mexicana. La operación de la cobertura dependerá de la zona contratada.

## Condiciones Pre-existentes

Las condiciones preexistentes que son o no son declaradas y conocidas por el **Asegurado** al momento de llenar la solicitud de seguro nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la **Póliza** se encuentre en vigor. Además, en el caso de preexistencias no declaradas La Compañía se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del **Asegurado** de conformidad con el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

## Endosos

Esta **Póliza** podrá tener anexos, **endosos** que modifican, aclaran o limitan los términos generales y tienen prelación frente a éstos. Por favor remitirse a los mismos.

## 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 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 representar un esfuerzo financiero importante.

La **Prima** pagada por este producto puede ser deducible de impuestos para las personas físicas en la presentación de su declaración anual según lo marca el Artículo 151 de la LISR (Ley del impuesto sobre la renta) en su Fracción VI, siempre que se cumpla con los requisitos y limitaciones establecidos por la Legislación Fiscal.

Artículo 25.- Si el contenido de la **Póliza** o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **Asegurado** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la **Póliza**. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la **Póliza** o de sus modificaciones.

Estimado **Asegurado**, te invitamos a consultar las coberturas, exclusiones y restricciones de tu **Póliza**, las cuales se encuentran en las **Condiciones Generales** de tu **Póliza**, mismas que debieron ser entregadas junto con esta carátula; también puedes consultarlas en la página web: [www.hdi.com.mx/condicionesgenerales](http://www.hdi.com.mx/condicionesgenerales).

Oficina: OAXACA

Agente: 057235

MARICRUZ CASTILLEJOS REYES .

León, Guanajuato, Fecha de emisión: 30/ENE/2024



\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO AUTORIZADO HDI



\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO AUTORIZADO BUPA

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de Bupa México** ubicada en Montes Urales 745 piso 1 Col. Lomas de Chapultepec C.P. 11000, Ciudad de México Teléfono 555202 1701 Correo electrónico: [une@bupa.com.mx](mailto:une@bupa.com.mx), en un horario de atención (días hábiles) de lunes a jueves de 8:00 a 18:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, o bien contacte a la **Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)** con domicilio en Avenida Insurgentes Sur, Número 762, Colonia Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfono: 55 5340 0999 desde la Ciudad de México o al 800 999 8080 desde el interior de la República, correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), o visite la página [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef)

**HDI SEGUROS, S.A. DE C.V. y BUPA MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V.** participan en coaseguro, por lo que, en lo sucesivo, para el contrato de seguro y su documentación contractual, se les denominará en conjunto como "La Compañía", o bien como "HDI SEGUROS" o como "BUPA", según corresponda a la atención brindada por cada institución.

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 30 DE junio del 2023, con el número CNSF-S0027-0231-2023/CONDUSEF-006037-02.

**Información para realizar su pago**

Recibo	Vigencia del Recibo desde las 12:00 hrs. del	Importe	Páguese antes de	<p>Puede realizar su pago en cualquiera de las siguientes instituciones o comercios, utilizando el Formato de Pago proporcionado por HDI SEGUROS</p> <p>Pago por teléfono: (carga a tarjeta de crédito) 800 PAGO HDI (7246 434).</p> <p>Sucursales Bancarias: (sólo cheque o efectivo) BBVA, Banamex, HSBC, BanRegio, Scotiabank, Santander, BanBajío, Multiva, Inbursa y Banorte.</p> <p>Pago con CLABE bancaria en BBVA desde portales bancarios de forma referenciada.</p> <p>En portal Bancario: Pague directamente en portal web de su banco si cuenta con servicio de banca en línea. Portales disponibles: BBVA, HSBC, Banorte, BanBajío, Scotiabank, BanRegio, Santander.</p> <p>Cajero Automático Banorte: sólo para cuentahabientes de cheques o nómina de este banco.</p> <p>Si su forma de pago es mensual, trimestral o semestral, recuerde presentar el formato de pago correspondiente a cada parcialidad al realizar su pago. Si no cuenta con el formato para realizar su pago favor de llamar al: 800 PAGO HDI (7246-434).</p>
0019030	19/ENE/2024	4,292.26	19/ENE/2024	
0019031	19/ABR/2024	2,552.28	19/ABR/2024	
0019032	19/JUL/2024	2,552.28	19/JUL/2024	
0019033	19/OCT/2024	2,552.28	19/OCT/2024	