



SOLICITUD SEGURO DE GASTOS MÉDICOS GRUPO

- A) Razón social
- B) Domicilio con código postal
- C) Suma asegurada enfermedad y accidente
- D) Deducible para enfermedad
- E) Deducible para accidente
- F) Coaseguro
- G) Hopsitales requeridos
- H) Cantidad de trabajadores
- I) Total de dependientes familiares



SOLICITUD SEGURO DE GASTOS MÉDICOS GRUPO ALTA

A) Razón social

B) Número de póliza

C) Tipo de Trámite (ALTA)

D) Nombre(s)

E) Apellido Paterno

F) Apellido Materno

G) Sexo

H) Fecha de nacimiento

**SOLICITUD SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS GRUPO BAJA**

A) Razón social

B) Número de póliza

C) Tipo de Trámite (BAJA)

D) Nombre(s)

E) Apellido Paterno

F) Apellido Materno

G) Sexo

H) Fecha de nacimiento