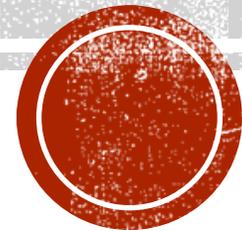


SEGUMEDIC



GASTOS MÉDICOS MAYORES

SEGUMEDIC BANORTE

- Nivel hospitalario:
 - ORO (MEDIO)
 - PLATINO (ALTO)





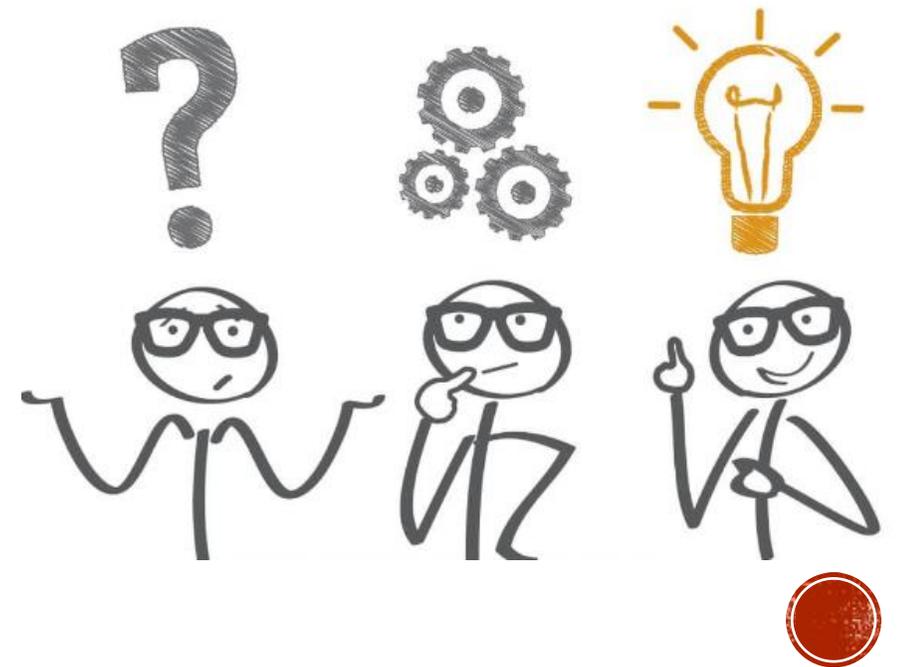
DATOS DE LA PÓLIZA

Tipo de Cotización	* INDIVIDUAL * FAMILIAR
Suma Asegurada	MINIMA \$200,000 MAXIMA \$100,000,000
Deducible	MINIMO \$12,000 MAXIMO \$100,000
Coaseguro	10% CON TOPE DE \$30,000 15% CON TOPE DE \$45,000 20% CON TOPE DE \$60,000
Tabulador de Honorarios Médicos	GUA (+15, +25, +50, +75,+100)



COBERTURAS OPCIONALES

- Indemnización por Enfermedad Grave
- Reducción de deducible por accidente hasta por \$25,000.00 mn
- Emergencia en el extranjero
- Cobertura de Visión Incremental
- Incremento en parto y cesárea
 - Hasta por \$30,000.00 mn



EDAD DE ACEPTACION

- MINIMA 0 AÑOS
- MAXIMA 64 AÑOS



FORMA DE PAGO



ANUAL

SEMESTRAL - RECARGO 5%

TRIMESTRAL – SOLO CARGO A TARJETA – RECARGO 7%

MENSUAL – – SOLO CARGO A TARJETA – RECARGO 10%



CONDUCTO DE PAGO

- Tarjeta de crédito (cualquier tarjeta bancaria)
- Pago referenciado cheque (Banco Bancomer, Citibanamex)
- Efectivo (ventanilla bancaria Banorte, Bancomer, Citibanamex)



REQUISITOS PARA EMISIÓN PF Y PM

- Formato conoce a tu Cliente (Anexo)
- Solicitud de GMM Familiar
- Testimonio o Copia Certificada del Acta Constitutiva
- Cédula de identificación fiscal
- Boleta de inscripción al Registro Publico de la Propiedad y del Comercio.
- Comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad)
- Documento que acredite la calidad del Representante/Apoderado Legal (Poder Notarial en caso que sea diferente al que aparece en el Acta constitutiva.)
- Identificación oficial del Representante/Apoderado Legal
- Organigrama de consejo de administración y de empresa.
- Identificación oficial de aquellos accionistas que cuenten con un porcentaje igual o mayor al 25% de participación.



ATENCIÓN A CLIENTES

- **CORREO ELECTRÓNICO:**
 - cat.agentes@banorte.com
- **TELÉFONO:**
 - 01-800-837-1133

