PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
FORMATO DE ALTA, RENOVACIÓN, CAMBIO DE PLANES Y BENEFICIARIOS DE GMM

Empresa: TELÉFONOS DE MÉXICO S.A.B DE C.V.

Nombre: _____
Paterno Materno Nombre (s)

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

Correo Electrónico: _____ R.F.C.: _____

Domicilio: _____
Calle Número

_____
Colonia Alcaldía/Ciudad

_____
Entidad Federativa Código Postal Teléfono

Beneficiaros (Esposa, esposo e hijos únicamente)

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

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 automáticamente quedo inscrito en el PLAN ADICIONAL**	
BÁSICO ◯ (SIN COSTO PARA EMPLEADOS ACTIVOS , CON CUOTA PARA BENEFICIARIOS)	ADICIONAL ◯ (CON CUOTA PARA EMPLEADOS Y BENEFICIARIOS)	**A** ◯ **$500,000**	**C** ◯ **$2,500,000**
		B ◯ **$1,000,000**	**D** ◯ **$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 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. Una vez realizado el descuento en cualquiera de las opciones del Plan de Reembolso Básico, Adicional y Excesos no procederá la devolución de las cuotas por este concepto.**

Aplica periodo de espera de 12 meses para los siguientes padecimientos:
COLUMNA VERTEBRAL, VESÍCULA Y VÍAS BILIARES, GINECOLÓGICOS, LITIASIS RENAL Y EN VÍAS URINARIAS, INSUFICIENCIA VENOSA, VARICOCELE Y VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, ENDOMETRIOSIS, HEMORROIDES, FISTULAS Y FISURAS RECTALES O PROLAPSOS DEL RECTO, NARIZ O SENOS PARANASALES, GLÁNDULAS MAMARÍAS, AMIGDALITIS Y ADENOIDITIS (CIRUGÍA), HERNIAS (INCLUYENDO LAS DE DISCO) Y EVENTRACIONES, CÁNCER DE CUALQUIER ÍNDOLE, COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y CESÁREA (La cesárea solo se cubre cuando se realiza por que existe riesgo de salud para el bebé o la mamá)

Para uso exclusivo del departamento de Prestaciones de Recursos Humanos

Primer descuento a aplicar en la nómina: _____

_____ _____

Fecha **Nombre y firma del trabajador**