



Teléfonos de México S.A.B. de C.V.

Plan de Reembolso de Gastos Médicos Mayores Formato de Alta, Renovación y Cambio de planes y beneficiarios de GMM

Estatus de ocupación: _____

Nombre: _____
Paterno Materno Nombre (s)

Fecha de Nacimiento: _____ Expediente: _____
Año / Mes / Día

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Beneficiarios (Esposa, esposo e hijos únicamente)

Paterno	Nombre		Fecha de Nacimiento Año / Mes / Día	Parentesco
	Materno	Nombre (s)		
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Planes de Cobertura – Seleccionar solo una opción.

PLAN DE REEMBOLSO TELMEX con inicio de vigencia a partir del _____		Pólizas de excesos administradas por Inbursa, con inicio de vigencia a partir del _____	
		Acepto que al seleccionar una de estas opciones adicionalmente quedo inscrito en el Plan Opcional.	
Básico <input type="radio"/>	Opcional <input type="radio"/>	A <input type="radio"/> \$500,000	C <input type="radio"/> \$2,500,000
(SIN COSTO PARA EMPLEADOS ACTIVOS . CON CUOTA PARA BENEFICIARIOS)	(CON CUOTA PARA EMPLEADOS Y BENEFICIARIOS)	B <input type="radio"/> \$1,000,000	D <input type="radio"/> \$5,000,000

En cualquier cambio de plan: para los padecimientos en proceso de reembolso se aplicará la suma asegurada menor con el que inició el padecimiento o el que está contratando.

Acepto y reconozco las condiciones, exclusiones y limitantes desde mi ingreso al Plan de Reembolso de Gastos Médicos Mayores y/o póliza de excesos y que únicamente los padecimientos que se presenten a partir del inicio de vigencia, quedarán cubiertos.

La Póliza de Excesos cubre tratamientos a nivel nacional y sólo emergencias médicas que se presenten en el extranjero.

Acepto que el costo de esta cobertura me sea descontado en mi nómina con base en las cuotas establecidas en la circular emitida anualmente y que **una vez solicitada la Póliza de Excesos no podrá ser cancelada durante su vigencia.**

Para uso exclusivo del departamento de Prestaciones de Recursos Humanos _____
Primer descuento a aplicar en la nómina: _____

Fecha

Nombre y firma del trabajador