

México, D.F. a XX de XXXXXX del 20XX.

**A QUIEN CORRESPONDA:
PRESENTE**

A solicitud de la C. **XXXXX XXXXX XXXXX**, se extiende la presente constancia de Gastos Médicos Mayores de conformidad con los datos que a continuación se detallan:

Contratante	XXXXXXX, S.A. DE C.V.
No. de Póliza	XXXXXXX
Plan	XXXXXXXXXX
Suma Asegurada	XXXXXXX
Deducible	XXXXXX
Coaseguro	XX%
Emergencia en el Extranjero	XXXXXXXXXX
Cobertura Dental	XXXXXXXXXX
Proveedor	XXXXXXX
Plan	XXXXXX
Deducible	\$ XXXXX
Coaseguro	XX%

Datos particulares del Asegurado:

Nombre del Asegurado	Parentesco	No. Certificado	Fecha Inicio	Fecha Término
XXXXX XXX XXX	Titular	XXXXXX	XXXX/XX/XX	XXXX/XX/XX
XXXXX XXX XXX	Cónyuge	XXXXXX	XXXX/XX/XX	XXXX/XX/XX
XXXXX XXX XXX	Hijo	XXXXXX	XXXX/XX/XX	XXXX/XX/XX

Se emite la presente para los fines que al interesado convengan.

ATENTAMENTE,

Marco Antonio Ramos Vega
Gerente de Emisión Institucional Privado