

Póliza Número		Nombre o Razón Social del Contratante		Personal operativo <input type="checkbox"/>	
		Poder Judicial de la Federación		Mandos medios y superiores <input type="checkbox"/>	
Datos del Asegurado o Titular					
R.F.C.		Apellido paterno		Apellido materno	
Nombre(s)					
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C				
Sexo	Estado Civil	Día Mes Año Fecha de Nacimiento			
Domicilio del asegurado titular (Calle, número)					
Colonia		Teléfono particular		Población (Ciudad)	
				Alcaldía o municipio	
Entidad federativa		Código postal		No. de expediente	
				Nivel de puesto	
Clave de adscripción		Reconocimiento de Antigüedad		Día Mes Año	
				<input type="checkbox"/> Se anexa último recibo de pago de prima y última carátula de la póliza.	
Correo electrónico del asegurado					
Consentimiento					
Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores solicitado a Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte., por la colectividad a la que pertenezco para realizar el siguiente movimiento: Cambio de Adscripción <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Incremento <input type="checkbox"/>			De las siguientes personas: Servidor público (Titular) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(s) menor(es) de 25 años <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijo(s) mayor(es) de 25 años <input type="checkbox"/> Padres del cónyuge <input type="checkbox"/>		
En caso de modificaciones sirvase ampliar la información					
Indicar la suma asegurada básica					
111 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> UMAMVCDMX					
Llénese en caso de que desee incrementar su suma asegurada					
148 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 444 <input type="checkbox"/> 592 <input type="checkbox"/> 740 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 5000 <input type="checkbox"/> 15000 <input type="checkbox"/> UMAMVCDMX					
Indique el tabulador de honorarios médicos de intervención quirúrgica a contratar:					
39 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> UMAMVCDMX					
Llénese en caso de que desee asegurar o actualizar información de alguna de las personas antes mencionadas					
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento		Sexo		Parentesco con el Servidor Público	
Día Mes Año		F M			
				Antigüedad de los dependientes	
Observaciones					
Será responsabilidad del Asegurado, realizar los pagos conforme a la opción que eligió en las fechas acordadas con Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte., y presentar la documentación que le sea requerida en su Dependencia, en caso de que dichos trámites no se efectúen en los plazos establecidos, la póliza quedará automáticamente cancelada. AVISO DE PRIVACIDAD: Para conocer sus términos, favor de revisar la cláusula Consentimiento de Uso de Datos Personales de las Condiciones Generales y/o en las páginas www.serviciosmedicospjf.com , www.segurosbanorte.com.mx					
Sello Dependencia				Sello Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte.	
En _____ a _____ de _____ de _____					
Firma del Asegurado o Titular					

Las abreviaturas que aparecen en la documentación contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com

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 **08 de enero de 2020** con el número **CNSF-S0001-0003-2020**