

**PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN DE PRIMAS DEL
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

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											
			Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)								
R.F.C.											
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> C	Día	Mes	Año	Domicilio del asegurado titular (Calle, número)				
Sexo	Estado Civil	Fecha de Nacimiento									
Colonia			Teléfono particular			Población (Ciudad)			Alcaldía o municipio		
									Fecha de inicio del movimiento		
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:						De las siguientes personas:					
Cambio de Adscripción <input type="checkbox"/>						Servidor público (Titular) <input type="checkbox"/>			Cónyuge <input type="checkbox"/>		
Alta <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Incremento <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									Coberturas Adicionales:		
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		Antigüedad de los dependientes
			Día	Mes	Año	F	M				
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 Seguros Banorte, S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte.		
En _____ a _____ 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**