



Datos del contratante			
Nombre : ALVARADO DIAZ, MARIA DEL ROSARIO			
Domicilio : COMISION FEDERAL DE ELECTRICIDAD L3 M30, REFORMA,			
PLAYAS DE ROSARITO, C.P. 22704		Ciudad:	PLAYAS DE ROSARITO
R.F.C. : AADR910926Q55		Teléfono:	6611063812
Datos del Asegurado Titular		Zona Tarificación: Zona 10	
Nombre : ALVARADO DIAZ, MARIA DEL ROSARIO			
Domicilio : COMISION FEDERAL DE ELECTRICIDAD L3 M30 REFORMA,			
PLAYAS DE ROSARITO C.P.22704		Ciudad:	PLAYAS DE ROSARITO

	Número	Nombre
Agente:	000632340	RICARDO VELAZQUEZ MENDOZA
Promotor:	629748	RINO RISK AGENTE DE SEGUROS, S.A. DE C.V.

Coberturas/Servicios	Cobertura Básica		
Incluidos en Básica	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
Maternidad	17000.00	N/A	N/A
Protección Dental	N/A	N/A	Costo Preferencial
Tu Médico 24 Hrs	N/A	N/A	Costo Preferencial
Beneficio de Atn Médica	N/A	N/A	N/A

Coberturas adicionales con costo			
Coberturas	Suma asegurada / Límite	Deducible	Coaseguro
Emergencias en el Extranjero	Max \$ 100,000 USD	\$100 USD	No Aplica
Medicamentos fuera del hospital	Básica	\$ 25,500 M.N.	10 %
Deducible Cero por Accidente	No Aplica	No Aplica	10 %
Integral	De acuerdo a Condiciones Generales	\$ 25,500 M.N.	10 %

Servicios con costo	
Servicio	Costo por Servicio
Servicios de Asistencia en Viajes	No Aplica
Cliente Distinguido	No Aplica



Adicionalmente entregamos digitalmente las condiciones generales de su póliza en el siguiente código QR

México, D.F.A 20 De Junio De 2025
AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.
FÉLIX CUEVAS 366 PISO 3, TLACOQUEMÉCATL, C.P. 03200
MÉXICO, D.F. TELS. 5169 1000 AXA.MX
Este Documento No Es Válido Como Recibo De Pago.

Póliza	
9485BG00	
Tipo de plan	Solicitud
Flex Plus	000021808572
Fecha de inicio de vigencia	23/06/2025
Fecha de fin de vigencia	23/06/2026
Fecha de emisión	20/06/2025
Frecuencia de pago	Semestral
Tipo de pago	Agente

Condiciones Contratadas	
Periodo de pago de siniestro	20 años
Suma Asegurada	\$ 65,000,000 M.N.
Deducible	\$ 25,500 M.N.
Coaseguro	10 %
Tope de Coaseguro	\$ 58,000 M.N.
Tabulador Médico	Integral
Gama Hospitalaria	Integral
Tipo de Red	Integral

Prima	
Descuento familiar	2,282.33
Cesión de Comisión	0
Prima Neta	30,322.29
Recargo por pago fraccionado	1,516.11
Derecho de póliza	1,750.00
I.V.A.	5,374.14
Prima anual total	38,962.54

Póliza
9485BG00

Relación de Asegurados

[illegible]

AXA Seguros, S.A. de C.V. a quien en lo sucesivo se le denominará la Compañía declara que usted de conformidad con las cláusulas de este contrato de seguro cubrirá, durante la vigencia aquí establecida, al (los) Asegurado(s) contra los riesgos antes indicados y hasta por el límite de responsabilidad citado.

Al recibir mi póliza, me doy por recibido y enterado del contenido y alcance de las condiciones generales y particulares que rigen este contrato de seguro.

Como contratante hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que se encuentran disponibles en axa.mx para consulta y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordan 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.

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 que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En ese sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podrá representar un esfuerzo financiero importante.

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 seguros quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de Diciembre de 2024, con el número CNSF-S0048-0427-2024/CONDUSEF-006662-01.

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Av. Félix Cuevas #366 Col. Tlacoquemécatl del Valle, Benito Juárez, C.P. 03200, México D.F., le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato del seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad en axa.mx.

México, D.F.A 20 De Junio De 2025
AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.
FÉLIX CUEVAS 366 PISO 3, TLACOQUEMÉCATL, C.P. 03200
MÉXICO, D.F. TELS. 5169 1000 AXA.MX
Este Documento No Es Válido Como Recibo De Pago.
HOJA 2 DE 2

Apoderado



Gastos Médicos
Carátula de póliza
Gastos Médicos Mayores Individual / Familiar
Póliza : 9485BG00
Solicitud No.: 000021808572
RFC: AADR910926Q55

Contratante

Nombre: ALVARADO DIAZ, MARIA DEL ROSARIO

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.

Como Contratante ratifico que me he enterado del contenido de las Condiciones Generales que rigen esta Póliza y expresamente declaro mi conformidad con ellas, las cuales son entregadas a través del medio elegido.

Para detalles de las coberturas contratadas, significado de las abreviaturas, exclusiones y restricciones, consulte las Condiciones Generales que se encuentran disponibles en axa.mx.

Unidad de Atención Especializada: Ubicada en la dirección indicada al pie de página. Desde la Cd. De México: 55 5169 2746 (opción 1) de lunes a jueves de 8:00 a 17:30 horas y viernes de 8:00 a 16:00 horas. Escribenos a: axasoluciones@axa.com.mx

Para mayor información visita: <https://axa.mx/web/servicios-axa/quejas>.

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P 03100 - Tel. 55 5340 0999. O bien: asesoria@condusef.gob.mx

Apoderado