

ANEXO TÉCNICO
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA TRABAJADORES DEL FIDEICOMISO REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA

1. Objetivo del servicio

CONTRATAR A UNA ASEGURADORA PARA QUE PROPORCIONE EL SERVICIO DE ASEGURAMIENTO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA LOS EMPLEADOS DEL FIDEICOMISO REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, PARA PAGAR O REEMBOLSAR AL ASEGURADO LOS GASTOS EN QUE INCURRA, A CONSECUENCIA DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA QUE REQUIERA TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, BAJO LOS TÉRMINOS QUE SE ESPECIFICAN EN LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y SUJETOS A LAS LIMITACIONES QUE SE INDICAN.

2. Lugar de entrega del servicio

LOS SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO SE BRINDARÁN A NIVEL NACIONAL.

LA PÓLIZA DE SEGURO DEBERÁ SER ENTREGADA A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO A LAS CUENTAS arojas@ruv.org.mx y abarragan@ruv.org.mx, Y DE MANERA FÍSICA EN EL PISO 12 DEL EDIFICIO SEDE DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA UBICADO EN AVENIDA INSURGENTES SUR 1685, C.P. 01020, COL. GUADALUPE INN, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

3. Descripción del servicio

(El licitante ganador deberá contemplar las siguientes condiciones generales para la realización del servicio)

CONDICIONES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA NÚMERO _____ QUE EMITE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____, QUE CUBRE LOS GASTOS MÉDICOS MAYORES DE LOS EMPLEADOS DEL RUV “REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA”

ESTE SEGURO TIENE COMO OBJETIVO CONTAR CON UNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES QUE FUNCIONE PARA MANTENER A LOS EMPLEADOS DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE SALUD; Y QUE EN CASO DE ENFERMEDAD ASEGURE A ÉSTOS EL TRATAMIENTO ADECUADO, A TRAVÉS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS Y UNA RED AMPLIA DE

HOSPITALES; PROCURANDO SIEMPRE, ATENCIÓN OPORTUNA, DE CALIDAD Y ACCESIBILIDAD EN EL CUIDADO DE SU SALUD.

LA PÓLIZA DE SEGURO ESTÁ DIRIGIDA A:

- LOS EMPLEADOS DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, SU CÓNYUGE / CONCUBINA (O) Y SUS HIJOS RECONOCIDOS MENORES A 25 AÑOS.

LO ANTERIOR EN LOS TÉRMINOS QUE SE INDICAN EN CADA UNA DE LAS COBERTURAS QUE INTEGRAN LA PÓLIZA.

LA ASEGURADORA TENDRÁ COMO PRINCIPAL OBJETIVO BRINDAR UN SERVICIO DE ASEGURAMIENTO QUE CONTEMPLA GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA LO CUAL DEBERÁ CONTAR CON UNA RED MÉDICA Y DE HOSPITALES A NIVEL NACIONAL, PARA LA ATENCIÓN OPORTUNA DE LOS EVENTOS.

DEFINICIONES

PARA EFECTO DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DEBERÁ ENTENDERSE LO SIGUIENTE:

ACCIDENTE.- UN ACONTECIMIENTO PROVOCADO POR UNA CAUSA EXTERNA, IMPREVISTA, FORTUITA Y VIOLENTA QUE LESIONA AL ASEGURADO OCASIONÁNDOLE DAÑO(S) CORPORAL(ES).

AMATEUR.- QUE PRACTICA SIN SER PROFESIONAL UN ARTE, DEPORTE, ETC.

ANTIGÜEDAD.- ES EL TIEMPO QUE EL ASEGURADO HA ESTADO CUBIERTO EN FORMA CONTINUA POR LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA. LA ANTIGÜEDAD SERÁ TOMADA EN CUENTA PARA EL CÓMPUTO DE LOS PERIODOS DE ESPERA SEÑALADOS EN LAS CONDICIONES DE LA COBERTURA Y SERVIRÁ PARA REDUCIR O ELIMINAR DICHS PERIODOS DE ESPERA.

APARATOS ORTOPÉDICOS.- ADITAMENTO MECÁNICO QUE SIRVE PARA SUPLIR UNA FUNCIÓN DEL SISTEMA MÚSCULO – ESQUELÉTICO (FÉRULAS, ZAPATOS ORTOPÉDICOS, ENTRE OTROS).

ASEGURADO.- ES LA PERSONA EXPUESTA A CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, CUBIERTO POR LA PÓLIZA Y QUE TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS DE LA MISMA.

ASEGURADO TITULAR.- ES LA PERSONA QUE TIENE ALGUNA RELACIÓN CONTRACTUAL CON EL CONTRATANTE Y PERTENECE AL GRUPO ASEGURADO.

ASEGURADORA.- ES LA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE OTORGA LOS SERVICIOS DE ASEGURAMIENTO.

AUXILIARES MECÁNICOS.- SON AQUELLOS APARATOS, ARTEFACTOS O EQUIPOS QUE FACILITAN EL DESPLAZAMIENTO O MOVIMIENTO DE LAS PERSONAS QUE CURSAN UNA ENFERMEDAD O SE ENCUENTRAN EN EL PERÍODO DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD (MULETAS, BASTONES, ANDADERAS, CAMAS ORTOPÉDICAS, TRAPECIO, BARRAS, BARANDALES, GRÚA ORTOPÉDICA, SILLA DE RUEDAS, ENTRE OTROS).

CERTIFICADO INDIVIDUAL.- DOCUMENTO EMITIDO POR LA ASEGURADORA PARA CADA ASEGURADO TITULAR, EN EL QUE SE CONSIGNAN LOS PRINCIPALES DATOS DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO COMO NOMBRE DE LA ASEGURADORA, NOMBRE DEL CONTRATANTE, NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR Y EN SU CASO DEPENDIENTES, NÚMERO DE CERTIFICADO DE CADA ASEGURADO (TITULAR Y DEPENDIENTES), FECHA DE INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO, SUMA ASEGURADA, DEDUCIBLE, COASEGURO, TIPO DE SEGURO Y NÚMERO DE PÓLIZA DE SEGURO.

COASEGURO.- CANTIDAD QUE PAGARÁ EL ASEGURADO, DEL TOTAL DE LOS GASTOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA UNA VEZ DESCONTADO EL DEDUCIBLE CONTRATADO.

CONTRATANTE.- PERSONA FÍSICA O MORAL QUE INTERVIENE EN LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO, MISMA QUE PARA EFECTOS DE ÉSTE, SERÁ LA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA. EN LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO EL CONTRATANTE ES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

CONTRATO / PÓLIZA.- CONJUNTO DE DOCUMENTOS EN LOS QUE SE FORMALIZA EL CONTRATO DEL SEGURO A TRAVÉS DE LA CUAL LA ASEGURADORA SE OBLIGA MEDIANTE EL PAGO DE UNA PRIMA A PAGAR UNA SUMA DE DINERO, AL VERIFICARSE LA EVENTUALIDAD PREVISTA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO. ESTÁ INTEGRADA POR LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES, LAS CONDICIONES PARTICULARES, LOS ANEXOS Y LOS ENDOSOS QUE SE EMITAN EN LA MISMA.

DEDUCIBLE.- CANTIDAD INICIAL QUE DEBE PAGAR EL ASEGURADO POR CADA ENFERMEDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.

DEPENDIENTES.- EL O LA CÓNYUGE O CONCUBINO(A) DEL ASEGURADO TITULAR Y SUS HIJOS NATURALES O RECONOCIDOS LEGALMENTE MENORES DE 25 AÑOS O HIJOS CON DISCAPACIDAD SIN LÍMITE DE EDAD, CONSIDERANDO LO DESCRITO EN LA PÓLIZA, SE CUBRIRÁ SÓLO UNA PAREJA POR TITULAR (SIN IMPORTAR GÉNERO) Y LA FIGURA DE CÓNYUGE O CONCUBINA(O) DEBERÁ ACREDITARSE ANTE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, MEDIANTE ACTA DE MATRIMONIO CONSTANCIA DE CONCUBINATO O CON ACTA DE NACIMIENTO DE HIJOS EN COMÚN. A LA ASEGURADORA, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA LE INDICARÁ LOS DEPENDIENTES QUE CORRESPONDEN A ALGÚN TITULAR SEÑALANDO EL PARENTESCO EN EL VIGOR ENTREGADO.

DIAGNÓSTICO. PROCEDIMIENTO POR EL CUAL EL MÉDICO REALIZA UN ANÁLISIS CLÍNICO CON EL FIN DE EMITIR UN JUICIO SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD CUBIERTOS EN LA PÓLIZA.

EMPLEADO / EMPLEADO ACTIVO.- TRABAJADOR O TRABAJADORA EN FUNCIONES EN EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA. EN EL VIGOR ENTREGADO A LA ASEGURADORA SE INDICARÁ CUÁLES ASEGURADOS PERTENECEN AL GRUPO DE EMPLEADOS ACTIVOS.

ENDOSO.- DOCUMENTO QUE FORMA PARTE DEL CONTRATO, MODIFICANDO, PRECISANDO Y/O ADICIONANDO SUS CONDICIONES GENERALES.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO.- ES LA ALTERACIÓN EN LA SALUD DEL ASEGURADO, DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO PROFESIONISTA INDEPENDIENTE (NO PUEDE SER FAMILIAR DIRECTO DEL ASEGURADO PADRES, HERMANOS O HIJOS NI EL ASEGURADO MISMO) LEGALMENTE AUTORIZADO, YA SEA EN EL FUNCIONAMIENTO DE UN ÓRGANO O PARTE DEL CUERPO Y QUE PROVENGA DE ALTERACIONES PATOLÓGICAS COMPROBABLES.

ENFERMERA(O).- PERSONA DEDICADA AL CUIDADO DE ENFERMOS Y HERIDOS, ASÍ COMO LA ASISTENCIA DE MÉDICOS, QUE SE ENCUENTRA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA EL EJERCICIO DE TAL ACTIVIDAD.

ESTABILIZACIÓN DE LA CONDICIÓN MÉDICA.- SE ENTENDERÁ COMO EL ESTADO DE EQUILIBRIO DE LAS FUNCIONES VITALES EN EL QUE SE HA LOGRADO SUPERAR EL RIESGO DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE DE MODO QUE, AUN CURSANDO ALGUNA PATOLOGÍA NO RESUELTA O PARCIALMENTE SOLUCIONADA, PONE A UN PACIENTE EN CONDICIONES DE SER TRASLADADO A OTRO CENTRO ASISTENCIAL O A SU DOMICILIO, SIN PONER EN RIESGO SU VIDA O LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD.

ESTADO DE CUENTA.- DOCUMENTO QUE LA ASEGURADORA DEBE EMITIR AL ASEGURADO QUE ASÍ LO SOLICITE CON LA RELACIÓN DE TODOS LOS GASTOS QUE LA ASEGURADORA HAYA REALIZADO PARA CUBRIR SUS SINIESTROS.

HONORARIOS MÉDICOS.- PAGO QUE OBTIENE EL MÉDICO PROFESIONISTA INDEPENDIENTE LEGALMENTE RECONOCIDO, POR LOS SERVICIOS QUE PRESTA A LOS ASEGURADOS DE ACUERDO CON EL TABULADOR CONTRATADO.

HOSPITALIZACIÓN.- ES LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN UNA CLÍNICA, HOSPITAL O SANATORIO, COMPROBABLE Y JUSTIFICADA PARA LA ATENCIÓN DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE, INICIA CON EL INGRESO Y CONCLUYE CON EL ALTA QUE OTORGA EL MÉDICO TRATANTE.

INICIO DE COBERTURA.- ES LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL EL ASEGURADO TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS DEL CONTRATO DE SEGURO.

SI LA PÓLIZA SE CANCELA O NO SE RENUEVA, LOS ASEGURADOS PERDERÁN SU ANTIGÜEDAD. SI ALGÚN ASEGURADO DECIDE CONTRATAR NUEVAMENTE EN EL FUTURO SU PÓLIZA DE GASTOS

MÉDICOS MAYORES DE MUTUO PROPIO CON ALGUNA ASEGURADORA, LA NUEVA FECHA DE ALTA SERÁ CONSIDERADA COMO INICIO DE COBERTURA.

MÉDICO. PROFESIONAL TITULADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA, EL MÉDICO NO PUEDE SER FAMILIAR DIRECTO DEL ASEGURADO (PADRES, HERMANOS O HIJOS) NI EL ASEGURADO MISMO.

MÉDICOS EN CONVENIO.- LISTA DE MÉDICOS PROFESIONISTAS INDEPENDIENTES QUE TIENEN CELEBRADO UN CONVENIO CON LA ASEGURADORA, PARA REFERENCIARLOS A LOS ASEGURADOS QUE SOLICITAN SUS SERVICIOS Y EN EL CUAL, ENTRE OTROS ACUERDOS, ACEPTAN AJUSTARSE A LOS TABULADORES DEFINIDOS DE ACUERDO CON LA PÓLIZA CONTRATADA.

NÚMERO DE CERTIFICADO.- IDENTIFICADOR DE LA ASEGURADORA MEDIANTE EL CUAL DISTINGUE A CADA TITULAR Y SUS DEPENDIENTES ASEGURADOS EN LA COBERTURA.

PADECIMIENTO.- CUALQUIER ALTERACIÓN QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU SALUD A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, O CUALQUIER EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

PADECIMIENTO CONGÉNITO. ALTERACIÓN DEL ESTADO DE LA SALUD FISIOLÓGICO Y/O MORFOLÓGICO DE UN ÓRGANO O SISTEMA QUE TUVO SU ORIGEN DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN, O EL NACIMIENTO, INDEPENDIEMENTE DE QUE ESTA SEA EVIDENTE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO O SE MANIFIESTE CON POSTERIORIDAD.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.- SE DECLARA PREEXISTENCIA CUANDO SE CUENTE CON LAS PRUEBAS QUE SE SEÑALAN EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A) QUE PREVIAMENTE A LA FECHA DE ALTA DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTO MÉDICO MAYOR DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, SE HAYA DECLARADO POR MÉDICO TRATANTE LA EXISTENCIA DE DICHO PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD O QUE SE COMPRUEBE MEDIANTE LA EXISTENCIA DE UN EXPEDIENTE MÉDICO DONDE SE HAYA ELABORADO UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO O BIEN MEDIANTE PRUEBAS DE LABORATORIO O GABINETE O POR CUALQUIER OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.
- B) CUANDO LA ASEGURADORA CUENTE CON PRUEBAS DOCUMENTALES DE QUE EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS PARA RECIBIR UN DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE, PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADO EL RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO CORRESPONDIENTE, O EN SU CASO EL RESUMEN DEL EXPEDIENTE MÉDICO O CLÍNICO, PARA RESOLVER LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN.
- C) QUE PREVIAMENTE A LA FECHA DEL ALTA DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTO MÉDICO MAYOR DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS, COMPROBABLES DOCUMENTALMENTE, PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD Y/O PADECIMIENTO DE QUE SE TRATE.

NO PODRÁ CONSIDERARSE COMO PREEXISTENTE NINGUNA ENFERMEDAD DECLARADA DURANTE ENTREVISTA REALIZADA A UN PACIENTE QUE PRESENTE ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA O CONFUSIONAL.

PAGO DIRECTO.- ES EL PAGO QUE REALIZA DIRECTAMENTE LA ASEGURADORA AL PRESTADOR DE SERVICIOS INDEPENDIENTE, CON EL CUAL HA CELEBRADO UN CONVENIO, POR LA ATENCIÓN MÉDICA A LOS ASEGURADOS QUE PRESENTEN ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS POR ESTE CONTRATO.

PERIODO AL DESCUBIERTO.- ES AQUEL INTERVALO DURANTE EL CUAL QUEDAN SUSPENDIDOS LOS BENEFICIOS DEL CONTRATO, SE GENERA POR LA FALTA DE PAGO DE PRIMAS O POR NO HABER SOLICITADO LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

PERIODO DE ESPERA.- TIEMPO ININTERRUMPIDO QUE DEBE TRANSCURRIR A PARTIR DE LA FECHA DE CONTRATACIÓN DE CADA ASEGURADO, A FIN DE QUE LAS ENFERMEDADES DESCRITAS EN LA CLÁUSULA 29 PUEDAN SER CUBIERTAS POR LA PÓLIZA.

PERIODO DE GRACIA.- PERIODO DURANTE EL CUAL ESTÁN EN VIGOR LAS COBERTURAS DEL SEGURO, AUNQUE NO SE HAYA PAGADO EL RECIBO DE LA PRIMA.

PRIMA.- ES LA CONTRAPRESTACIÓN PREVISTA EN EL CONTRATO DE SEGURO A CARGO DEL CONTRATANTE.

PRIMER GASTO.- ES EL GASTO MÁS ANTIGUO EN EL QUE EL ASEGURADO INCURRE PARA LA ATENCIÓN DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS, TRATAMIENTOS Y SERVICIOS.- SERVICIO SOLICITADO POR EL ASEGURADO Y OTORGADO POR LA ASEGURADORA, EL CUAL CONSISTE EN CONFIRMAR EL PAGO DIRECTO AL PRESTADOR DE SERVICIOS INDEPENDIENTE, ANTES DE QUE OCURRA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO CON HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA AMBULATORIA.

PRÓTESIS.- SUSTITUCIÓN DE UNA PARTE DEL ESQUELETO O DE UN ÓRGANO POR UNA PIEZA O IMPLANTE ESPECIAL, QUE REPRODUCE LO QUE HA DE SUSTITUIR. TAMBIÉN SE DENOMINA DE ESTE MODO A LA PIEZA O IMPLANTE ARTIFICIAL INTRODUCIDO EN EL ORGANISMO.

PRÓTESIS AUDITIVA.- PIEZA O IMPLANTE ESPECIAL CON LA CUAL SE MEJORA LA AUDICIÓN.

RECLAMACIÓN O SOLICITUD DE SERVICIOS.- ES EL TRÁMITE QUE EFECTÚA EL ASEGURADO ANTE LA ASEGURADORA, PARA OBTENER LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE LA ASEGURADORA DEFINE SI ES O NO PROCEDENTE DE ACUERDO CON LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA.

RED DE PROVEEDORES: PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS, HOSPITALARIOS Y SIMILARES VINCULADOS CON LA ASEGURADORA A TRAVÉS DE UN CONVENIO.

REEMBOLSO.- ES LA RESTITUCIÓN DE GASTOS PROCEDENTES, EROGADOS PREVIAMENTE POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD, PADECIMIENTO O ACCIDENTE CUBIERTO. LA ASEGURADORA REINTEGRARÁ LA SUMA QUE CORRESPONDA DESPUÉS DE APLICAR LAS CONDICIONES CONTRATADAS AL PROPIO ASEGURADO O A LA PERSONA QUE ESTE DECIDA. PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS SE REQUERIRÁ FACTURAS, RECIBOS Y COMPROBANTES DE HONORARIOS.

RENOVACIÓN.- EMISIÓN CONSECUTIVA DE LA PÓLIZA.

REPORTE DESDE EL HOSPITAL.- SERVICIO EN EL QUE LA ASEGURADORA PUEDE OFRECER EL PAGO DIRECTO A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS INDEPENDIENTES, PREVIA VALORACIÓN Y DICTAMEN, NOTIFICANDO EL RESULTADO DEL MISMO AL ASEGURADO DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.

SALUD.- SALUD ES EL BIENESTAR BIOLÓGICO OBJETO DEL CONTRATO.

SIGNOS.- SON LAS MANIFESTACIONES OBJETIVAS DE UNA ENFERMEDAD QUE SON DEMOSTRADAS MEDIANTE UN DIAGNÓSTICO POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO Y QUE PUEDAN AUXILIARSE CON PRUEBAS DE GABINETE, LABORATORIO U OTRO MEDIO RECONOCIDO DE DIAGNÓSTICO.

SÍNTOMAS. SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PROPIAS DE UNA ENFERMEDAD.

SUMA ASEGURADA.- ES EL LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, CONVENIDO PARA CADA COBERTURA Y APLICABLE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

UMA.- UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN DIARIA

UMAM.- UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL

TABULADOR.- RELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS EN EL CUAL SE ESPECIFICA EL MONTO MÁXIMO A PAGAR POR LA ASEGURADORA PARA CADA UNO DE ESTOS Y EL CUAL HA SIDO ACORDADO CON EL RUV.

TRATAMIENTO PREVENTIVO.- CONJUNTO DE MEDIDAS FARMACOLÓGICAS, HIGIÉNICAS, QUIRÚRGICAS O DE CUALQUIER OTRO TIPO, DIRIGIDAS A PREVENIR LA APARICIÓN DE UNA ENFERMEDAD.

URGENCIA / EMERGENCIA MÉDICA.- SE ENTENDERÁ POR URGENCIA/ EMERGENCIA MÉDICA CUANDO SE PRESENTEN EN FORMA SÚBITA E IMPREVISTA CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO SEA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD QUE PONGA EN PELIGRO REAL LA VIDA, ÓRGANOS O FUNCIONES CORPORALES Y QUE REQUIERA DE TRATAMIENTO INMEDIATO YA SEA MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.

VIGENCIA.- PERIODO DE VALIDEZ DEL CONTRATO.

PRIMERA SECCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

MEDIANTE EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, LA ASEGURADORA SE OBLIGA, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL MISMO A PAGAR AL ASEGURADO LOS GASTOS EN QUE INCURRA CON MOTIVO DE LA ATENCIÓN MÉDICA REQUERIDA COMO CONSECUENCIA DE LAS COBERTURAS CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO – PÓLIZA.

FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO LAS CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, LOS ENDOSOS Y ANEXOS QUE SE DERIVEN DEL MISMO.

2. VIGENCIA

EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA SERÁ DE LAS 12 HORAS DEL 01 DE OCTUBRE DE 2023 A LAS 12 HORAS DEL 01 DE OCTUBRE DE 2024.

3. CONDICIONES GENERALES PARA LA OPERACIÓN

3.1 ESTRUCTURA E INFRAESTRUCTURA DEL PROGRAMA

LA ASEGURADORA PROVEERÁ DE UN SERVICIO QUE CONTEMPLE LOS GASTOS MÉDICOS MAYORES, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESPECIFICADAS EN LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES.

ASIMISMO, LA ASEGURADORA DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO – PÓLIZA ESTARÁ OBLIGADA A CONTAR CON LA INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA, RED MÉDICA, RED DE HOSPITALES, RED DE FARMACIAS Y RED DE LABORATORIOS QUE GARANTICEN SATISFACTORIAMENTE EL CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO CONTRATADO, DEBIENDO TENER COMO MÍNIMO:

1. RED DE PROVEEDORES, LA CUAL DEBERÁ GARANTIZAR LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS SOLICITADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CIUDADES DONDE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA TENGA OFICINAS. LA RED DE PROVEEDORES DEBERÁ ESPECIFICARSE EN UN ARCHIVO MAGNÉTICO QUE CONTenga LO SIGUIENTE:

A) RED NACIONAL DE MÉDICOS GENERALES.

- B) RED NACIONAL DE MÉDICOS ESPECIALISTAS
- C) RED NACIONAL DE MÉDICOS CON SUBESPECIALIDADES
- D) RED NACIONAL DE HOSPITALES. DEBERÁ CONTAR CON HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD (TERCER NIVEL) Y DE ESPECIALIDADES BÁSICAS (SEGUNDO NIVEL) DE RECONOCIDO PRESTIGIO Y LA MÁS ALTA CALIDAD DE SERVICIOS.
- E) MÉDICOS A DOMICILIO
- F) ENFERMERAS A DOMICILIO
- G) SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA
- H) RED NACIONAL DE LABORATORIOS Y GABINETES
- I) RED NACIONAL DE FARMACIAS

2. ENTREGAR AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA LA RED DE PROVEEDORES ACTUALIZADA.
3. CONTAR CON LOS MECANISMOS DE CONTROL ADECUADOS PARA VALIDAR LA PERSONALIDAD DEL BENEFICIARIO DE LOS SERVICIOS, EVITANDO CON ELLO FRAUDES EN EL USO DEL MISMO.

3.2 INFORMACIÓN A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A PROPORCIONAR A CADA ASEGURADO TITULAR, UN PAQUETE QUE CONTenga LA INFORMACIÓN QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

- A. TARJETA DIGITAL QUE ACREDITE COMO ASEGURADO AL TRABAJADOR Y SUS DEPENDIENTES, PARA TENER ACCESO DIRECTO A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO.
- B. RESUMEN DE COBERTURAS, LÍMITES, DEDUCIBLES Y COASEGUROS, TOTALMENTE APEGADO A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA. LA ENTREGA DEL RESUMEN SERÁ IMPRESO O ELECTRÓNICO
- C. GUÍA PARA EL USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS ACORDE CON LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS PARA LA PRESENTE PÓLIZA.
- D. ARCHIVO ELECTRÓNICO CON CONDICIONES GENERALES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, ASÍ COMO FORMATOS PARA RECLAMACIÓN. EL ARCHIVO ELECTRÓNICO DEBERÁ SER ENVIADO VÍA CORREO ELECTRÓNICO SOLO A LOS ASEGURADOS TITULARES.

DURANTE EL TRANSCURSO DE LA VIGENCIA, SERÁ POSIBLE PEDIR LA EXPEDICIÓN DE TARJETAS PLÁSTICAS POR ALTA O REPOSICIÓN A SOLICITUD DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SIN COSTO PARA EL ASEGURADO. EL NIVEL DE SERVICIO PARA ESTA ACTIVIDAD ESTÁ DEFINIDO EN LA CLÁUSULA 32.2 “ENTREGABLES POR EVENTO” IDENTIFICADO CON EL NÚMERO CONSECUTIVO 7.

LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS ENTREGARÁ A LA ASEGURADORA, 10 DÍAS NATURALES ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL LISTADO DEFINITIVO DE ASEGURADOS QUE SE UTILIZARÁ AL INICIO DE VIGENCIA PARA LA EMISIÓN DE TARJETAS Y CERTIFICADOS. UNA VEZ ASIGNADO LOS NÚMEROS DE CERTIFICADOS PARA CADA ASEGURADO, LA ASEGURADORA SE OBLIGA A ENTREGAR A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EL LISTADO QUE PERMITA

RELACIONAR DICHOS NÚMEROS DE CERTIFICADOS CON LOS ASEGURADOS PRESENTADOS EN EL VIGOR DE INICIO, ESTO ÚLTIMO DENTRO DE LOS DÍAS INDICADOS EN LA CLÁUSULA 32.1 ENTREGABLES POR ÚNICA OCASIÓN IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 2.

ADICIONALMENTE LA ASEGURADORA ENTREGARÁ LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS FORMATOS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA EDITABLE PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO, PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA E INFORME MÉDICO DENTRO DE LOS DÍAS INDICADOS EN LA CLÁUSULA 32.1 ENTREGABLES POR ÚNICA OCASIÓN IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 3.

3.3 ACTUALIZACIÓN DE RED DE PROVEEDORES

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A INFORMAR A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, CUALQUIER MODIFICACIÓN O ACTUALIZACIÓN RELATIVA A LOS PRESTADORES MÉDICOS, HOSPITALES Y DE SERVICIOS.

3.4 EJECUTIVO DE CUENTA Y ASESORES DE SERVICIO

LA ASEGURADORA DESIGNARÁ UN EJECUTIVO DE CUENTA PARA LA ATENCIÓN PERMANENTEMENTE DE LA PÓLIZA DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, LAS ACTIVIDADES SERÁN DESARROLLADAS DESDE LAS PROPIAS INSTALACIONES DE LA ASEGURADORA Y LA COMUNICACIÓN CON LOS ASEGURADOS SE REALIZARÁ DE MANERA REMOTA MEDIANTE MICROSOFT TEAMS, NÚMERO TELEFÓNICO Y CORREO ELECTRÓNICO EXCLUSIVOS. LOS REQUERIMIENTOS DEL SERVICIO SON LOS SIGUIENTES:

EJECUTIVO DE CUENTA

- A. SER EL ENLACE ADMINISTRATIVO ENTRE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y LA ASEGURADORA.
- B. GESTIONAR LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS, BAJAS Y SOLICITUDES DE MODIFICACIONES DE ASEGURADOS, PREVIA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.
- C. ATENDER CASOS ESPECÍFICOS.
- D. ENTREGAR ACTUALIZACIÓN DE LAS REDES MÉDICAS DE PROVEEDORES.
- E. ENTREGAR A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS EL REPORTE DE EMISIÓN DE ASEGURADOS AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LOS REPORTES DE SINIESTRALIDAD.
- F. ENTREGAR LOS ESTADOS DE CUENTA DONDE LA ASEGURADORA INDIQUE EL MONTO DE SUMA ASEGURADA INICIAL, MONTO PAGADO, MONTO EN TRÁNSITO, Y MONTO REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO DE UN ASEGURADO. DE AQUELLOS ASEGURADOS QUE SE LO REQUIERAN.
- G. REPORTAR A SOLICITUD DEL RUV LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS TÉRMINOS QUE ESTIPULE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, INCLUIDOS DÍAS INHÁBILES EL CUAL DEBERÁ INCLUIR AL MENOS CON LOS SIGUIENTES CAMPOS: NÚMERO DE CERTIFICADO, NOMBRE DEL ASEGURADO/A, NOMBRE DEL HOSPITAL, ENTIDAD FEDERATIVA Y FECHA DE INGRESO.
- H. GESTIONAR LA FACTURACIÓN Y EL PAGO DE PRIMAS.

- I. ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE QUEJAS RECIBIDAS POR PARTE DEL ENLACE REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA O A TRAVÉS DEL BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.
- J. COORDINAR LA ASESORÍA QUE SE BRINDA A LOS TRABAJADORES, CON INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN EN LA RED DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.
- K. GENERAR REPORTES DE TRÁMITES REALIZADOS.
- L. SUPERVISAR LOS SERVICIOS QUE BRINDEN LOS ASESORES.
- M. EN EL SUPUESTO DE QUE SE PRESENTE ALGUNA SITUACIÓN QUE AMERITE LA ATENCIÓN DE LA ASEGURADORA, ESTE EJECUTIVO DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE EN TODO MOMENTO VÍA TELEFÓNICA PARA ATENDER SU SOLVENTACIÓN.
- N. ASESORÍA VÍA REMOTA A LOS TRABAJADORES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EN RELACIÓN CON LOS TRÁMITES DEL SEGURO, QUE INCLUYA LA ASISTENCIA Y ORIENTACIÓN EN EL LLENADO DE FORMATOS, Y REQUISITOS NECESARIOS PARA CADA TRÁMITE.
- O. RECEPCIÓN VIA REMOTA Y REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR LOS TRÁMITES ANTE LA ASEGURADORA.
- P. GENERAR Y ENTREGAR FOLIO DE ATENCIÓN VIA REMOTA A LOS ASEGURADOS.
- Q. SEGUIMIENTO DE LOS TRÁMITES INGRESADOS POR PARTE DE LOS ASEGURADOS.
- R. ENVÍO DE RESOLUCIONES EMITIDAS POR LA ASEGURADORA.
- S. EL HORARIO DE SERVICIO SERÁ DE LUNES A VIERNES DE 9:00AM A 6:00PM.

3.5 ÁREA DE DICTAMEN

LA ASEGURADORA, DENTRO DE SU PANEL DE DICTAMINADORES, DESIGNARÁ A UN GRUPO DE DICTAMINADORES ESPECIALIZADOS EN LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA PARA LLEVAR A CABO LA REVISIÓN Y DICTAMINACIÓN DE LOS SINIESTROS. EL PANEL DE DICTAMINADORES, SERÁ PRESENTADO POR LA ASEGURADORA PREVIO AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA ASEGURADORA GARANTIZARÁ LA ATENCIÓN LOS 365 DÍAS DEL AÑO EN LOS HORARIOS QUE ÉSTA MANEJE.

3.6 CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

EL SERVICIO SERÁ PERMANENTE DURANTE TODO EL AÑO A NIVEL NACIONAL. DEBERÁ DAR EL SIGUIENTE SERVICIO:

- A) ATENCIÓN TELEFÓNICA LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO.
- B) PROPORCIONAR ASESORÍA EN EL USO DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES A TRAVÉS DE UN CONOCIMIENTO ROBUSTO DE LAS COBERTURAS DE DICHO PROGRAMA.
- C) PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE LA RED DE PROVEEDORES-
- D) ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS PARA SU CANALIZACIÓN.
- E) CONTAR CON UN BUZÓN TELEFÓNICO PARA LA RECEPCIÓN Y REPORTE DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.

3.7 BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

LA ASEGURADORA DEBERÁ CONTAR CON UN BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL DE QUEJAS Y SUGERENCIAS, EN EL CUAL SE RECIBAN LAS QUEJAS Y/O SUGERENCIAS QUE LOS ASEGURADOS TENGAN RESPECTO A LA OPERACIÓN DE LA PÓLIZA. DICHO BUZÓN DEBERÁ GENERAR ALGÚN

NÚMERO DE FOLIO O IDENTIFICADOR DE ATENCIÓN O RECEPCIÓN GENERADO POR LA ASEGURADORA QUE PERMITA ESTABLECER QUE LA ASEGURADORA RECIBIÓ LA QUEJA O SUGERENCIA Y EN QUÉ FECHA LA RECIBIÓ, CON EL FIN DE ESTABLECER DE MANERA CLARA LA PROCEDENCIA, EL TIEMPO DE ATENCIÓN Y LA SOLUCIÓN DE LAS MISMAS.

3.8 SISTEMA DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA

LA ASEGURADORA DEBERÁ CONTAR CON SISTEMAS INFORMÁTICOS QUE PERMITAN:

- A) CONTAR CON UNA BASE DE DATOS CON LOS REGISTROS DE INFORMACIÓN GENERAL POR USUARIO.
- B) CONTAR CON UNA BASE DE DATOS CON LAS SUMAS REMANENTES POR SINIESTRO DE LOS ASEGURADOS.
- C) MANTENER ACTUALIZADO EL PADRÓN DE USUARIOS MEDIANTE LA OPERACIÓN OPORTUNA DE ALTAS Y BAJAS DE LOS MISMOS.
- D) DAR SEGUIMIENTO DE LA SINIESTRALIDAD Y CONTROLAR EL GASTO. EN ESPECIAL LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN QUE SERÁN REPORTADOS CON BASE MENSUAL.
- E) ELABORAR LOS REPORTES DE QUEJAS Y SUGERENCIAS RECIBIDAS A TRAVÉS DEL BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL.

DICHO SISTEMA DEBERÁ ESTAR DISPONIBLE EN TODO MOMENTO PARA PRODUCIR LOS REPORTES NECESARIOS EN CUALQUIER PERIODO DE CORTE SOLICITADO.

LOS SISTEMAS UTILIZADOS POR LA ASEGURADORA DEBERÁN CONTAR CON RESGUARDOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN APEGO A LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y DEMÁS NORMATIVIDAD APLICABLE.

3.9 EXPEDIENTE CLÍNICO

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A OTORGAR EL APOYO, EN CASO DE SER REQUERIDO, PARA GESTIONAR LA ENTREGA DEL EXPEDIENTE MÉDICO (O COPIA DE ÉSTE) AL ASEGURADO QUE ASÍ LO SOLICITE, SIN QUE EXISTA ALGUNA PERIODICIDAD EN ESPECÍFICO.

EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEBERÁ CONTENER LOS SIGUIENTES CAMPOS: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS, FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA, PADECIMIENTO, PROCEDIMIENTOS PRACTICADOS, TIPO DE PADECIMIENTO, TIPO DE ESTANCIA, FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO Y COMENTARIOS DEL MÉDICO DE LA ASEGURADORA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN, SE DEBERÁ INTEGRAR EL EXPEDIENTE CON TODO LO INDICADO.

EL EXPEDIENTE MÉDICO DEBERÁ CONTAR CON RESGUARDOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN EN APEGO A LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR ÚNICA DE SEGUROS Y DE FIANZAS Y DEMÁS NORMATIVIDAD APLICABLE.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO – PÓLIZA

ESTE CONTRATO – PÓLIZA SOLO PODRÁ MODIFICARSE POR ACUERDO DE LAS PARTES Y LOS CAMBIOS DEBERÁN CONSTAR POR ESCRITO Y PODRÁ REGISTRARSE ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

5. NOTIFICACIONES

CUALQUIER NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON EL CONTRATO DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO EN LOS DOMICILIOS SEÑALADOS POR LAS PARTES. PARA ESTE EFECTO, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA INDICA COMO DOMICILIO AVENIDA INSURGENTES SUR 1685, COL. GUADALUPE INN, ALCALDÍA ÁLVARO OBREGÓN, CIUDAD DE MÉXICO, C.P. 01020, Y LA ASEGURADORA SEÑALA SU DOMICILIO EN _____.

6. ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

“SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRÁ PEDIR LA RECTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS QUE SIGAN AL DÍA EN QUE RECIBA LA PÓLIZA, TRANSCURRIDO ESE PLAZO SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA O DE SUS MODIFICACIONES”.

7. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

NO OBSTANTE, EL TÉRMINO DE VIGENCIA DE ESTE CONTRATO – PÓLIZA, LAS PARTES CONVIENEN EN QUE ESTE PODRÁ DARSE POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE MEDIANTE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA CON 30 DÍAS HÁBILES DE ANTICIPACIÓN, LA ASEGURADORA TENDRÁ DERECHO A LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA CALCULADA A PRORRATA QUE CORRESPONDA AL TIEMPO DURANTE EL CUAL EL SEGURO HUBIERA ESTADO EN VIGOR.

LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE POR LAS RECLAMACIONES PROCEDENTES DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y COBERTURAS DEL PRESENTE CONTRATO – PÓLIZA DURANTE EL PERIODO EN QUE LA PÓLIZA HAYA ESTADO EN VIGOR.

LA ASEGURADORA NO PODRÁ DAR POR TERMINADO ANTICIPADAMENTE EL CONTRATO – PÓLIZA SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

8. PRESCRIPCIÓN

TODAS LAS ACCIONES DERIVADAS DE ESTE CONTRATO – PÓLIZA PRESCRIBIRÁN EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL TÍTULO I, CAPITULO V DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

9. PRIMA

LA PRIMA DE LA PÓLIZA DEFINIDA EN LAS SECCIONES PRIMERA Y SEGUNDA ESTARÁ A CARGO DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y SERÁ PAGADA EN UNA SOLA EXHIBICIÓN AL INICIO DE LA VIGENCIA. EL PAGO DE LA PRIMA SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A LA CUENTA

BANCARIA QUE LA ASEGURADORA TENGA REGISTRADA EN EL SISTEMA DE PROVEEDORES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

PARA ELLO, LA ASEGURADORA DEBERÁ ENTREGAR LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y EL RECIBO O LA FACTURA CORRESPONDIENTE EN FORMATO PDF Y XML A CONFORMIDAD DEL RUV, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN CON LA CUAL LA ASEGURADORA RESULTO ADJUDICADA. LA PRIMA SERÁ PAGADA DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A QUE LA ASEGURADORA HAYA REALIZADO LA ENTREGA DE DICHA DOCUMENTACIÓN.

EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA GOZARÁ DE UN PERIODO DE GRACIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO – PÓLIZA, PARA LIQUIDAR EL TOTAL DE LA PRIMA O CADA UNA DE LAS FRACCIONES PACTADAS EN ESTE CONTRATO, A LAS DOCE HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DEL PERIODO DE GRACIA, LOS EFECTOS DEL CONTRATO CESARÁN AUTOMÁTICAMENTE SI EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA NO HA CUBIERTO EL TOTAL DE LA PRIMA O DE LA FRACCIÓN PACTADA EN CASO DE QUE LA ASEGURADORA NO ENTREGUE DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA LA INFORMACIÓN EN LOS TÉRMINOS DESCRITOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR EL PERIODO DE GRACIA SE RECORRERÁ TANTOS DÍAS COMO LA ASEGURADORA TARDE EN REALIZAR TAL ENTREGA.

EN CASO DE QUE TRANSCURRAN 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO – PÓLIZA Y EL RUV NO LOGRE HABER REALIZADO EL PAGO CORRESPONDIENTE DEBIDO A QUE LA ASEGURADORA NO HA PRESENTADO LA CARÁTULA DE PÓLIZA, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y/O EL RECIBO O LA FACTURA CORRESPONDIENTE EN FORMATO PDF Y XML EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN CON LA CUAL LA ASEGURADORA RESULTO ADJUDICADA, LA ASEGURADORA ENTREGARÁ NOTIFICACIÓN POR ESCRITO EN LA QUE CONSTE QUE SE OBLIGA A MANTENER VIGENTE LA PÓLIZA DE SEGURO Y A ATENDER Y PAGAR LOS SINIESTROS QUE SE PRESENTEN MIENTRAS LA ASEGURADORA ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN SIN ERRORES Y SE PUEDA EFECTUAR EL PAGO DE LA MISMA.

10. ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS QUE SE PRODUZCAN A LO LARGO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR ENTRADAS Y SALIDAS DE ASEGURADOS SE APLICARÁN DE MANERA AUTOMÁTICA EN CUANTO LA ASEGURADORA TENGA CONOCIMIENTOS DE ELLOS. PARA ELLO, LA GERENCIA ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS REPORTARÁ A LA ASEGURADORA, VÍA CORREO ELECTRÓNICO LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS EN EL MOMENTO EN QUE ESTOS SE CONOZCAN.

PARA LOS MOVIMIENTOS DE ALTA, LA ASEGURADORA SE OBLIGA A PRESENTAR A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS MÉDICO EL LISTADO QUE PERMITA ESTABLECER LA CORRESPONDENCIA DE LOS NÚMEROS DE CERTIFICADOS CON LOS ASEGURADOS DADOS DE ALTA.

EL PAGO DE AJUSTE EN LA PRIMA DEBIDA A LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA SE LLEVARA A CABO A LOS

40 DÍAS NATURALES DESPUÉS DEL FINAL DE LA VIGENCIA, PREVIA CONCILIACIÓN Y ACUERDO DE LA APLICACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS Y LA PRIMA RESULTANTE ENTRE LA ASEGURADORA Y LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y A LA ENTREGA POR PARTE DE LA ASEGURADORA DEL CORRESPONDIENTE RECIBO O FACTURA EN FORMATO PDF Y XML AL RUV.

EN CASO DE BAJA DE ASEGURADOS, LA ASEGURADORA DEVOLVERÁ AL RUV LA PRIMA COBRADA NO DEVENGADA A LA FECHA DE BAJA Y EN EL CASO DE LAS ALTAS, SE PAGARÁ A LA ASEGURADORA LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA QUE CORRESPONDA AL PERIODO CUBIERTO. EN AMBOS CASOS SE UTILIZARÁ COMO BASE PARA EL CÁLCULO EL COSTO UNITARIO QUE PARA TAL EFECTO SE ESTABLEZCA DESDE EL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA. EL SEGUIMIENTO A LAS BAJAS Y SUS DEVOLUCIONES ESTARÁ A CARGO DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.

LOS MOVIMIENTOS DE BAJAS SERÁN ENTREGADOS CON UN MÁXIMO DE 30 NATURALES DÍAS DE RETROACTIVIDAD PARA SU APLICACIÓN.

LA ASEGURADORA DEVOLVERÁ AL RUV LA PRIMA COBRADA NO DEVENGADA A LA FECHA DE BAJA SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTAN SINIESTROS DEL ASEGURADO QUE CAUSO LA BAJA.

11. REHABILITACIÓN

SI EL RUV PAGA LA PRIMA CORRESPONDIENTE DESPUÉS DE 30 DÍAS NATURALES DE LA FECHA PACTADA PARA EL PAGO DE CADA UNA DE LAS FRACCIONES O DEL PAGO TOTAL DE LA PRIMA, EL CONTRATO – PÓLIZA QUEDARÁ REHABILITADO.

12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

UNA VEZ RECIBIDOS TODOS LOS DOCUMENTOS, DATOS E INFORMES QUE PERMITAN DICTAMINAR LA PROCEDENCIA DE UNA INDEMNIZACIÓN, LA ASEGURADORA CONTARÁ CON LOS DÍAS HÁBILES ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA 32.2 ENTREGABLES POR EVENTO, IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 11, PARA REALIZAR EL PAGO AL ASEGURADO TITULAR O LA PERSONA DESIGNADA POR ESTE, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA RECEPCIÓN DE LOS DOCUMENTOS.

LA ASEGURADORA SOLO PAGARÁ LOS HONORARIOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS INDEPENDIENTES TITULADOS Y LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, SIEMPRE Y CUANDO HAYAN PARTICIPADO ACTIVA Y DIRECTAMENTE EN LA CURACIÓN O RECUPERACIÓN DEL ASEGURADO Y SE PUEDA CORROBORAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO CON LA NOTA Y FIRMA RESPECTIVA.

DE IGUAL MANERA, LA ASEGURADORA SOLO PAGARÁ LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SANATORIOS, CLÍNICAS U HOSPITALES DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES.

EN CASO DEL QUE EL ASEGURADO TITULAR O LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS REALICE UNA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DEL DICTAMEN, LA ASEGURADORA SOLO CONTARÁ CON LOS

DÍAS HÁBILES ADICIONALES CONSIDERADOS EN LA CLÁUSULA 32.2 ENTREGABLES POR EVENTO IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 12.

13. INDEMNIZACIÓN POR MORA

EN CASO DE QUE LA ASEGURADORA, NO OBSTANTE HABER RECIBIDO LOS DOCUMENTOS E INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN QUE LE HAYA SIDO PRESENTADA, NO CUMPLA CON LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN EN EL TIEMPO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONTRATO –PÓLIZA, ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTOS BENEFICIOS Y LA PENALIZACIÓN ESTABLECIDA EN LA CLÁUSULA 32.2 ENTREGABLES POR EVENTO IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 11.

14. MONEDA

TODAS LAS OBLIGACIONES DE PAGO DE ESTE CONTRATO SERÁN PAGADERAS EN MONEDA NACIONAL.

LOS GASTOS CUBIERTOS QUE SE ORIGINEN EN EL EXTRANJERO SE REEMBOLSARÁN DE ACUERDO CON EL TIPO DE CAMBIO ESTIPULADO POR EL BANCO DE MÉXICO, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, PARA LA MONEDA Y LA FECHA EN QUE SE EROGUEN DICHOS GASTOS.

15. EDADES DE ACEPTACIÓN

PARA LOS EMPLEADOS ACTIVOS:

- PARA LOS ASEGURADOS TITULARES: SIN LÍMITE.
- PARA LOS CÓNYUGES Y/O CONCUBINOS: SIN LÍMITE.
- PARA LOS HIJOS DEL TITULAR, QUE NO TENGAN DISCAPACIDAD: DESDE EL NACIMIENTO Y HASTA QUE CUMPLAN LOS 25 AÑOS DE EDAD.
- PARA LOS HIJOS DEL TITULAR, QUE TENGAN DISCAPACIDAD: DESDE EL NACIMIENTO Y SIN LÍMITE.

LOS HIJOS DEL TITULAR QUE NO TENGAN DISCAPACIDAD Y QUE DURANTE EL TRANCURSO DEL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA CUMPLAN 25 AÑOS SERÁN DADOS DE BAJA DE LA PÓLIZA DE MANERA AUTOMÁTICA, SIN REQUERIR AVISO DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, DESDE EL PRIMER MINUTO EN EL QUE ALCANCEN ESA EDAD.

16. ESTADÍSTICAS

SINIESTRALIDAD.- LA ASEGURADORA SE OBLIGA, BAJO SOLICITUD DEL RUV A PROPORCIONAR ESTADÍSTICA CON LA SINIESTRALIDAD OCURRIDA Y LA SINIESTRALIDAD ACUMULADA EN EL PERIODO DE COBERTURA Y SERÁ ENTREGADA EN UN PLAZO NO MAYOR A LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DE NIVELES DE SERVICIO. LOS REPORTES DE SINIESTRALIDAD A QUE SE REFIEREN ESTE PÁRRAFO DEBERÁN SER ENTREGADOS A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS. LA ENTREGA SERÁ A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL. EN EL CASO DE QUE SURGIERA ALGÚN PROBLEMA EN LA ENTREGA POR CORREO ELECTRÓNICO, ÉSTA SE PODRÁ DAR A TRAVÉS DE UN DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DE ALMACENAMIENTO USB ACOMPAÑADO DE OFICIO CORRESPONDIENTE. EN EL CASO EN EL QUE NO HUBIERA SINIESTRALIDAD QUE REPORTAR, LA

ASEGURADORA TENDRÁ QUE ENVIAR EN SUSTITUCIÓN DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD EL AVISO DE ESTA SITUACIÓN POR ESCRITO, A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO U OFICIO EN LOS MISMOS LÍMITES DE TIEMPO MARCADOS PARA LA ENTREGA DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD.

LOS INFORMES ANTERIORES DEBERÁN CONTENER COMO MÍNIMO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- A) NÚMERO DE PÓLIZA
- B) NÚMERO DE CERTIFICADO
- C) NÚMERO DE SINIESTRO
- D) GÉNERO DEL PACIENTE
- E) FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (DÍA/MES/AÑO; ## / ## / #####)
- F) PARENTESCO CON EL TITULAR
- G) CÓDIGO ICD DEL PADECIMIENTO
- H) NOMBRE DEL PADECIMIENTO
- I) CONCEPTO
SE ESPECIFICARÁ EN ESTE CAMPO QUÉ CONCEPTO ESPECÍFICO ESTÁ GENERANDO EL REGISTRO. LA AGRUPACIÓN DEBE SER:
 - HOSPITAL
 - CONSULTA
 - MEDICAMENTOS
 - ESTUDIOS DE LABORATORIO
 - ESTUDIOS DE GABINETE
 - PARTO
 - AYUDA PARA EL RECIÉN NACIDO
 - EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO
 - TERAPIA HIPERBÁRICA
 - AMBULANCIA AÉREA
 - OTROS
- J) MARCA DE SI EL REGISTRO SE GENERÓ POR ENFERMEDAD O POR ACCIDENTE.
- K) MONTO RECLAMADO
- L) DEDUCIBLE
- M) COASEGURO
- N) I.V.A.
- O) MONTO PAGADO
- P) MONTO PENDIENTE
- Q) SUMA ASEGURADA REMANENTE, GLOBAL O POR COBERTURA, SI SE TRATA DE UNA COBERTURA QUE TIENE SU PROPIA SUMA ASEGURADA.
- R) FECHA DEL PRIMER GASTO (DÍA/ MES/ AÑO; ## / ## / #####). SE REGISTRARÁ AQUÍ LA PRIMERA FECHA ASOCIADA AL PADECIMIENTO.
- S) FECHA DE PRESTACIÓN DE SERVICIO (DÍA/ MES/ AÑO; ## / ## / #####).
- T) FECHA DE PAGO (DÍA/ MES/ AÑO; ## / ## / #####).
- U) FECHA DE INICIO DE PADECIMIENTO (DÍA/ MES/ AÑO; ## / ## / #####).

- V) TIPO DE PAGO (REEMBOLSO / DIRECTO)
- W) CLAVE DE ENTIDAD FEDERATIVA EN LA CUAL FUE BRINDADO EL SERVICIO
- X) CLAVE DEL MUNICIPIO EN EL CUAL FUE BRINDADO EL SERVICIO
- Y) CLAVE DEL PROVEEDOR QUE BRINDO EL SERVICIO, LA CUAL DEBERÁ COINCIDIR CON LA CLAVE ENTREGADA EN LA RED DE PROVEEDORES CUANDO SE TRATE DE PROVEEDORES DENTRO DE LA RED.
- Z) NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE BRINDÓ EL SERVICIO

CONSIDERACIONES:

- LOS CAMPOS DE MONTO DE CADA REGISTRO DEBEN CORRESPONDER A LO SEÑALADO EN EL INCISO “I” “CONCEPTO” DE LA PRESENTE CLÁUSULA, ES DECIR, DEBE HABER UN REGISTRO PARA CADA UNO DE LOS DE SERVICIOS PRESTADOS.
- A LA ENTREGA DEL PRIMER REPORTE DE SINIESTRALIDAD SE DEBE ANEXAR ADICIONALMENTE:
 - CATÁLOGO DE LAS CLAVES ICD (INCISO G), EN FORMATO EXCEL
 - CATÁLOGO DE LAS CLAVES DE ENTIDAD FEDERATIVA (INCISO W) EN FORMATO EXCEL
 - CATÁLOGO DE LAS CLAVES DE MUNICIPIO UTILIZADAS (INCISO X) EN FORMATO EXCEL
 - FÓRMULA CON LA CUAL SE OBTIENEN LOS MONTOS PAGADOS Y PENDIENTES A PARTIR DEL USO DEL RESTO DE LOS CAMPOS DE MONTOS. EN CASO DE QUE EXISTA ALGÚN OTRO CONCEPTO DE MONTO NO CONTEMPLADO EN LA PRESENTE ESTRUCTURA, AGREGAR EL CAMPO.

CON LA FINALIDAD DE UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LOS CONCEPTOS Y CATÁLOGOS MENCIONADOS EN ESTA CLÁUSULA, AL INICIO DE VIGENCIA SE REALIZARÁ UNA REUNIÓN DE TRABAJO ENTRE LA ASEGURADORA Y LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS CON EL OBJETIVO DE HOMOLOGAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, LOS ACUERDOS DERIVADOS DE ESTA REUNIÓN DE TRABAJO SE HARÁN CONSTAR EN UNA MINUTA.

POSIBLE REVISIÓN SOBRE LOS DATOS REFLEJADOS EN LOS REPORTES DE SINIESTRALIDAD.- LA ASEGURADORA DARÁ FACILIDADES AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA PARA QUE ESTE O TERCERAS PERSONAS CONTRATADAS FORMALMENTE POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EFECTÚEN REVISIÓN AL SOPORTE DOCUMENTAL DE UNA MUESTRA DE MOVIMIENTOS DE SINIESTROS OCURRIDOS Y PAGADOS, PARA VERIFICAR LA CONSISTENCIA DE LOS DATOS REFLEJADOS EN LOS REPORTES DE SINIESTRALIDAD. DE SER EL CASO, SE CONCERTARÁ CON LA ASEGURADORA EL TIPO DE SOPORTE A EXHIBIR DE MANERA TAL QUE NO SE REVELE INFORMACIÓN SENSIBLE O SUJETA A PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE LOS ASEGURADOS.

NO EXISTE FECHA PREESTABLECIDA O PROGRAMADA PARA EFECTUAR ESTA REVISIÓN, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA INFORMARÁ CON 10 DÍAS HÁBILES DE ANTICIPACIÓN A LA ASEGURADORA COMUNICANDO CUALES MOVIMIENTOS DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD SERÁN OBJETO DE

REVISIÓN. LA ASEGURADORA ENTREGARÁ EL SOPORTE DOCUMENTAL DE ACUERDO CON EL NIVEL DE SERVICIO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA 32.2 ENTREGABLES POR EVENTO IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO 13, Y EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA REVISARÁ LA CONSISTENCIA CONTRA EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD, UNA VEZ REALIZADA LA REVISIÓN, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EMITIRÁ COMENTARIOS A LA ASEGURADORA. DE ENCONTRARSE INCONSISTENCIAS SE LE HARÁ SABER DE LAS MISMAS A LA ASEGURADORA PARA QUE PROCEDA A LA CORRECCIÓN, EMISIÓN Y ENTREGA DE UN NUEVO REPORTE DE SINIESTRALIDAD DENTRO DEL PLAZO INDICADO EN LA CLÁUSULA 32.2 ENTREGABLES POR EVENTO IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO 14.

REPORTE DE SINIESTRALIDAD, UNA VEZ TERMINADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.- CON EL OBJETO DE QUE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA PUEDA CONTAR CON SU INFORMACIÓN DE SINIESTRALIDAD COMPLETA Y ACTUALIZADA LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A ENTREGAR REPORTE DE SINIESTRALIDAD ACTUALIZADOS A SOLICITUD DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA POR LOS GASTOS A SU CARGO DURANTE EL TIEMPO QUE ESTUVO EN VIGENCIA LA PÓLIZA, AÚN Y CUANDO HAYA TERMINADO SU PERIODO DE VIGENCIA, MIENTRAS SIGA RECIBIENDO RECLAMACIONES PROCEDENTES A SU CARGO QUE DEBAN CONSIDERARSE.

VIGOR.- LA ASEGURADORA SE OBLIGA A PROPORCIONAR AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, ESTADÍSTICA MENSUAL CON LA RELACIÓN DE LOS ASEGURADOS CUBIERTOS A LO LARGO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN EL CUAL SE REFLEJEN LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS SOLICITADOS. SERÁ ENTREGADA EN UN PLAZO NO MAYOR A LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO DE NIVELES DE SERVICIO A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS. LA ENTREGA SERÁ A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL. EN EL CASO DE QUE SURGIERA ALGÚN PROBLEMA EN LA ENTREGA POR CORREO ELECTRÓNICO, ÉSTA SE PODRÁ DAR A TRAVÉS DE UN DISPOSITIVO ELECTRÓNICO DE ALMACENAMIENTO USB ACOMPAÑADO DE OFICIO CORRESPONDIENTE.

EL INFORME DEBERÁ CONTENER COMO MÍNIMO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- A) NUMERO DE CERTIFICADO
- B) PARENTESCO
- C) FECHA DE NACIMIENTO (DIA / MES / AÑO); ## / ## / #####)
- D) EDAD
- E) GÉNERO
- F) FECHA DE ALTA (DIA / MES / AÑO); ## / ## / #####)
- G) FECHA DE ANTIGÜEDAD NACIONAL (DIA / MES / AÑO); ## / ## / #####)
- H) ENTIDAD

ELEMENTOS DE LOS ESTADOS DE CUENTA

LOS ESTADOS DE CUENTA QUE REQUIERA EL ASEGURADO A LA ASEGURADORA, DEBERÁN CONTENER AL MENOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- A) MONTO DE LA SUMA ASEGURADA

B) MONTO EN TRÁNSITO

C) MONTO REMANANTE DE LA SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO DE UN ASEGURADO.

ELEMENTOS DEL REPORTE DE CASOS DE HOSPITALIZACION

LOS REPORTES DEBERÁN INCLUIR AL MENOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

A) NÚMERO DE CERTIFICADO

B) NOMBRE DEL ASEGURADO

C) NOMBRE DEL HOSPITAL

D) ENTIDAD FEDERATIVA

E) FECHA DE INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL POR USUARIO

EL REGISTRO DEBERÁ CONTEMPLAR:

A) NÚMERO DE CERTIFICADO

B) NOMBRE COMPLETO

C) EDAD

D) GÉNERO

E) ANTIGÜEDAD

F) UBICACIÓN GEOGRÁFICA

17. PROCEDIMIENTO DE OPERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE APLICARÁN PARA LA OPERACIÓN DEL CONTRATO-PÓLIZA Y EL PAGO DE INDEMNIZACIONES SERÁN LOS QUE DÉ A CONOCER POR PARTE DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS A LA ASEGURADORA AL INICIO DE LA VIGENCIA.

18. CONTROVERSIAS

EN CASO DE CONTROVERSIA, EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO PODRÁN HACER VALER SUS DERECHOS EN LOS TRIBUNALES COMPETENTES DE LA JURISDICCIÓN A LA QUE CORRESPONDA EL DOMICILIO DEL ASEGURADO Y/O NOMBRAR COMO ÁRBITRO A LA CONDUSEF, EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS POR LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS.

19. FRAUDE O DOLO

LA ASEGURADORA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD SI EL ASEGURADO CON EL FIN DE HACERLA INCURRIR EN ERROR, DISIMULAN O DECLARAN DE MANERA INEXACTA HECHOS QUE PODRÍAN EXCLUIR O RESTRINGIR DICHAS RESPONSABILIDADES, SI HUBIERE EN EL SINIESTRO O EN LA RECLAMACIÓN TERGIVERSACIÓN O MALA FE DEL ASEGURADO.

DE IGUAL MANERA, EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA, INCURRA EN FALSAS E INEXACTAS DECLARACIONES U OMISIONES QUE INFLUYAN EN UNA RECLAMACIÓN, LA ASEGURADORA NO ESTARÁ OBLIGADA A CUBRIR EL MONTO RECLAMADO.

20. QUIEBRA E INSOLVENCIA

EN CASO DE QUIEBRA O INSOLVENCIA DE LA ASEGURADORA, ESTA NO SERÁ EXONERADA POR ESTE MOTIVO DEL PAGO DE CUALQUIER RECLAMACIÓN DERIVADA DE ESTE CONTRATO-PÓLIZA, SIGUIENDO LO ESTABLECIDO EN EL TÍTULO DÉCIMO SEGUNDO “DE LA LIQUIDACIÓN Y EL CONCURSO MERCANTIL” DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS.

21. PERÍODO DE BENEFICIO

LOS GASTOS ORIGINADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE SEAN REPORTADOS CON POSTERIORIDAD AL FINAL DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SERÁN INDEMNIZADOS POR LA ASEGURADORA QUE HAYA ESTADO DANDO LA COBERTURA AL MOMENTO DE LA ORIGINACIÓN DEL GASTO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN LA CLÁUSULA DE PAGOS COMPLEMENTARIOS Y SIEMPRE Y CUANDO EL GASTO SEA PROCEDENTE.

22. OTROS SEGUROS

SI AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN LAS COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA PÓLIZA ESTUVIERAN AMPARADAS TOTAL O PARCIALMENTE POR OTROS SEGUROS SIMILARES, EN ESTA U OTRAS ASEGURADORAS, EL ASEGURADO NO PODRÁ RECIBIR MÁS DEL 100% DE LOS GASTOS REALES INCURRIDOS, SEA POR UN SEGURO O POR LA SUMA DE VARIOS.

23. SUMA ASEGURADA

LA SUMA ASEGURADA PARA CADA COBERTURA CONTRATADA APLICARÁ EN FORMA INDEPENDIENTE. LA SUMA ASEGURADA APLICA POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE CON SUS SECUELAS Y COMPLICACIONES, HASTA POR EL LÍMITE CONTRATADO.

24. SUMA ASEGURADA REMANENTE

LA ASEGURADORA SE DARÁ POR ENTERADA DE LOS SINIESTROS Y LA SUMAS REMANENTES DE ESTOS, MEDIANTE LA SINIESTRALIDAD HISTÓRICA ENTREGADA POR LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS PREVIO AL INICIO DE LA VIGENCIA.

LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A EMITIR, VÍA CORREO ELECTRÓNICO, UN ARCHIVO EN FORMATO EXCEL CON EL REPORTE DE SUMA REMANENTE POR ASEGURADO Y POR SINIESTRO AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA, DE TODOS AQUELLOS SINIESTROS DE LOS QUE TUVO CONOCIMIENTO DURANTE EL TRANSCURSO DE SU VIGENCIA. EL ENVÍO DEL CORREO ELECTRÓNICO SE REALIZARÁ DE ACUERDO CON EL NIVEL DE SERVICIO ESTABLECIDO EN LA CLÁUSULA 32.1 ENTREGABLES POR ÚNICA

OCASIÓN IDENTIFICADO CON EL CONSECUTIVO NÚMERO 6.

25. NO ADHESIÓN

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO-PÓLIZA SON ACORDADOS Y FIJADOS LIBREMENTE ENTRE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y LA ASEGURADORA POR LO QUE ESTE NO ES UN CONTRATO DE ADHESIÓN Y POR LO TANTO NO SE UBICA EN EL SUPUESTO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 202 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS; EN TAL VIRTUD EL REGISTRO DE ESTA PÓLIZA QUEDARÁ A DISCRECIÓN DE LA ASEGURADORA QUIEN LLEVARÁ A CABO LOS TRÁMITES QUE CONSIDERE NECESARIOS EN APEGO A LA LEY EN VIGOR.

26. CLÁUSULA DE PRELACIÓN

EN TODOS AQUELLOS CONCEPTOS NO DESCRITOS O PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGUROS, OPERARÁN LAS CONDICIONES GENERALES QUE TENGA REGISTRADA LA ASEGURADORA. SIN EMBARGO, EN TODO MOMENTO Y BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA PREVALECERÁN LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO SOLICITADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

EN CASO DE CONTROVERSIA ENTRE LAS CONDICIONES DE LA ASEGURADORA Y LAS CONDICIONES SOLICITADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, LAS CONDICIONES DEL CONTRATANTE TENDRÁN PRELACIÓN SOBRE LAS DE LA ASEGURADORA.

EN CASO DE QUE EL CLAUSULADO GENERAL SE CONTRAPONGA A LAS PRESENTES CONDICIONES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR ENDOSOS PARA REALIZAR AJUSTES A LOS TEXTOS CORRESPONDIENTES Y ASÍ ELIMINAR LAS POSIBLES DIFERENCIAS CON RESPECTO A ESTAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO.

27. SINIESTROS EN TRÁMITE

LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE DE SEGUIR CON LA ATENCIÓN Y PROCESO DE SINIESTROS PENDIENTES YA REPORTADOS ATENDIDOS EN LA VIGENCIA QUE EXPIRA Y EN ANTERIORES QUE SIGAN ABIERTOS.

TODOS LOS GASTOS GENERADOS DE LOS SINIESTROS EN TRÁMITE HASTA EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA QUE EXPIRA SERÁN CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA DE LA VIGENCIA QUE EXPIRA, INCLUYENDO AQUELLOS QUE AÚN NO HAYAN SIDO REPORTADOS Y QUE HAYAN OCURRIDO DENTRO DE SU VIGENCIA.

28. DERECHO DE ANTIGÜEDAD Y PERIODOS DE ESPERA

LA ASEGURADORA DEBERÁ RESPETAR LOS DERECHOS DE ANTIGÜEDAD ADQUIRIDOS CON OTRAS ASEGURADORAS EN VIGENCIAS ANTERIORES. ASIMISMO, NO DEBERÁN APLICARSE PERÍODOS DE ESPERA EN NINGUNO DE LOS PADECIMIENTOS CUBIERTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, EXCEPTO SIDA.

EL RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD SE CONSIDERARÁ SIEMPRE QUE NO EXISTAN PERIODOS AL DESCUBIERTO.

NO SE APLICAN PERIODOS DE ESPERA A CUALQUIER PADECIMIENTO, EXCEPTO SIDA EL CUAL REQUIERE DE PERÍODO DE ESPERA DE DOS AÑOS, CONTADO DESDE LA FECHA DE INGRESO AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER SÍNTOMA SE HAYA PRESENTADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

29. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

EL ASEGURADO PODRÁ CORROBORAR EL DIAGNÓSTICO INICIAL DE CUALQUIER PADECIMIENTO AMPARADO, UTILIZANDO MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE EL ASEGURADO DESIGNE LIBREMENTE, ELIGIENDO DE ENTRE LOS MÉDICOS ESTABLECIDOS EN LA RED DE LA ASEGURADORA. ESTE BENEFICIO SE CUBRIRÁ VÍA REEMBOLSO SIN NECESIDAD QUE SE REBASE EL DEDUCIBLE CONTRATADO. SOLO EL ASEGURADO PUEDE SOLICITAR LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.

30. ERRORES U OMISIONES

CUALQUIER ERROR U OMISIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, NO PERJUDICARÁ SUS INTERESES, YA QUE ES INTENCIÓN DE ESTE SEGURO DAR PROTECCIÓN COMPLETA Y EN TODO TIEMPO SIN EXCEDER DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN EL MISMO; POR TANTO, LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FIANZAS SE OBLIGA A REPORTAR A LA ASEGURADORA CUALQUIER ERROR U OMISIÓN, A PARTIR DE SU CONOCIMIENTO. APLICA SIN EXCEDER DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA PÓLIZA Y SIN CONSIDERAR COBERTURA O UBICACIÓN ADICIONAL ALGUNA, POR LO TANTO, CUALQUIER ERROR U OMISIÓN ACCIDENTAL, SERÁ CORREGIDO AL SER DESCUBIERTO Y EN CASO DE QUE EL ERROR U OMISIÓN LO AMERITE, SE HARÁ EL AJUSTE CORRESPONDIENTE DE PRIMA.

31. ENTREGABLES, NIVELES DE SERVICIO Y PENALIZACIONES POR INCUMPLIMIENTO

SE DARÁ SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS NIVELES DE SERVICIO ASOCIADOS A LOS ENTREGABLES ESPECIFICADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CUANDO ALGÚN ENTREGABLE ESTABLECIDO EN LA PRESENTE CLÁUSULA REQUIERA DE VISTO BUENO, REVISIÓN O INFORMACIÓN POR PARTE DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EL CONTADOR DE DÍAS PARA FINES DEL CÁLCULO DE LA PENALIZACIÓN SE DETENDRÁ POR EL TIEMPO QUE SE ENCUENTRE EN REVISIÓN DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

32.1 ENTREGABLES POR ÚNICA OCASIÓN: SON AQUELLOS ENTREGABLES QUE DEBEN PRESENTARSE UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA ASEGURADORA DEBERÁ PRESENTAR DICHO ENTREGABLE DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA CADA UNO.

EN TODOS LOS CONCEPTOS CONSIDERADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO, SE MEDIRÁ EL NIVEL DE

SERVICIO DE LA ENTREGA A CONFORMIDAD DEL RUV, ES DECIR, QUE SE RECIBAN LOS ENTREGABLES Y QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ELLOS NO TENGA INCONSISTENCIAS U OBSERVACIONES. LA ASEGURADORA CONTARÁ CON 5 DÍAS HÁBILES ADICIONALES POSTERIORES A RECIBIR LAS OBSERVACIONES PARA CORREGIR EL ENTREGABLE EN CUESTIÓN; SI TRANSCURRIDO DICHO PERIODO EL ENTREGABLE AÚN CUENTA CON DEFICIENCIAS, SE CONTABILIZARÁN COMO DÍAS DE ATRASO TODOS LOS DÍAS NATURALES TRANSCURRIDOS HASTA QUE LA ASEGURADORA PROPORCIONE AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EL ENTREGABLE CORRECTO.

#	REFERENCIA	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO E HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	EVIDENCIA/DOCUMENTO PARA COMPROBAR ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF RUV	BENEF ASEF	RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO
1	NO EXISTE EN LA PÓLIZA	ENTREGA DE CARTA COBERTURA	1 (UN) DÍA HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A LA PUBLICACIÓN DEL FALLO.	CARTA COBERTURA FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL	CANCELACIÓN DE FALLO	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
2	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	ENTREGA DE KIT INICIAL PARA LOS ASEGURADOS	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LOS EVENTOS SIGUIENTES: A. INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. B. ENTREGA DEL LISTADO DE ASEGURADOS PARA LA EMISIÓN. SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL ÚLTIMO EVENTO REFERIDO PARA CONTABILIZAR EL NIVEL DE SERVICIO.	ESCRITO FIRMADO POR LA ASEGURADORA EN DONDE INFORME LA FECHA EN QUE ENTREGÓ EL KIT INICIAL A LOS ASEGURADOS.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
3	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	PRESENTACIÓN DE FORMATOS, EN VERSIÓN EDITABLE, DE REEMBOLSO Y PROGRAMACIÓN	MISMO DÍA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA	CORREO ELECTRÓNICO ENVIADO POR LA ASEGURADORA CON LOS FORMATOS MENCIONADOS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
4	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 9	ENTREGA DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, A CONFORMIDAD DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.	CARÁTULA DE PÓLIZA	200 (DOSCIENTOS) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
5	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 9	ENTREGA DE LA PÓLIZA CON LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO, A CONFORMIDAD DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA	CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	200 (DOSCIENTOS) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

		CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN						
6	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 25	EMISIÓN DE REPORTE DE SUMA REMANENTE POR ASEGURADO Y POR SINIESTRO.	20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA CONCLUSIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA	ARCHIVO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE SOLICITADO.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

BENEF RUV: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA | BENEF ASEG: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL ASEGURADO

32.2 ENTREGABLES POR EVENTO: SON AQUELLOS ENTREGABLES QUE NO CUENTAN CON UNA FECHA ESTABLECIDA PARA SU SOLICITUD Y QUE PUEDEN PRESENTARSE EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA; LA ASEGURADORA DEBERÁ PRESENTAR DICHO ENTREGABLE DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA CADA UNO.

EN LOS CONCEPTOS CONSIDERADOS DEL SIGUIENTE CUADRO, SE MEDIRÁ EL NIVEL DE SERVICIO DE LA ENTREGA A CONFORMIDAD DEL RUV, ES DECIR, QUE SE RECIBAN LOS ENTREGABLES Y QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ELLOS NO TENGA INCONSISTENCIAS U OBSERVACIONES. LA ASEGURADORA CONTARÁ CON 5 DÍAS HÁBILES ADICIONALES POSTERIORES A RECIBIR LAS OBSERVACIONES PARA CORREGIR EL ENTREGABLE EN CUESTIÓN; SI TRANSCURRIDO DICHO PERÍODO EL ENTREGABLE AÚN CUENTA CON DEFICIENCIAS, SE CONTABILIZARÁN COMO DÍAS DE ATRASO TODOS LOS DÍAS NATURALES TRANSCURRIDOS HASTA QUE LA ASEGURADORA PROPORCIONE AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EL ENTREGABLE CORRECTO.

#	REFERENCIA	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO E HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	EVIDENCIA/DOCUMENTO PARA COMPROBAR ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF RUV	BENEF ASEG	RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO
7	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	ENTREGA DE KIT DE ALTAS DE INTERVIGENCIA	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE ALTA	CORREO ELECTRÓNICO CON EL ENDOSO DE ALTA Y KIT DE ALTA EMITIDO POR LA ASEGURADORA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO A LOS DÍAS AQUÍ INDICADOS, ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
8	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	APLICACIÓN DE BAJAS INTERVIGENCIA	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE BAJA	CORREO ELECTRÓNICO CON EL ENDOSO DE BAJA EMITIDO POR LA ASEGURADORA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO A LOS DÍAS AQUÍ INDICADOS, ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
9	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	ENTREGAR LOS ESTADOS DE CUENTA DE AQUELLOS ASEGURADOS QUE LO REQUIERAN	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL ESTADO DE CUENTA	CORREO ELECTRÓNICO QUE CONTENGA EL ESTADO DE CUENTA DIGITAL	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR		X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
10	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4 CLÁUSULA 3.6 CLÁUSULA 3.7	SOLUCIÓN DE QUEJAS RECIBIDAS A TRAVÉS DEL BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE QUE SE EMITA LA QUEJA	ARCHIVO DIGITAL DE NOTIFICACIÓN CON LA RESPUESTA DE LA QUEJA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

11	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 12 CLÁUSULA 13	PAGO DE REEMBOLSOS POR LOS GASTOS EROGADOS POR EL ASEGURADO	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA ASEGURADORA HA RECIBIDO LOS DOCUMENTOS Y LA INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO CON DOCUMENTO FINIQUITO O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR. ¹	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
12	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 12	ENTREGA DEL RESULTADO DE LA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN	3 (TRES) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN	CORREO ELECTRÓNICO CON RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN, CARTA DE PROGRAMACIÓN O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
13	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	EXHIBICIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL QUE PERMITA VERIFICAR LA CONSISTENCIA DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD.	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DEL SOPORTE DOCUMENTAL PARA REVISAR LA CONSISTENCIA DE UNA MUESTRA DE MOVIMIENTOS DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD	ESCRITO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA EN DONDE INFORME LA FECHA EN QUE EXHIBIÓ EL SOPORTE DOCUMENTAL	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO EN LA EXHIBICIÓN DE LA INFORMACIÓN. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
14	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16 CLÁUSULA 32.2	ENTREGA DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE CONTEMPLA LA CORRECCIÓN DE TODAS LAS INCONSISTENCIAS INDICADAS LUEGO DE LA REVISIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL DE LA MUESTRA DE MOVIMIENTOS	5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA DE LAS INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS LUEGO DE LA REVISIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL DE LA MUESTRA DE MOVIMIENTOS	CORREO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE CONTEMPLA LA CORRECCIÓN DE LAS INCONSISTENCIAS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL ADICIONAL QUE TARDE LA ASEGURADORA EN ENTREGAR EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD CON LA CORRECCIÓN DE TODAS LAS INCONSISTENCIAS DETECTADAS. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
15	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 26	RESOLUCIONES DICTAMINADAS QUE SE EMITAN SIN APEGARSE A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA	EL 100% DE LAS DICTAMINACIONES EN APEGO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA	CORREO ELECTRÓNICO. CON DOCUMENTO FINIQUITO O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	122 (CIENTO VEINTIDOS) UMA POR CADA DICTAMINACIÓN REALIZADA QUE NO SE APEGUE A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
16	SECCIÓN DEFINICIONES	PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTOS, CIRUGÍAS, MEDICAMENTOS, TERAPIAS O ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA ASEGURADORA HA RECIBIDO LOS DOCUMENTOS Y LA INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD	CORREO ELECTRÓNICO CON DOCUMENTO DE PROGRAMACIÓN O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO	X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

BENEF RUV: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA | BENEF ASEG: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL ASEGURADO

32.3 ENTREGABLES PERIÓDICOS: SON AQUELLOS ENTREGABLES QUE DEBERÁN PRESENTARSE DE MANERA MENSUAL, DIARIA O A SOLICITUD DEL RUV, LA ASEGURADORA DEBERÁ PRESENTAR DICHO

¹ Está penalización se establece con independencia de las acciones que pueda realizar el asegurado, en los términos del Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ENTREGABLE DENTRO DEL PLAZO ESTABLECIDO PARA CADA UNO.

LA ASEGURADORA CONTARÁ CON 5 DÍAS HÁBILES ADICIONALES POSTERIORES A RECIBIR LAS OBSERVACIONES PARA CORREGIR EL ENTREGABLE EN CUESTIÓN; SI TRANSCURRIDO DICHO PERIODO EL ENTREGABLE AÚN CUENTA CON DEFICIENCIAS, SE CONTABILIZARÁN COMO DÍAS DE ATRASO TODOS LOS DÍAS NATURALES TRANSCURRIDOS HASTA QUE LA ASEGURADORA PROPORCIONE AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA EL ENTREGABLE CORRECTO.

#	REFERECIA	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO E HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	EVIDENCIA/DOCUMENTO PARA COMPROBAR ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF INFO	BENEF ASEG	RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO
17	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.3	ENTREGA DE RED DE PROVEEDORES DISPONIBLES	3 (TRES) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL RUV	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE PROVEEDORES DISPONIBLES	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
18	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	REPORTAR LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS ASEGURADOS	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL LA SOLICITUD DEL RUV	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE CASOS DE HOSPITALIZACIÓN	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
19	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 10	CONCILIACIÓN DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS INTERVIGENCIA, INCLUYENDO LA PRIMA DE AJUSTE ASOCIADA, CON VoBo DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA	32 (TRESINTA Y DOS) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL FIN DE LA VIGENCIA	CORREO ELECTRÓNICO A LA ASEGURADORA CON VISTO BUENO POR PARTE DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.	60 (SESENTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
20	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	ENTREGA DE REPORTE DE SINIESTRALIDAD.	7 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL RUV	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
21	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	ENTREGA DE REPORTE DEL VIGOR DE ASEGURADOS	7 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL RUV	ARCHIVO DIGITAL MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE DE VIGOR DE ASEGURADOS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

BENEF INFO: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA | BENEF ASEG: EL BENEFICIARIO DE LA PENALIZACIÓN ES EL ASEGURADO

EN EL CASO DE QUE EXISTAN PENALIZACIONES DETERMINADAS POR HABER INCUMPLIDO LOS NIVELES DE SERVICIO ESTABLECIDOS, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA A TRAVÉS DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS INFORMARÁ A LA ASEGURADORA EL MONTO DE ESTAS, EN LOS TÉRMINOS DEL CAPITULO V, ARTÍCULO 81 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA EXPONER DENTRO DEL PLAZO QUE EL RUV DETERMINE, LO QUE CONSIDERE CONVENIENTE A SUS INTERESES, CON EL SOPORTE QUE ASÍ LO ACREDITE. EN CASO DE QUE NO SE DESVIRTÚEN LAS PENALIZACIONES REFERIDAS, EL MONTO DE ÉSTAS SE APLICARÁ COMO DEDUCTIVA CONTRA EL PAGO DE LAS PRIMAS POR AJUSTE DE LAS ALTAS Y BAJAS.

CUANDO EL MONTO DE LAS PENALIZACIONES SEA MAYOR A AQUEL QUE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA DEBIERA PAGAR POR EL AJUSTE EN PRIMAS DE ALTAS Y BAJAS, SE SOLICITARÁ Y APLICARÁ EL PAGO DIRECTO A TRAVÉS DE DEPÓSITO A LA CUENTA QUE INDIQUE EL RUV.

LOS NIVELES DE SERVICIOS Y PENALIZACIONES A CONSIDERAR SERÁN LOS ESTABLECIDOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO.

32.SUBROGACIÓN

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 163 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, LA ASEGURADORA QUE PAGUE LA INDEMNIZACIÓN SE SUBROGARÁ HASTA LA CANTIDAD PAGADA EN TODOS LOS DERECHOS Y ACCIONES CONTRA TERCEROS, QUE POR CAUSA DEL DAÑO SUFRIDO CORRESPONDAN AL ASEGURADO.

LA ASEGURADORA PODRÁ LIBERARSE EN TODO O EN PARTE DE SUS OBLIGACIONES, SI LA SUBROGACIÓN ES IMPEDIDA POR HECHOS U OMISIONES QUE PROVENGAN DEL ASEGURADO, SI EL DAÑO FUE INDEMNIZADO SÓLO EN PARTE, EL ASEGURADO Y LA ASEGURADORA CONCURRIRÁN A HACER VALER SUS DERECHOS EN LA PROPORCIÓN CORRESPONDIENTE.

SEGUNDA SECCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA CONDICIONES PARTICULARES DE ASEGURAMIENTO

1. ASEGURADOS

SON ASEGURADOS DE LA PÓLIZA, TODOS LOS EMPLEADOS DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA A NIVEL NACIONAL, SUS CÓNYUGES Y/O CONCUBINO/AS, SUS HIJOS NATURALES E HIJOS RECONOCIDOS LEGALMENTE MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD QUE NO TENGAN DISCAPACIDAD Y LOS HIJOS NATURALES E HIJOS RECONOCIDOS LEGALMENTE CON UNA DISCAPACIDAD SIN IMPORTAR QUE SEAN MAYORES DE 25 AÑOS.

EN TODOS LOS CASOS, DEBERÁ CONSIDERARSE LO CONTEMPLADO EN EL APARTADO “*EDADES DE ACEPTACIÓN*” DE LA PRIMERA SECCIÓN.

LOS CONCUBINATOS SÍ ESTÁN CUBIERTOS EN EL PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO SOLICITADO. EN ESTE PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO SERÁN ASEGURADOS LAS PERSONAS QUE CONVIVEN DE CONFORMIDAD A LA LEY DE SOCIEDAD DE CONVIVENCIA.

LOS HIJOS CON DISCAPACIDAD QUE SE CONOZCAN, AL INICIO Y DURANTE EL TRASCURSO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SERÁN INFORMADOS A LA ASEGURADORA VÍA CORREO ELECTRÓNICO POR LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.

LOS HIJOS LEGALMENTE ADOPTADOS ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE SEGURO AÚN Y CUANDO ESA ADOPCIÓN NO SE HUBIERA DADO EN LA VIGENCIA.

2. ELEGIBILIDAD

SIN REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD. BASTANDO ÚNICAMENTE SER TITULARES Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN LOS TÉRMINOS DESCRITOS EN LA SECCIÓN ANTERIOR Y CONSIDERANDO LO CONTEMPLADO EN EL APARTADO “*EDADES DE ACEPTACIÓN*” DE LA PRIMERA SECCIÓN.

3. COBERTURA

EL OBJETO DE LA PÓLIZA ES CUBRIR, PROTEGER Y RESARCIR AL ASEGURADO DE LOS GASTOS EN QUE INCURRA, CON MOTIVO DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD DE ACUERDO CON UN DIAGNÓSTICO MÉDICO DEFINITIVO, DENTRO DE LOS LÍMITES Y CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO- PÓLIZA.

4. LÍMITES DE LA COBERTURA

4.1.SUMA ASEGURADA

ES EL MÁXIMO LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CONVENIDO PARA LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, APLICABLE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE OCURRIDOS DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, Y SERÁ DE \$2,500,000.00 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) POR PADECIMIENTO.

NO SE APLICA LÍMITE EN EL TIEMPO PARA AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA SIEMPRE Y CUANDO PERMANEZCA COMO ASEGURADO DE ESTA PÓLIZA.

LA COBERTURA DE PARTO OPERA CON UNA SUMA ASEGURADA ESPECÍFICA.

LA COBERTURA DE AYUDA PARA RECIÉN NACIDO OPERA CON UNA SUMA ASEGURADA ESPECÍFICA.

LA COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO OPERA CON UNA SUMA ASEGURADA ESPECÍFICA.

LA COBERTURA DE TERAPIA HIPERBÁRICA OPERA CON UNA SUMA ASEGURADA ESPECÍFICA.

4.2. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA

EL ASEGURADO CONTARÁ NUEVAMENTE CON EL TOTAL DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA SUFRAGAR LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS EN QUE INCURRA, POR CADA NUEVO PADECIMIENTO QUE SE CONSIDERE CUBIERTO E INDEPENDIENTE. EN NINGÚN CASO SE REINSTALARÁ LA SUMA ASEGURADA DISMINUIDA O AGOTADA PARA UN MISMO PADECIMIENTO O PADECIMIENTOS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE OTRO YA CUBIERTO.

4.3. DEDUCIBLE

LA CANTIDAD EXPRESADA EN UNIDADES DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM) CON LA CUAL PARTICIPARÁ EL ASEGURADO POR CONCEPTO DE DEDUCIBLE POR CADA ENFERMEDAD SERÁ:

TIPO DE ASEGURADO	SERVICIOS	DEDUCIBLE EXPRESADO EN UMAM
ACTIVOS	FUERA DE LA RED	2
	DENTRO DE LA RED	2

PARA LA DETERMINACIÓN DEL MONTO DEL DEDUCIBLE A APLICAR PARA LOS PADECIMIENTOS OCURRIDOS DURANTE LA PRESENTE VIGENCIA, SE UTILIZARÁ EL VALOR QUE RESULTE DE MULTIPLICAR EL DEDUCIBLE UMAM POR EL VALOR DE LA UMA VIGENTE AL PRIMER GASTO DEL PADECIMIENTO. CADA AÑO, EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) DA A CONOCER LA ACTUALIZACIÓN DEL VALOR DE ACTUALIZACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN VIGENTE.

EN CASO DE ACCIDENTE EL ASEGURADO NO PAGA DEDUCIBLE.

4.4. COASEGURO

LA CANTIDAD CON LA QUE PARTICIPARÁ EL ASEGURADO DEL TOTAL DE LOS GASTOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA UNA VEZ DESCONTADO EL DEDUCIBLE, ES DE 12% (DOCE POR CIENTO) ÚNICAMENTE POR ENFERMEDAD, CON UN IMPORTE MÁXIMO A PAGAR POR EL ASEGURADO POR EVENTO DE \$50,000.00 (CINCUENTA MIL PESOS 00/100 M.N.).

SE ELIMINA EL COASEGURO ÚNICAMENTE SI:

- SE UTILIZA MÉDICO Y HOSPITAL DE LA RED,
- EN EL CASO DE ACCIDENTE, O
- SE UTILIZA HOSPITAL DE LA RED Y EL MÉDICO TRATANTE ACEPTA CONVENIO O SE AJUSTA AL TABULADOR ESTABLECIDO POR LA ASEGURADORA.

LA COBERTURA DE AMBULANCIA AÉREA OPERA CON UN COASEGURO ESPECÍFICO.

LA COBERTURA DE TERAPIA HIPERBÁRICA OPERA CON UN COASEGURO ESPECÍFICO.

EL COASEGURO SE APLICA AL MONTO TOTAL DE GASTOS CUBIERTOS EN CADA ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE UNA VEZ DESCONTADO EL DEDUCIBLE.

4.5. PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS

LOS HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y DE CONSULTAS SE PAGARÁN DE ACUERDO CON EL

TABULADOR DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS Y DE CONSULTAS ESTABLECIDOS POR LA ASEGURADORA, LOS CUALES FORMARÁN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA.

EL CÁLCULO DE LOS HONORARIOS PARA EL EQUIPO QUIRÚRGICO SERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: HONORARIOS DEL CIRUJANO PRINCIPAL. EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SE CUBREN DE ACUERDO CON LA CANTIDAD QUE APARECE EN EL TABULADOR CONVENIDO.

HONORARIOS ANESTESISTA. SE CUBRE HASTA POR UN 30% DE LO ESTIPULADO PARA EL CIRUJANO PRINCIPAL.

HONORARIOS PRIMER AYUDANTE. SE CUBRE HASTA POR UN 20% DE LO ESTIPULADO PARA EL CIRUJANO PRINCIPAL.

HONORARIOS SEGUNDO AYUDANTE. SE CUBRE HASTA POR UN 10% DE LO ESTIPULADO PARA EL CIRUJANO PRINCIPAL.

CONSULTAS MÉDICAS POST-OPERATORIAS (POSTERIORES AL ALTA HOSPITALARIA) SE CUBRIRÁN MEDIANTE REEMBOLSO. SIEMPRE QUE DICHAS CONSULTAS ESTÉN RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO MÉDICO EFECTUADO.

OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN DEL CUERPO. CUANDO EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA SE PRACTIQUEN AL ASEGURADO DOS O MÁS OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN ANATÓMICA, LA ASEGURADORA PAGARÁ EL IMPORTE DEL 100% DE LA MAYOR, Y EL 50% DE LA SIGUIENTES CUANDO LAS CANTIDADES ESTIPULADAS SEAN IGUALES.

OPERACIONES EN DISTINTAS REGIONES DEL CUERPO. SI EL CIRUJANO EFECTÚA OTRA INTERVENCIÓN DIFERENTE A LA PRINCIPAL EN UNA REGIÓN ANATÓMICA DISTINTA EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA, LOS HONORARIOS DE LA SEGUNDA INTERVENCIÓN SE PAGARÁN AL 25% DE LO ESTIPULADO EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS. CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN ADICIONAL NO QUEDARÁ CUBIERTA.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DISTINTA ESPECIALIDAD. SI EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA SE REQUIERE DE UN CIRUJANO DE DIFERENTE ESPECIALIDAD, SE SUMARÁ UN 25% ADICIONAL A LO TABULADO PARA LA CIRUGÍA PRINCIPAL. EL MONTO RESULTANTE SE REPARTIRÁ EQUITATIVAMENTE ENTRE AMBOS EQUIPOS QUIRÚRGICOS, A EXCEPCIÓN DE LOS HONORARIOS MÉDICOS DEL ANESTESIÓLOGO QUE SERÁN CUBIERTOS HASTA UN MÁXIMO DEL 32% DE LO TABULADO ORIGINALMENTE PARA LA CIRUGÍA PRINCIPAL. SI UN CIRUJANO DE DIFERENTE ESPECIALIDAD REALIZA OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DIFERENTE A LA PRINCIPAL EN UNA REGIÓN ANATÓMICA DISTINTA, LOS HONORARIOS DEL SEGUNDO CIRUJANO SE PAGARÁN AL 100% DE LO ESTIPULADO EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS. CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN NO QUEDARÁ CUBIERTA.

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA. CUANDO SEA NECESARIA LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE VARIOS ELEMENTOS EN LA MISMA SESIÓN Y POR LA MISMA INCISIÓN, SE PAGARÁ EL 50% DEL IMPORTE TABULADO PARA LA MÁS ELEVADA Y EL 25% DEL MONTO TABULADO PARA LAS RESTANTES.

EN CASO DE CÁNCER DE MAMA SE CUBRIRÁ LA RECONSTRUCCIÓN DE ACUERDO CON LOS TABULADORES E IMPLANTES MAMARIOS AL 100%.

DOS PADECIMIENTOS. CUANDO EN UNA MISMA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SE TRATEN 2 PADECIMIENTOS, DE LOS CUALES UNO ESTÉ CUBIERTO Y EL OTRO NO, SE PAGARÁ LA RECLAMACIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA:

- HONORARIOS MÉDICOS: DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO PARA EL PADECIMIENTO CUBIERTO, EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS.
- ANESTESIÓLOGO, AYUDANTE, ETC.: DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS Y PORCENTAJES ESTABLECIDOS EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS PARA PADECIMIENTOS CUBIERTOS.
- LA CUANTIFICACIÓN DE LOS INSUMOS MÉDICOS HOSPITALARIOS DE LOS PADECIMIENTOS NO CUBIERTOS DEBERÁ CUANTIFICARSE IGUAL QUE AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE SI ESTÁN CUBIERTOS.

INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES QUE REQUIERAN BOMBA EXTRACORPÓREA, EL CÁLCULO DE LOS HONORARIOS PARA EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE HARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA:

- CIRUJANO: LA CANTIDAD QUE APARECE EN EL TABULADOR PARA ESTE CONCEPTO MÁS UN 30%
- ANESTESIÓLOGO: 30% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO
- AYUDANTÍA: 20% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO
- CARDIÓLOGO INTENSIVISTA: 14% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO
- TÉCNICO DE BOMBA EXTRACORPÓREA: 10% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO
- INSTRUMENTISTA: 4% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO

EN AQUELLOS PROCEDIMIENTOS EN QUE SEA NECESARIO PRACTICAR LA MISMA CIRUGÍA EN AMBOS LADOS DEL CUERPO, SIEMPRE Y CUANDO NO ESTÉ ESPECIFICADO EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS QUE SE TRATA DE UN PROCEDIMIENTO BILATERAL, SE CUBRIRÁN LOS HONORARIOS MÉDICOS CALCULANDO UN 50% MÁS SOBRE LO TABULADO.

LOS HONORARIOS MÉDICOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR VÍA ENDOSCÓPICA SERÁN CALCULADOS CON UN 10% MÁS DE LO TABULADO PARA LA VÍA CONVENCIONAL, SIEMPRE Y CUANDO NO SE ESPECIFIQUE EN LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS QUE SE TRATA DE UN PROCEDIMIENTO

ENDOSCÓPICO.

5. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR LA ASEGURADORA

SERÁN AQUELLOS QUE EROGUE EL ASEGURADO DENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO REQUERIDO PARA LA ATENCIÓN DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO OCURRA DENTRO DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA. EL TRATAMIENTO DEBE SER PRESCRITO POR UN MÉDICO Y SU COBERTURA ESTÁ SUJETA A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE.

APLICA EL PAGO DIRECTO CUANDO SE UTILICEN CON MÉDICOS Y HOSPITALES DE LA RED, O BIEN SI LOS MÉDICOS SE AJUSTAN A LOS TABULADORES DE LA ASEGURADORA.

5.1. HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO

SE CUBREN DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES ESPECIFICACIONES:

- I. LOS HONORARIOS DE LOS MÉDICOS QUE PERTENEZCAN AL CONVENIO CON LA ASEGURADORA SERÁN CUBIERTOS CON BASE EN LOS MONTOS ECONÓMICOS Y POLÍTICAS DE APLICACIÓN DE TABULADOR CONVENIDO. EN ESTE CASO EL ASEGURADO NO PAGARÁ DIFERENCIA ALGUNA POR ESTE CONCEPTO. PARA TAL EFECTO DEBERÁ IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO CON EL MÉDICO.
- II. LOS HONORARIOS DE LOS MÉDICOS QUE NO PERTENEZCAN AL CONVENIO CON LA ASEGURADORA SERÁN CUBIERTOS DE ACUERDO CON EL TABULADOR CONVENIDO COMO MÁXIMO.

5.2. HONORARIOS DE ENFERMERAS INDEPENDIENTES

CUBIERTO SIEMPRE QUE SEAN LEGALMENTE AUTORIZADAS PARA EJERCER SU PROFESIÓN, SIEMPRE QUE SUS SERVICIOS HAYAN SIDO PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE Y POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA HASTA LA SUMA ASEGURADA REMANENTE, CADA 30 DÍAS NATURALES, Y HASTA 3 TURNOS DIARIOS. LOS HONORARIOS SE CUBREN DE ACUERDO CON EL TABULADOR CONVENIDO ENTRE LA ASEGURADORA Y EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

5.3. HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS

SE CUBREN LOS HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS Y ACUPUNTURISTAS QUE CUENTEN CON CÉDULA PROFESIONAL. SERÁN CUBIERTOS CON UN MÁXIMO DEL MONTO ESTABLECIDO EN EL TABULADOR CONVENIDO ENTRE LA ASEGURADORA Y EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

5.4. GASTOS HOSPITALARIOS

SE CUBREN LOS GASTOS EFECTUADOS EN HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO, CONSIDERADOS DENTRO

DEL CONVENIO CON LA ASEGURADORA, EN EL CUAL SE LLEVE A CABO EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA RESTABLECER LA SALUD DEL ASEGURADO Y EN EL CUAL SE INCLUYEN:

- I. COSTO DE UN CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR, ALIMENTOS DEL PACIENTE Y PAQUETE DE ADMISIÓN.
- II. SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN Y CURACIONES, ASÍ COMO UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA O CUIDADOS CORONARIOS.
- III. EQUIPO DE ANESTESIA, GASES Y MEDICAMENTOS REQUERIDOS POR EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO.
- IV. CAMA EXTRA. SE CUBRE EL COSTO DE CAMA EXTRA PARA UN ACOMPAÑANTE DURANTE EL TIEMPO QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA HOSPITALIZADO.
- V. CIRUGÍAS CON ROBOT. SE CUBREN CIRUGÍAS REALIZADAS CON ROBOT CON UN COASEGURO DEL 20% PARA TODO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INDEPENDIEMENTE DEL COASEGURO CONTRATADO, NO APLICA BENEFICIO DE PAGO DIRECTO NI TOPE DE COASEGURO. APLICA SOLO CUANDO EL MÉDICO TRATANTE LO RECOMIENDE.

5.5. ANÁLISIS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA

CUBIERTOS LOS ANÁLISIS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLOGÍA TALES COMO PERO NO LIMITADOS A: BIOMETRÍA HEMÁTICA O ESTUDIOS DE RAYOS X, ELECTROCARDIOGRAMAS, ELECTROENCEFALOGRAMAS, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA O LOS ESTUDIOS CON ISÓTOPOS RADIOACTIVOS Y CUALQUIER OTRO ESTUDIO NECESARIO UTILIZADO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA. ESTOS GASTOS SERÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UN DIAGNÓSTICO MÉDICO DEFINITIVO Y LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE ESTÉN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA Y SIEMPRE Y CUANDO DICHOS ANÁLISIS NO SEAN DE TIPO EXPERIMENTAL O SE ENCUENTREN EN FASE DE INVESTIGACIÓN.

5.6. MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL

CUBIERTOS LOS MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO. SOLAMENTE SE CUBREN LAS MEDICINAS HOMEÓPATAS Y/O ALÓPATAS SIEMPRE Y CUANDO SEAN PRESCRITAS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y RELACIONADAS CON EL PADECIMIENTO CUBIERTO Y AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS PARA SU VENTA EN TERRITORIO NACIONAL. PARA EL REEMBOLSO, SE DEBERÁ PRESENTAR LA FACTURA EXPEDIDA EN TERRITORIO NACIONAL, A NOMBRE DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA Y LAS RECETAS CORRESPONDIENTES.

QUEDAN CUBIERTOS TODOS LOS MEDICAMENTOS APLICADOS DURANTE LOS PROCESOS QUIRÚRGICOS DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PRESENTE PÓLIZA.

SE CUBRE LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE, PLASMA, SUEROS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS INDISPENSABLES PARA EL TRATAMIENTO DE UNA ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE CUBIERTO.

5.7. APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS

CUBIERTA LA COMPRA O RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS QUE SE REQUIERAN CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

5.8. AMBULANCIA DE TRASLADO TERRESTRE

SE CUBRE EL SERVICIO DENTRO DE LA LOCALIDAD DONDE SE ATIENDA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- A. POR TRASLADOS DEL DOMICILIO AL CENTRO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA SIEMPRE Y CUANDO SEA MÉDICAMENTE NECESARIO Y EL TRASLADO DEL HOSPITAL AL DOMICILIO SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE.
- B. EN CASO DE ACCIDENTE SE CUBRIRÁ EL TRASLADO DEL LUGAR DEL ACCIDENTE AL CENTRO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A SOLICITUD DEL ASEGURADO.
- C. EN CASO DE TRASLADOS DE HOSPITAL A HOSPITAL QUEDARÁ CUBIERTO SIEMPRE Y CUANDO NO SE CUENTE CON LOS RECURSOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS PARA SU ATENCIÓN EN EL LUGAR DONDE SE PRESENTÓ EL INGRESO Y SEA NECESARIO MÉDICAMENTE POR LAS CONDICIONES DEL PACIENTE O EN CASO DE QUE SE TRATE DE UN TRASLADO A UN HOSPITAL DEL SECTOR PÚBLICO.

ESTA COBERTURA OPERA CON UN COASEGURO DEL 10%

5.9. AMBULANCIA AÉREA EN CASO DE URGENCIA MÉDICA

LA ASEGURADORA CUBRIRÁ EL IMPORTE DE LOS GASTOS EROGADOS POR LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE AMBULANCIA AÉREA EN CASO DE URGENCIA MÉDICA EN TERRITORIO NACIONAL, SIEMPRE Y CUANDO ÉSTE SE REQUIERA COMO CONSECUENCIA DE UNA URGENCIA MÉDICA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y CUANDO NO SE CUENTE CON LOS RECURSOS MÉDICOS NI HOSPITALARIOS PARA SU ATENCIÓN EN EL LUGAR DONDE SE PRESENTÓ LA URGENCIA Y SEA NECESARIO MÉDICAMENTE POR LAS CONDICIONES DEL PACIENTE.

APLICA UN COASEGURO DEL 20%. ESTE COASEGURO ES INDEPENDIENTE DEL TOPE MÁXIMO DEFINIDO PARA COASEGURO EN LA SECCIÓN DE LÍMITES DE RESPONSABILIDAD.
EL BENEFICIO DE AMBULANCIA AÉREA PODRÁ CUBRIRSE VÍA REEMBOLSO.

5.10. TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA, INHALOTERAPIA, FISIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE. NO SE SEÑALARÁ UN NÚMERO ESPECÍFICO DE SESIONES.

5.11. LITOTRIPSIAS: CUBIERTAS HASTA UN MÁXIMO DE TRES SESIONES, SIN PERÍODO DE ESPERA.

5.12. LUNARES O NEVUS: CUBIERTAS SIN PERIODO DE ESPERA

5.13. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO (NO ESTÉTICO Y/O PREVENTIVO) QUE SEAN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

5.14. TERAPIA HIPERBÁRICA. SE CUBRE EL TRATAMIENTO CON TERAPIA HIPERBÁRICA CUANDO EXISTA INDICACIÓN DE UN MÉDICO TRATANTE A CONSECUENCIA DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA. OPERA CON UNA SUMA ASEGURADA DE HASTA 24.19 UMAM, APLICA EL MISMO DEDUCIBLE QUE PARA EL RESTO DE LAS COBERTURAS Y UN COASEGURO DEL 10%. EN NINGÚN CASO CUBRE TRATAMIENTOS DE CARÁCTER ESTÉTICO.

5.15. SERVICIOS EXTRAHOSPITALARIOS. PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTOS QUE INCLUYEN MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS, REHABILITACIÓN FÍSICA Y PULMONAR, ALIMENTACIÓN PARENTERAL, TODO ELLO MEDIANTE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

5.16. LOS GASTOS POR TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, GINGIVALES, MAXILOFACIALES, O PRÓTESIS DENTALES, QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA, SERÁN PAGADOS POR LA ASEGURADORA SIEMPRE QUE SE HAYAN DAÑADO PIEZAS NATURALES Y SE PRESENTEN RADIOGRAFÍAS POSTRAUMÁTICAS. EN EL CASO DE ACCIDENTES SE CUBREN SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO, SIEMPRE QUE EL PRIMER GASTO SE EFECTÚE DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DÍAS NATURALES.

SE REFIERE A ESTOS COMO PAGO DE COMPLEMENTOS POR TRATARSE DE CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS POR LA PÓLIZA, POR LO QUE EL DEDUCIBLE Y COASEGUROS DEBERÁN SER COBRADOS AL INICIO DE ENFERMEDAD QUE DIO ORIGEN A LA RECLAMACIÓN, POR LO QUE NO SE COBRARÁN DEDUCIBLE Y COASEGURO ADICIONAL A AQUEL APLICADO A LA ENFERMEDAD QUE ORIGINÓ ESTE TIPO DE GASTO.

5.17. QUISTES OVÁRICOS, QUISTES MAMARIOS, ENDOMETRIOSIS Y ADHERENCIAS PÉLVICAS. SE CUBRIRÁN SIEMPRE Y CUANDO EL TRATAMIENTO NO ESTÉ DIRIGIDO A CORREGIR UN PROBLEMA DE INFERTILIDAD O ESTÉTICO.

5.18. PARTO Y CESÁREA. MEDIANTE ESTA COBERTURA, LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE DE CUBRIR LOS GASTOS MÉDICOS QUE EROGUE LA MADRE ASEGURADA CON MOTIVO DE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE:

- I. PARTO CUBIERTO CON UNA SUMA ASEGURADA DE HASTA 25.40 UMAM, SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO, Y SIN PERÍODO DE ESPERA.
- II. CESÁREA CUBIERTO COMO ENFERMEDAD CON DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA PÓLIZA, SIN

PERÍODO DE ESPERA. INCLUYE CESÁREA POR MORTINATO.

III. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO EN CASO DE CESÁREA, EN PARTO NATURAL CON DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA PÓLIZA, LA ASEGURADORA CUBRIRÁ LOS GASTOS MÉDICOS EN LOS QUE INCURRA LA MADRE ASEGURADA POR LA ATENCIÓN QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES:

- a. EMBARAZO EXTRAUTERINO
- b. ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO, PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA.
- c. MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)
- d. SEPSIS PUERPERAL (FIEBRE PUERPERAL)
- e. PLACENTA PREVIA.
- f. PLACENTA ACRETA.
- g. ÓBITO FETAL.
- h. TOXICOSIS GRÁVIDA.
- i. CERCLAJE CERVICAL.
- j. LEGRADO.
- k. DIABETES GESTACIONAL
- l. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA
- m. HUEVO MUERTO RETENIDO

LOS PADECIMIENTOS QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PERIODO DE EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO QUE NO TENGAN RELACIÓN DIRECTA CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, NO PODRÁN SER CONSIDERADOS POR LA ASEGURADORA UNA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO Y SE CUBRIRÁN EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

EL LEGRADO SE DEBERÁ CUBRIR SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA INDICACIÓN MÉDICA PARA CURAR UN PADECIMIENTO DE SALUD, ES DECIR, QUE ÉSTE SEA INVOLUNTARIO.

APLICARÁ LA ATENCIÓN GINECOLÓGICA EN TODOS LOS CASOS, PERO EL PARTO NO ESTARÁ CUBIERTO PARA LAS HIJAS DE LOS TITULARES.

LAS HIJAS DE LOS TITULARES NO SE ENCUENTRAN AMPARADAS EN LOS SUPUESTOS DE PARTO O CESÁREA O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, A EXCEPCIÓN LOS ABORTOS Y LEGRADOS EN QUE

EXISTA UNA INDICACIÓN MÉDICA PARA CURAR UN PADECIMIENTO DE SALUD CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.

5.19. LOS ABORTOS Y LEGRADOS QUEDARÁN CUBIERTOS SIEMPRE Y CUANDO EXISTA UNA INDICACIÓN MÉDICA PARA CURAR UN PADECIMIENTO DE SALUD CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA, ES DECIR, QUE ÉSTE SEA INVOLUNTARIO. LAS HIJAS DE LOS TITULARES SÍ SE ENCUENTRAN AMPARADAS POR LOS ABORTOS Y LEGRADOS.

5.20. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO. QUEDAN CUBIERTOS AQUELLOS MENORES QUE NAZCAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NACIDOS SANOS, PREMATUROS Y/O NO SANOS, DESDE SU NACIMIENTO Y SIN NECESIDAD DE SELECCIÓN MÉDICA. LA SEGURADORA CUBRIRÁ TODOS LOS GASTOS DERIVADOS DE: PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, PREMATUREZ Y/O TODOS LOS GASTOS DERIVADOS DE LAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN A PARTIR DE LA FECHA DE SU NACIMIENTO. PARA TAL FIN, EL PLAZO PARA REPORTAR A LOS RECIÉN NACIDOS SERÁ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SERÁN ASEGURADOS DESDE SU NACIMIENTO. LOS HIJOS LEGALMENTE ADOPTADOS ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE SEGURO AÚN Y CUANDO ESA ADOPCIÓN NO SE HUBIERA DADO EN LA VIGENCIA.

5.21. AYUDA PARA RECIÉN NACIDO SANO. ESTA COBERTURA OPERA COMO APOYO PARA LOS GASTOS DERIVADOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA, SIEMPRE Y CUANDO SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE, SE OTORGA HASTA POR UNA SUMA ASEGURADA DE \$25,000.00 MN, SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO. SOLO APLICA PARA HIJOS DE EMPLEADOS EN ACTIVO.

5.22. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS. AQUELLOS MENORES QUE NAZCAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE SU MADRE CUMPLA AL MENOS 10 MESES DE COBERTURA CONTINUA DE PERTENENCIA A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA A LA FECHA DEL PARTO O CESÁREA, QUEDARÁN ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DESDE SU NACIMIENTO SIN NECESIDAD DE SELECCIÓN MÉDICA NI SOLICITUD DE INGRESO, CUBRIÉNDOLES PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, PREMATUREZ Y/O COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN A PARTIR DE LA FECHA DE SU NACIMIENTO.

PARA AQUELLOS MENORES QUE HAYAN NACIDO FUERA DE ANTES DEL COMIENZO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O AQUELLOS QUE NAZCAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA PERO CUYA MADRE NO CUMPLA CON AL MENOS 10 MESES DE COBERTURA CONTINUA DE PERTENENCIA A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA A LA FECHA DEL PARTO O CESÁREA, DEBERÁN CUMPLIR CON QUE:

- NO SE HAYA REALIZADO DIAGNÓSTICO MÉDICO A LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- NO HAYAN EROGADO GASTOS POR DICHOS PADECIMIENTOS A LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

- EL PADECIMIENTO HAYA SIDO DESAPERCIBIDO A LA FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD DE LA MADRE A LA COBERTURA DE LA PÓLIZA

SI SE CUMPLE CON LO ANTERIOR, EL PADECIMIENTO SERÁ CUBIERTO BAJO LAS CONDICIONES CONTRATADAS EN ESTA PÓLIZA.

5.23. CIRCUNCISIÓN Y SUS COMPLICACIONES. SE CUBRE LA CIRCUNCISIÓN Y SUS COMPLICACIONES, SIEMPRE Y CUANDO LA MISMA NO SEA CON FINES PROFILÁCTICOS. SIN PERIODO DE ESPERA.

5.24. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA CORREGIR LA MIOPIA, PRESBIOPIA, HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO, CIRUGÍA CORRECTIVA POR DEFECTOS DE REFRACCIÓN DE CórNEA, QUERATOTOMÍA RADIADA, QUERATOMILEUSIS, EPIQUERATOFAGUÍA Y SIMILARES DEL ASEGURADO. SIEMPRE Y CUANDO PRESENTE MÁS DE 3.99 DIOPTRIA(S) EN UNO O EN AMBOS. SE CUBRE EL EVENTO AÚN Y CUANDO LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS NO HAYAN INICIADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. APLICA UN SOLO DEDUCIBLE.

5.25. ESTRABISMO. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS PARA CORREGIR EL ESTRABISMO, COMO PADECIMIENTO CONGÉNITO O A CAUSA DE UN ACCIDENTE, APLICA UN SOLO DEDUCIBLE.

5.26. VISIÓN. SE CUBREN PADECIMIENTOS POR CATARATAS, QUERATOCONOS, ASÍ COMO LENTE INTRAOCULAR. APLICA UN SOLO DEDUCIBLE.

LA COBERTURA DE VISIÓN CUENTA CON LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA POR 2.5 MILLONES DE PESOS, POR LO QUE EL LENTE INTRAOCULAR DEBERÁ ESTAR CUBIERTO HASTA DONDE DICHA SUMA ASEGURADA LO PERMITA.

5.27. HERNIAS, EVENTRACIONES Y DIÁSTASIS. QUEDAN CUBIERTOS LOS TRATAMIENTOS PARA ESTOS PADECIMIENTOS SIN PERIODO DE ESPERA.

5.28. HALLUX VALGUS. QUEDAN CUBIERTOS LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS PARA CORREGIR HALLUX VALGUS, SIN PERIODO DE ESPERA, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TRATE DE CARÁCTER ESTÉTICO Y CUANDO EXISTA UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

5.29. CIFOSIS, LORDOSIS Y ESCOLIOSIS. PADECIMIENTOS CUBIERTOS SIN PERIODO DE ESPERA.

5.30. TRASPLANTE DE ÓRGANOS. EN CIRUGÍA DE TRASPLANTES, SE CUBREN LOS GASTOS AMPARADOS DEL DONANTE DEFINITIVO A CAUSA DE PRUEBAS CRUZADAS CUBIERTAS AL 100%, LOS INHERENTES AL ACTO QUIRÚRGICO PARA LA EXTRACCIÓN DEL ÓRGANO Y LOS GASTOS DE RECUPERACIÓN INTRAHOSPITALARIA INMEDIATOS A DICHO ACTO QUIRÚRGICO. EN CASO DE REQUERIRSE, SE TENDRÁ UNA SUMA ASEGURADA HASTA DE \$100,000.00 M.N. PARA EL DONADOR DEFINITIVO.

5.31. NARIZ Y SENOS PARANASALES. LAS OPERACIONES DE NARIZ Y/O SENOS PARANASALES ESTARÁN CUBIERTAS POR ENFERMEDAD HASTA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, CON EL DEDUCIBLE Y COASEGURO DEFINIDOS.

POR ACCIDENTE SE CUBREN SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO, SIEMPRE QUE EL PRIMER GASTO SE EFECTÚE DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DÍAS DESPUÉS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE.

EN NINGÚN CASO SE CUBREN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN NARIZ Y SENOS PARANASALES CON CARÁCTER ESTÉTICO.

5.32. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA). CUBIERTO CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER SÍNTOMA SE HAYA PRESENTADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

5.33. ENFERMEDADES AUDITIVAS. SE CUBREN ENFERMEDADES AUDITIVAS (ENFERMEDADES ÓTICAS Y AUDITIVAS), SIN PERIODO DE ESPERA.

5.34. DAÑO PSIQUIÁTRICO. SE CUBREN 24 CONSULTAS Y MEDICAMENTOS POR CADA PADECIMIENTO Y POR CADA VIGENCIA PARA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

TENDRÁ DERECHO A LOS BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA, EL ASEGURADO QUE A JUICIO DE SU MÉDICO TRATANTE Y CONTANDO CON LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO POR PARTE DE UN MÉDICO PSIQUIATRA, REQUIERA TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO A CONSECUENCIA DE:

I) HABER SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE CUBIERTO POR LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA Y QUE HAYA PUESTO EN PELIGRO LA VIDA DEL ASEGURADO O LA VIABILIDAD DE ALGUNO DE SUS ÓRGANOS.

II) COMO CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- CÁNCER (CUALQUIER TIPO EN FASE TERMINAL).
- ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (CON HEMIPLEJIAS).
- INFARTO DEL MIOCARDIO (DISCAPACITANTE).
- INSUFICIENCIA RENAL (EN HEMODIÁLISIS Y PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL).
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (CON SECUELAS DISCAPACITANTES).
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE CUBIERTOS POR LA PÓLIZA, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA LA PÉRDIDA ORGÁNICA DE UN MIEMBRO.

III) SI MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DEL ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO, COMPRUEBE QUE HA SUFRIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- ASALTO.

- SECUESTRO.
- VIOLACIÓN.

SE EXCLUYEN TERAPIAS POR: ENAJENACIÓN MENTAL, DEMENCIA, SENILIDAD, DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, HISTERIA, ASÍ COMO SUS COMPLICACIONES, NEUROSIS O PSICOSIS, ESTUDIOS O TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS O PSÍQUICOS, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN CONSECUENCIA DE EVENTOS INDICADOS EN LOS PUNTOS I), II) Y III).

EL SERVICIO DE DAÑO PSIQUIÁTRICO TAMBIÉN PUEDE SER ATENDIDO MEDIANTE REEMBOLSO CON MÉDICO FUERA DE LA RED. ES DECIR, EL DAÑO PSIQUIÁTRICO PUEDE SER ATENDIDO POR MÉDICOS DE LA RED Y POR MÉDICOS FUERA DE LA RED.

5.35. COBERTURA DE URGENCIA (EMERGENCIA) EN EL EXTRANJERO. TENDRÁ LUGAR SIEMPRE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN EL EXTRANJERO Y PRESENTE UNA URGENCIA (EMERGENCIA) MÉDICA, Y OPERARÁ BAJO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES SIGUIENTES:

- I. LA SUMA ASEGURADA MÁXIMA ES EL EQUIVALENTE EN MONEDA NACIONAL A 50,000 DÓLARES AMERICANOS.
- II. EL ASEGURADO TENDRÁ A SU CARGO UN DEDUCIBLE EQUIVALENTE EN MONEDA NACIONAL A 50 DÓLARES AMERICANOS.
- III. PARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN, LA ASEGURADORA SIEMPRE APLICARÁ EL TABULADOR (USUAL CUSTOMARY & REASONABLE) DE USO COMÚN Y ACOSTUMBRADO DEL PAÍS DONDE SE ATIENDA LA URGENCIA MÉDICA.
- IV. SE CONSIDERAN TERMINADOS LOS BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA, UNA VEZ QUE SE ESTABILICE Y CONTROLE LA CONDICIÓN DE URGENCIA MÉDICA DEL ASEGURADO, AL EXPEDIRSE EL ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIA O DE HOSPITALIZACIÓN, ÚNICAMENTE POR LA CAUSA QUE DA ORIGEN A LA URGENCIA MÉDICA Y HASTA QUE SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA, LO QUE OCURRA PRIMERO.
- V. EN CASO DE EMBARAZO LOS ABORTOS Y LEGRADOS ESTÁN EXCLUIDOS. SI EL PROCEDIMIENTO DE LEGRADO SE PRÁCTICA PARA RESOLVER UN PROBLEMA DE SALUD DE UNA ENFERMEDAD UN PROBLEMA DE SALUD DE UNA ENFERMEDAD AMPARADA POR LA PÓLIZA ESTARÁ CUBIERTO.
- VI. SE CUBRIRÁN LOS GASTOS DE HABITACIÓN CORRESPONDIENTES A LA TARIFA DE CUARTO SEMIPRIVADO O ESTÁNDAR.

LA EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO SOLO OPERA POR REEMBOLSO.

5.36. GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, INCLUYENDO DEPORTES PELIGROSOS EN FORMA AMATEUR.

5.37. MOTOCICLISMO. CUBIERTO SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVE A CABO DURANTE EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES DE TRABAJO PARA EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA LE CONFIRMARÁ A LA SEGURADORA CUANDO EL ASEGURADO ESTÉ EN DESEMPEÑO DE FUNCIONES DE TRABAJO.

5.38. AVIACIÓN PARTICULAR. SE CUBREN ACCIDENTES DE AVIACIÓN PRACTICADA POR EL ASEGURADO DE MANERA NO PROFESIONAL, SIEMPRE QUE TENGA HASTA 100 HORAS DE VUELO AL AÑO, SIEMPRE Y CUANDO CUENTE CON LICENCIA DE PILOTO VIGENTE. SOLO APLICA PARA LA POBLACIÓN ACTIVA.

LA ASEGURADORA PODRÁ REQUERIR UN COMPROBANTE DE LAS HORAS DE VUELO CON LAS QUE CUENTE EL ASEGURADO.

5.39. ACCIDENTES. SE CUBREN AUN CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTIMULANTES, MEDICAMENTOS O DROGAS NO PRESCRITAS MÉDICAMENTE, SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER GASTO SE EFECTÚE DENTRO DE LOS SIGUIENTES 90 DÍAS NATURALES DESPUÉS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE. SE PAGA EL 100% DE LOS GASTOS HOSPITALARIOS, AUN CUANDO LOS GASTOS NO REBASAN EL DEDUCIBLE. LOS HONORARIOS MÉDICOS SE CUBREN DE ACUERDO CON EL TABULADOR CONVENIDO.

5.40. ASALTO COMO ACCIDENTE. CUBIERTO COMO ACCIDENTE, NO SE REQUERIRÁ ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO.

CUBIERTO COMO ACCIDENTE SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO SEA EL ASALTANTE. EN CASO DE ASALTO NO SE REQUERIRÁ ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO.

5.41. ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA. INCLUIDA A NIVEL NACIONAL (CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA).

5.42. ANTICIPO DE CIRUGÍA. 70% DE LOS HONORARIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS PRESUPUESTADOS HASTA EL TABULADOR CONVENIDO. SE PODRÁ OTORGAR PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA EN VEZ DE ANTICIPO DE CIRUGÍA, SIN EMBARGO, EL ANTICIPO PROCEDE EN CASO DE QUE EL PACIENTE DECIDA ATENDERSE FUERA DE RED Y POR REEMBOLSO. EN CASO DE NO LLEVARSE A CABO LA CIRUGÍA Y HABERSE DADO UN ANTICIPO DE LA MISMA, LA ASEGURADORA PODRÁ SOLICITAR AL ASEGURADO DE MANERA DIRECTA LA DEVOLUCIÓN DEL ANTICIPO.

5.43. PREEXISTENCIA. CUBIERTA SIEMPRE QUE:

- LOS PRIMEROS SÍNTOMAS O SIGNOS SE PRESENTEN DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA SIDO DADO DE ALTA EN LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTO MÉDICO MAYOR DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y EL PRIMER GASTO DE CADA PADECIMIENTO SE EFECTÚE DENTRO DE LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTO MÉDICO MAYOR DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA O
- EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE QUEDE COMPROBADA UNA URGENCIA/EMERGENCIA MÉDICA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES DE ESTE CONTRATO PÓLIZA.

EN ESTE CASO, QUEDAN CUBIERTOS LOS GASTOS QUE SE ORIGINEN EN EL PRIMER EVENTO POR URGENCIA/EMERGENCIA. LA URGENCIA/EMERGENCIA MÉDICA COMIENZA DESDE EL INICIO DE LA ASISTENCIA DEBIDA A LA URGENCIA/EMERGENCIA MÉDICA Y TERMINA HASTA EL ALTA HOSPITALARIA.

SI LA CONDICIÓN PREEXISTENTE GENERA MÁS DE UN INGRESO POR URGENCIA/EMERGENCIA MÉDICA SOLO QUEDARÁ CUBIERTO EL PRIMER INGRESO POR URGENCIA/EMERGENCIA MÉDICA QUE SE PRESENTE.

PARA ESTA COBERTURA LA ASEGURADORA DEBERÁ OFRECER LA OPCIÓN DEL PAGO DIRECTO Y LA DE REEMBOLSO.

5.44. PAGOS COMPLEMENTARIOS. LA ASEGURADORA, PAGARÁ DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, HASTA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN EL MOMENTO QUE SE ORIGINÓ EL PRIMER GASTO, DE AQUELLOS PADECIMIENTOS QUE YA ESTÁN SIENDO ATENDIDOS POR LA PÓLIZA ACTUAL O ANTERIORES CONTRATADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA CUANDO OCURRIÓ EL SINIESTRO O EL REMANENTE CONSIDERANDO LA SUMA ASEGURADA DE LA VIGENCIA ACTUAL, LO QUE SEA MENOR.

EL DEDUCIBLE SE CONSIDERARÁ CUBIERTO.

LA ASEGURADORA SERÁ RESPONSABLE DE SEGUIR CON LA ATENCIÓN Y PROCESO DE SINIESTROS PENDIENTES YA REPORTADOS ATENDIDOS EN LA VIGENCIA QUE TERMINA Y EN ANTERIORES QUE SIGAN ABIERTOS. SIN NECESIDAD DE CARTA DE SUMA ASEGURADA REMANENTE. TODOS LOS GASTOS GENERADOS DE LOS SINIESTROS EN TRÁMITE HASTA EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA QUE FINALIZA SERÁN CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA DE LA VIGENCIA QUE TERMINA, INCLUYENDO AQUELLOS QUE AÚN NO HAN SIDO REPORTADOS Y QUE HAYAN OCURRIDO DENTRO DE SU VIGENCIA.

5.45. QUEDAN CUBIERTOS TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS BAJO LOS LÍMITES Y CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, QUE NO SE ENCUENTREN ENUMERADOS EN EL APARTADO “6. GASTOS NO CUBIERTOS”.

6. GASTOS NO CUBIERTOS

LA ASEGURADORA NO ESTÁ OBLIGADA A CUBRIR GASTOS QUE SE ORIGINEN POR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE EL ASEGURADO RECIBA POR PADECIMIENTOS, ESTUDIOS, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS NI DE SUS COMPLICACIONES Y SECUELAS, POR LOS CONCEPTOS SEÑALADOS A CONTINUACIÓN:

6.1 ACOMPAÑANTES EN EL TRASLADO Y ESTANCIA DEL ASEGURADO COMO PACIENTES EN HOSPITALES, NI LOS GASTOS QUE SE DERIVEN DE GESTIONES ADMINISTRATIVAS POR ESTA MISMA CAUSA.

6.2 GASTOS DE PELUQUERÍA, BARBERÍA Y PEDICURA.

6.3 COMPRA O RENTA DE APARATOS Y/O SERVICIOS PARA LA COMODIDAD PERSONAL.

6.4 TRATAMIENTOS Y/O INTERVENCIONES CON CARÁCTER ESTÉTICO Y DE CALVICIE Y/O CON FINES PREVENTIVOS.

6.5 TRATAMIENTOS DIETÉTICOS Y/O INTERVENCIONES POR OBESIDAD, ANOREXIA Y BULIMIA, ASÍ COMO SUS COMPLICACIONES.

6.6 COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS Y/O COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS, QUE NO SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE POR EL PADECIMIENTO QUE DIO LUGAR A LA RECLAMACIÓN.

6.7 CURAS DE REPOSO, CHECK-UP'S, EXÁMENES MÉDICOS O ESTUDIOS DE CUALQUIER TIPO QUE NO ESTÉN DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL PADECIMIENTO QUE DIO LUGAR A LA RECLAMACIÓN.

6.8 ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO.

6.9 PRÓTESIS AUDITIVAS Y/O, IMPLANTES AUDITIVOS O AUXILIARES PARA MEJORAR LA AUDICIÓN QUE NO SEAN NECESARIOS A CONSECUENCIA DE ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

6.10 EL GASTO POR LA COMPRA O RENTA DE AUXILIARES MECÁNICOS, APARATOS ORTOPÉDICOS Y ÓRTESIS, MÉDICAMENTE NO REQUERIDOS O NO DERIVADOS DE LA RECLAMACIÓN. ASÍ COMO LA COMPRA DE ZAPATOS ORTOPÉDICOS, AUNQUE SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS.

6.11 TRATAMIENTOS CON FINES PARA TRATAR LA INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, CONTROL NATAL, IMPOTENCIA SEXUAL, NI CUALQUIERA DE SUS COMPLICACIONES. LOS TRATAMIENTOS HORMONALES QUEDAN CUBIERTOS SIEMPRE QUE NO TENGAN LOS FINES MENCIONADOS, PERO SI SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE UN PADECIMIENTO CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

6.12 TRATAMIENTOS PARA CORREGIR ALTERACIONES DEL SUEÑO, APNEA DEL SUEÑO Y RONCOPATÍAS, TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, DEL APRENDIZAJE, LENGUAJE O AUDICIÓN AÚN A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES CUBIERTOS.

6.13 HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS, PROPORCIONADOS POR PERSONAS SIN CÉDULA PROFESIONAL QUE LOS ACREDITE COMO MÉDICOS LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EJERCER DICHA PROFESIÓN.

6.14 TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN.

6.15 ENFERMEDADES Y/O ACCIDENTES RESULTANTES DEL INTENTO DE SUICIDIO Y/O MUTILACIÓN VOLUNTARIA, AUNQUE SE HAYAN COMETIDO EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

6.16 PADECIMIENTOS RESULTANTES DE ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES COMETIDOS POR EL ASEGURADO, NI AQUELLOS DERIVADOS DE RIÑAS EN QUE EL ASEGURADO HAYA PARTICIPADO.

6.17 PADECIMIENTOS RESULTANTES DEL SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, ASÍ COMO DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA, INSURRECCIÓN, REVOLUCIÓN O REBELIÓN.

6.18 PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE.

6.19 PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO DE MANERA PROFESIONAL EN COMPETENCIAS, ENTRENAMIENTOS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD.

6.20 PADECIMIENTOS RESULTANTES DE LA PRÁCTICA DE MOTONÁUTICA Y AUTOMOVILISMO (FORMULA I, II, III, V, SERIE CART, RALLY O CUALQUIER OTRO DEPORTE EQUIVALENTE EN RIESGO) EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, AUN CUANDO SE PRACTIQUEN DE MANERA OCASIONAL, NO PROFESIONAL Y PROFESIONAL.

6.21 LAS ENFERMEDADES RESULTANTES DE LA INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTIMULANTES, MEDICAMENTOS O DROGAS NO SERÁN CUBIERTOS.

NO SE APLICARÁN EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS ENUNCIADAS EN ESTA SECCIÓN, DERIVADAS DE LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA ASEGURADORA.

7. CLAUSULA DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL (APLICABLE SOLO A LA COBERTURA BÁSICA)

CUALQUIER ASEGURADO TITULAR DEL **GRUPO DE ACTIVOS**, ASÍ COMO SUS DEPENDIENTES QUE CAUSEN BAJA DE LA PRESENTE PÓLIZA DE GRUPO TENDRÁN DERECHO A CONTRATAR UN SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, SIEMPRE QUE REALICE EL TRÁMITE DE CONTRATACIÓN DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES DE HABER CAUSADO BAJA DEL GRUPO ASEGURADO, QUEDANDO A CARGO DEL ASEGURADO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

LA CLÁUSULA DE CONVERSIÓN A UN SEGURO INDIVIDUAL, DA EL DERECHO AL ASEGURADO AL RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD Y A SOLICITAR DICHO SEGURO INDIVIDUAL SIN REQUISITOS EN LA EDAD DE ACEPTACIÓN NI EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA OFRECERÁ AL ASEGURADO QUE DEJE DE PERTENECER A LA COLECTIVIDAD, LA OPCIÓN DE CONTRATAR UN SEGURO INDIVIDUAL BAJO LAS MISMAS CONDICIONES O QUE MÁS SE ASEMEJEN A LA PÓLIZA DE GRUPO, EN CUANTO A CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO, NIVEL DE

HOSPITALES, TABULADOR DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS, HONORARIOS DE CONSULTAS MÉDICAS, SUMA ASEGURADA, DEDUCIBLE Y COASEGURO.

LA ASEGURADORA GARANTIZARÁ AL ASEGURADO QUE CONTRATE EL SEGURO INDIVIDUAL EL PAGO DE COMPLEMENTOS **POR DOS AÑOS DE AQUELLAS RECLAMACIONES PAGADAS DURANTE LA COBERTURA BÁSICA DE GRUPO, HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA QUE ESTUVO VIGENTE CUANDO SE ORIGINÓ EL PRIMER GASTO.**

LA ASEGURADORA QUEDARÁ OBLIGADA A RECONOCER LA ANTIGÜEDAD GENERADA EN EL SEGURO DE GRUPO CON EL FIN DE REDUCIR O ELIMINAR PERIODOS DE ESPERA.

EL ASEGURADO DEBERÁ PERMANECER EN LA COLECTIVIDAD UN PERÍODO **DE CIENTO OCHENTA DÍAS NATURALES** UNA VEZ CONTRATADA LA CLÁUSULA DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL, PARA QUE PUEDA EN CASO DE DARSE DE BAJA DE LA COLECTIVIDAD, TENER DERECHO A CONTRATAR SU PÓLIZA INDIVIDUAL.

UNA VEZ EMITIDO EL SEGURO INDIVIDUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ PAGAR LA PRIMA QUE CORRESPONDA A SU EDAD, GÉNERO, LUGAR DE RESIDENCIA, OCUPACIÓN, ACTIVIDADES ACTUALES Y AL PLAN QUE HAYA SELECCIONADO.

EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL SERÁ A PARTIR DE LA FECHA DE BAJA DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, LO ANTERIOR, ES CON LA FINALIDAD DE EVITAR PERIODOS AL DESCUBIERTO PARA EL ASEGURADO.

LA SINIESTRALIDAD DE LAS PÓLIZAS INDIVIDUALES NO COMPARTE SINIESTRALIDAD CON LA GENERADA EN LA PÓLIZA DE GRUPO.

NOTA: ESTA CLÁUSULA DE CONVERSIÓN SOLO APLICA A PERSONAL ACTIVO Y SOLO APLICA PARA LA COBERTURA BÁSICA.

PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SIGUIENTE:

- SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL
- CUALQUIER DOCUMENTO QUE COMPRUEBE LA BAJA AL GRUPO DE ASEGURADOS, CONFORME A LA ELEGIBILIDAD DE LA POLIZA Y LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO.COMO PUEDEN SER: BAJA DEL IMSS O FINIQUITO O ACTA DE DEFUNCIÓN O ACTA DE DIVORCIO.

TERCERA SECCIÓN POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

1. OBJETIVO

DE MANERA ADICIONAL A LO DESCRITO EN LA PRIMERA Y SEGUNDA SECCIÓN DE ESTAS CONDICIONES, LA ASEGURADORA DEBERÁ OFRECER LA POSIBILIDAD DE QUE CADA TITULAR ASEGURADO CONTRATE UNA POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA BÁSICA DESCRITA EN LA CLÁUSULA 4.1 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL ASEGURAMIENTO, QUE LE PERMITA AUMENTAR EL MONTO DE LA COBERTURA QUE PUEDE ALCANZAR PARA EL TRATAMIENTO DE CADA PADECIMIENTO CUBIERTO.

PARA TODA LA TERCERA SECCIÓN, SE ENTENDERÁ POR “COBERTURA BÁSICA” A LA DESCRITA EN LAS SECCIONES PRIMERA Y SEGUNDA DE LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.

2. OBLIGATORIEDAD

LA CONTRATACIÓN DE LA POTENCIACIÓN ES VOLUNTARIA, CONSIDERANDO LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS PARA TAL FIN, SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE UN TITULAR DESEE ADQUIRIR UNA SUMA ASEGURADA POTENCIADA DE SU PÓLIZA, DEBERÁN POTENCIAR TAMBIÉN LAS PÓLIZAS QUE CORRESPONDAN A SUS DEPENDIENTES.

3. VIGENCIA

LA FECHA DE INICIO DE LA POTENCIACIÓN SERÁ A PARTIR DE QUE EL ASEGURADO CONTRATE LA POTENCIACIÓN Y TERMINARÁ EN LA FECHA DE FIN DE VIGENCIA DE LA COBERTURA O CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD DEL SEGURO.

4. SUMA ASEGURADA POTENCIADA

EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR UNA SUMA ASEGURADA POTENCIADA POR \$10,000,000.00 (DIEZ MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.) Y APLICARÁ PARA CUALQUIER PADECIMIENTO CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL PADECIMIENTO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA CONTRATADO POTENCIACIÓN EN ESTA VIGENCIA O EN ALGUNA ANTERIOR DE ESTA PÓLIZA COLECTIVA SIN QUE EXISTAN PERIODOS AL DESCUBIERTO (NO SE CUBREN PREEXISTENCIAS).

LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA ES EN ADICIÓN A AQUELLA CON LA QUE CUENTA EL ASEGURADO POR LA COBERTURA BÁSICA Y COMIENZA A AFECTARSE UNA VEZ QUE SE HAYA AGOTADO LA SUMA ASEGURADA BÁSICA.

5. PAGOS DE COMPLEMENTOS

SE CUBREN GASTOS COMPLEMENTARIOS CORRESPONDIENTES A RECLAMACIONES REALIZADAS EN LA PÓLIZA DE POTENCIACIÓN VIGENTE Y/O PASADAS CONTRATADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y EROGADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA.

6. SUMA ASEGURADA POTENCIADA REMANENTE

LA ASEGURADORA LLEVARÁ REGISTRO DE LOS GASTOS RELACIONADOS A UN SINIESTRO CUYA SUMA ASEGURADA BÁSICA SE HA AGOTADO, Y QUE, EN CONSECUENCIA, AFECTA LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA., DEBERÁ ESTABLECER LOS CONTROLES NECESARIOS PARA ESTAR EN POSIBILIDAD DE MOSTRAR DE MANERA CLARA, Y EN TODO MOMENTO REQUERIDO, LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA REMANENTE QUE AÚN LE QUEDA A UN ASEGURADO QUE CONTRATE LA POTENCIACIÓN. LA ASEGURADORA SE DARÁ POR ENTERADA DE LOS SINIESTROS QUE YA SE ENCUENTRAN AFECTANDO LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA CONTRATADA EN VIGENCIAS ANTERIORES CONSIDERANDO LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA REMANENTE DE ESTOS. PARA ELLO, SE CONSIDERARÁ LA SINIESTRALIDAD HISTÓRICA AFECTADA POR POTENCIACIONES DE VIGENCIAS PREVIAS QUE SERÁ ENTREGADA POR LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS PREVIO AL INICIO DE LA VIGENCIA Y DEBERÁ AGREGAR A ÉSTA LOS GASTOS QUE SE GENEREN A LO LARGO DE LA VIGENCIA ACTUAL CON LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA.

LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A EMITIR UN REPORTE DE SUMA REMANENTE POR ASEGURADO Y POR SINIESTRO AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA, DE TODOS AQUELLOS SINIESTROS DE LOS QUE TUVO CONOCIMIENTO DURANTE EL TRANSCURSO DE SU VIGENCIA.

7. ASEGURADOS

PODRÁN OBJETO DE POTENCIACIÓN LAS MISMAS PERSONAS QUE PUEDEN ASEGURARSE EN LA COBERTURA BÁSICA.

CUANDO EL TITULAR CONTRATE LA OPCIÓN DE POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA, AUTOMÁTICAMENTE SE AMPLIARÁ LA SUMA ASEGURADA PARA SUS DEPENDIENTES.

8. EDADES DE ACEPTACIÓN

APLICAN LAS MISMAS EDADES DE ACEPTACIÓN DESCRITAS PARA LA COBERTURA.

9. PRIMA

LA POTENCIACIÓN SERÁ PAGADA ENTERAMENTE CON RECURSOS PROPIOS DE LOS ASEGURADOS, EN UNA SOLA EXHIBICIÓN. EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA SOLO FUNCIONARÁ COMO INTERMEDIARIO PARA GESTIONAR ANTE LA ASEGURADORA EL ALTA DE LA POTENCIACIÓN, RECOLECTAR LA PRIMA Y ENTREGARLA A LA ASEGURADORA.

LA ASEGURADORA DEBERÁ INFORMAR CLARAMENTE AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA CUÁL ES LA PRIMA QUE SE COBRARÁ POR CADA EDAD O GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LOS ASEGURADOS, DE MANERA TAL QUE SE PUEDA DAR A CONOCER A LOS ASEGURADOS ESA INFORMACIÓN DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA BÁSICA O DESDE EL MOMENTO EN QUE COMIENCEN A FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD.

10. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

HABRÁ DOS OPCIONES PARA PAGAR UNA PRIMA DE POTENCIACIÓN DE SUMA ASEGURADA:

- a) PAGO A TRAVÉS DE UN DESCUENTO POR NÓMINA.- EN ESTE CASO EL ASEGURADO DEBE SOLICITAR EL FORMATO DE ALTA Y REQUERIR EL DESCUENTO POR NÓMINA A TRAVÉS DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.
- b) PAGO DIRECTO EN VENTANILLA.- EL ASEGURADO DEBERÁ SOLICITAR EL FORMATO DE ALTA A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE EN VENTANILLA Y ENTREGAR EL COMPROBANTE A LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.

EL RUV SERÁ EL INTERMEDIARIO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DE LAS PÓLIZAS DE POTENCIACIÓN MEDIANTE DESCUENTO VÍA NÓMINA; NO ASÍ EN LO QUE SE REFIERE A LAS PÓLIZAS DE PAGO POR VENTANILLA, ESTAS SERÁN PAGADAS DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO A UNA CUENTA PRESENTADA POR LA ASEGURADORA PARA ESTE FIN.

LA ASEGURADORA PROPORCIONARÁ A LA GERENCIA ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS LOS FORMATOS DE ALTA DESDE EL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA.

11. PERIODO DE CONTRATACIÓN

LOS ASEGURADOS QUE FORMEN PARTE DESDE EL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA DE ALGÚN GRUPO ASEGURADO POR LA COBERTURA BÁSICA PODRÁN, DESDE EL INICIO DE LA COBERTURA Y HASTA EL 12 DE DICIEMBRE DE 2023, DECIDIR LA CONTRATACIÓN DE LA POTENCIACIÓN, EFECTUANDO EL PAGO CORRESPONDIENTE DENTRO DEL MISMO PERIODO.

LOS ASEGURADOS QUE SE INTEGREN A LA COLECTIVIDAD DE LA COBERTURA CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA VIGENCIA CONTARÁN CON 30 DÍAS NATURALES CONTADOS DESDE LA FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD PARA DECIDIR Y EFECTUAR EL PAGO ANTE LA ASEGURADORA DE LA CONTRATACIÓN DE LA POTENCIACIÓN DE SU SUMA ASEGURADA.

FUERA DE LOS PERIODOS MENCIONADOS, NO SERÁ POSIBLE REALIZAR EL ALTA DE UN ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES.

12. ALTAS Y BAJAS DE ASEGURADOS

SE PODRÁN DAR DE ALTA A LA COLECTIVIDAD DE LA POTENCIACIÓN AQUELLOS TITULARES Y SUS DEPENDIENTES QUE SE INTEGREN A LA COBERTURA BÁSICA, QUE LO SOLICITEN Y EFECTÚEN SU PAGO EN EL PERIODO DE CONTRATACIÓN CON EL QUE CUENTAN. SE PAGARÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA ANUAL QUE CORRESPONDA AL PERIODO DE COBERTURA DE LA POTENCIACIÓN. EN CASO DE QUE EL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES DEJEN DE FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD DE LA COBERTURA BÁSICA, CESARÁN TAMBIÉN LOS EFECTOS DE LA POTENCIACIÓN, SERÁN DADOS DE BAJA DE LA COLECTIVIDAD DE LA POTENCIACIÓN Y PODRÁN SOLICITAR LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA CORRESPONDIENTE, SIEMPRE QUE NO TENGAN SINIESTROS ABIERTOS QUE ESTÉN HACIENDO USO DE LA MISMA.

LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SERÁ LA ENCARGADA DE CONCENTRAR LAS ALTAS Y LOS PAGOS CORRESPONDIENTES E INFORMAR A LA ASEGURADORA DE LOS MISMOS UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS PERIODOS DE CONTRATACIÓN DESCRITOS. ASIMISMO, INFORMARÁ A LA

ASEGURADORA LAS BAJAS QUE OCURRAN CON MOTIVO DE LA SALIDA DE UN ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES POR BAJA DE LA COBERTURA BÁSICA.

13. COBERTURA

APLICAN LAS MISMAS COBERTURAS DESCRITAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA SECCIÓN QUE RIGEN LA UTILIZACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA.

14. GASTOS NO CUBIERTOS

NO SE CUBRIRÁN LOS MISMOS GASTOS QUE LOS DESCRITOS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA SECCIÓN QUE RIGEN LA UTILIZACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA.

15. DEDUCIBLE

PARA EL CASO DE ATENCIÓN DE UN PADECIMIENTO QUE UTILICE LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA, EL DEDUCIBLE SE CONSIDERARÁ SATISFECHO UNA VEZ AGOTADA LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA BÁSICA.

16. COASEGURO

PARA EL CASO DE ATENCIÓN DE UN PADECIMIENTO QUE UTILICE LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA, EL COASEGURO SE CONSIDERARÁ SATISFECHO UNA VEZ AGOTADA LA SUMA ASEGURADA DE LA PÓLIZA BÁSICA.

17. ESTRUCTURA E INFRAESTRUCTURA DE LA POTENCIACIÓN

SE UTILIZARÁ LA MISMA ESTRUCTURA E INFRAESTRUCTURA UTILIZADA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA, SALVO POR EL HECHO DE QUE SE DEBERÁ TENER UN REGISTRO PORMENORIZADO ESPECÍFICO DE LOS ASEGURADOS QUE CONTRATAN LA POTENCIACIÓN Y LA MANERA EN LA CUAL GASTEN DICHA SUMA ASEGURADA POTENCIADA.

18. ESTADÍSTICAS

SINIESTRALIDAD.- LA ASEGURADORA SE OBLIGA A PROPORCIONAR AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, ESTADÍSTICA CON LA SINIESTRALIDAD OCURRIDA EN EL MES QUE ESTÉ AFECTANDO LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA, UNA VEZ QUE SE HA SUPERADO EL USO DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA, ATENDIENDO A LA MISMA ESTRUCTURA DEFINIDA EN LA CLÁUSULA 16 “ESTADÍSTICAS” DE LA PRIMERA SECCIÓN – CONDICIONES GENERALES – DE ESTA PÓLIZA.

VIGOR.- LA ASEGURADORA SE OBLIGA A PROPORCIONAR AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, ESTADÍSTICA CON LA RELACIÓN DE LOS ASEGURADOS CUBIERTOS CON POTENCIACIÓN A LO LARGO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN EL CUAL SE REFLEJEN LOS MOVIMIENTOS DE ALTAS Y BAJAS SOLICITADOS, ATENDIENDO A LA MISMA ESTRUCTURA DEFINIDA EN LA CLÁUSULA 16 “ESTADÍSTICAS” DE LA PRIMERA SECCIÓN – CONDICIONES GENERALES – DE ESTA PÓLIZA.

LA ENTREGA DE LOS REPORTES DESCRITOS SE REALIZARÁ AL MISMO TIEMPO QUE LOS REPORTES CORRESPONDIENTES EN LA COBERTURA BÁSICA.

19. PERIODO DE BENEFICIO

LOS GASTOS QUE AFECTEN A LA SUMA ASEGURADA POTENCIADA QUE SE ORIGINEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE SEAN REPORTADOS CON POSTERIORIDAD AL FINAL DE LA VIGENCIA DE LA MISMA, SERÁN INDEMNIZADOS POR LA ASEGURADORA QUE HAYA ESTADO DANDO LA COBERTURA AL MOMENTO DE LA ORIGINACIÓN DEL GASTO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN LA CLÁUSULA DE PAGOS COMPLEMENTARIOS Y SIEMPRE Y CUANDO EL GASTO SEA PROCEDENTE.

20. COMPROBANTES FISCALES

SE INFORMA QUE SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA, LA EMISIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIBOS FISCALES POR CONCEPTO DE POTENCIACIÓN PARA EFECTO DE LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS DE LOS ASEGURADOS QUE OPTEN POR LA CONTRATACIÓN.

21. CLÁUSULA DE PRELACIÓN

EN TODOS AQUELLOS CONCEPTOS NO DESCRITOS O PREVISTOS EN LA PRESENTE SECCIÓN, OPERARÁ EN LA OPERACIÓN DE LA POTENCIACIÓN, LAS CONDICIONES GENERALES QUE TENGA REGISTRADA LA ASEGURADORA PARA ESTE TIPO DE PRODUCTOS. SIN EMBARGO, EN TODO MOMENTO Y BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA PREVALECERÁN LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO SOLICITADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

EN CASO DE CONTROVERSIA ENTRE LAS CONDICIONES DE LA ASEGURADORA Y LAS CONDICIONES SOLICITADAS POR EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, LAS CONDICIONES DEL CONTRATANTE TENDRÁN PRELACIÓN SOBRE LAS DE LA ASEGURADORA.

EN CASO DE QUE EL CLAUSULADO GENERAL SE CONTRAPONGA A LAS PRESENTES CONDICIONES EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR ENDOSOS PARA REALIZAR AJUSTES A LOS TEXTOS CORRESPONDIENTES Y ASÍ ELIMINAR LAS POSIBLES DIFERENCIAS CON RESPECTO A ESTAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO.

22. CRITERIOS DE OPERACIÓN ADICIONALES

LA ASEGURADORA DARÁ A CONOCER, POR ESCRITO Y DESDE EL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CUALQUIER CRITERIO DE OPERACIÓN ADICIONAL APLICABLE A LA POTENCIACIÓN. SE LE REQUERIRÁ A LA ASEGURADORA EL INSTRUCTIVO PARA LA CONTRATACIÓN DE LA POTENCIACIÓN.

23. ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

PARA DAR CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 492 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS, EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA PROPORCIONARÁ LA ASEGURADORA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

- DECRETO DE CREACIÓN DE LA DEPENDENCIA CONVOCANTE.
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.
- DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL EL(LOS) REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) ACREDITE(N) SU(S) FACULTAD(ES) PARA REPRESENTAR AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.
- COPIA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL REPRESENTANTE LEGAL.



4. Entregables

#	REFERENCIA	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO E HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	EVIDENCIA/DOCUMENTO PARA COMPROBAR ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF INFO	BENEF ASEG	RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO
1	NO EXISTE EN LA PÓLIZA	ENTREGA DE CARTA COBERTURA	1 (UN) DÍA HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A LA PUBLICACIÓN DEL FALLO.	CARTA COBERTURA FIRMADA POR REPRESENTANTE LEGAL	CANCELACIÓN DE FALLO	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
2	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	ENTREGA DE KIT INICIAL PARA LOS ASEGURADOS	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LOS EVENTOS SIGUIENTES: C. INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. D. ENTREGA DEL LISTADO DE ASEGURADOS PARA LA EMISIÓN. SE CONSIDERARÁ LA FECHA DEL ÚLTIMO EVENTO REFERIDO PARA CONTABILIZAR EL NIVEL DE SERVICIO.	ESCRITO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA EN DONDE INFORME LA FECHA EN QUE ENTREGÓ EL KIT INICIAL A LOS ASEGURADOS.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
3	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	PRESENTACIÓN DE FORMATOS, EN VERSIÓN EDITABLE, DE REEMBOLSO Y PROGRAMACIÓN	MISMO DÍA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA	CORREO ELECTRÓNICO ENVIADO POR LA ASEGURADORA CON LOS FORMATOS MENCIONADOS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
4	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 9	ENTREGA DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, A CONFORMIDAD DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.	CARÁTULA DE PÓLIZA	200 (DOSCIENTOS) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
5	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 9	ENTREGA DE LA PÓLIZA CON LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO, A CONFORMIDAD DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA	CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO	200 (DOSCIENTOS) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

		ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN						
6	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 25	EMISIÓN DE REPORTE DE SUMA REMANENTE POR ASEGURADO Y POR SINIESTRO.	20 (VEINTE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA CONCLUSIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA	ARCHIVO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE SOLICITADO.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
7	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.2	ENTREGA DE KIT DE ALTAS DE INTERVIGENCIA	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE ALTA	CORREO ELECTRÓNICO CON EL ENDOSO DE ALTA Y KIT DE ALTA EMITIDO POR LA ASEGURADORA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO A LOS DÍAS AQUÍ INDICADOS, ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
8	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	APLICACIÓN DE BAJAS INTERVIGENCIA	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE BAJA	CORREO ELECTRÓNICO CON EL ENDOSO DE BAJA EMITIDO POR LA ASEGURADORA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO A LOS DÍAS AQUÍ INDICADOS, ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
9	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	ENTREGAR LOS ESTADOS DE CUENTA DE AQUELLOS ASEGURADOS QUE LO REQUIERAN	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL ESTADO DE CUENTA	CORREO ELECTRÓNICO QUE CONTenga EL ESTADO DE CUENTA DIGITAL	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR		X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
10	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4 CLÁUSULA 3.6 CLÁUSULA 3.7	SOLUCIÓN DE QUEJAS RECIBIDAS A TRAVÉS DEL BUZÓN TELEFÓNICO Y/O DIGITAL	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE QUE SE EMITA LA QUEJA	ARCHIVO DIGITAL DE NOTIFICACIÓN CON LA RESPUESTA DE LA QUEJA MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
11	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 12 CLÁUSULA 13	PAGO DE REEMBOLSOS POR LOS GASTOS EROGADOS POR EL ASEGURADO	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA ASEGURADORA HA RECIBIDO LOS DOCUMENTOS Y LA INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO CON DOCUMENTO FINIQUITO O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR. ²		X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
12	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 12	ENTREGA DEL RESULTADO DE LA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN	3 (TRES) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN	CORREO ELECTRÓNICO CON RECONSIDERACIÓN DE DICTAMEN, CARTA DE PROGRAMACIÓN O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
13	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	EXHIBICIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL QUE PERMITA VERIFICAR LA CONSISTENCIA DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD.	10 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE SOLICITUD DEL SOPORTE DOCUMENTAL PARA REVISAR LA CONSISTENCIA DE UNA MUESTRA DE MOVIMIENTOS DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD	ESCRITO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASEGURADORA EN DONDE INFORME LA FECHA EN QUE EXHIBIÓ EL SOPORTE DOCUMENTAL	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA DE NATURAL DE RETRASO EN LA EXHIBICIÓN DE LA INFORMACIÓN. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

² Está penalización se establece con independencia de las acciones que pueda realizar el asegurado, en los términos del Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

14	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16 CLÁUSULA 32.2	ENTREGA DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE CONTEMPLA LA CORRECCIÓN DE TODAS LAS INCONSISTENCIAS INDICADAS LUEGO DE LA REVISIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL DE LA MUESTRA DE MOVIMIENTOS	5 (CINCO) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA DE LAS INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS LUEGO DE LA REVISIÓN DEL SOPORTE DOCUMENTAL DE LA MUESTRA DE MOVIMIENTOS	CORREO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE CONTEMPLA LA CORRECCIÓN DE LAS INCONSISTENCIAS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL ADICIONAL QUE TARDE LA ASEGURADORA EN ENTREGAR EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD CON LA CORRECCIÓN DE TODAS LAS INCONSISTENCIAS DETECTADAS. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
17	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 26	RESOLUCIONES DICTAMINADAS QUE SE EMITAN SIN APEGARSE A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA	EL 100% DE LAS DICTAMINACIONES EN APEGO A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PRESENTE PÓLIZA	CORREO ELECTRÓNICO. CON DOCUMENTO FINIQUITO O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA.	122 (CIENTO VEINTIDOS) UMA POR CADA DICTAMINACIÓN REALIZADA QUE NO SE APEGUE A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA		X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
18	SECCIÓN DEFINICIONES	PROGRAMACIÓN DE TRATAMIENTOS, CIRUGÍAS, MEDICAMENTOS, TERAPIAS O ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA ASEGURADORA HA RECIBIDO LOS DOCUMENTOS Y LA INFORMACIÓN QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD	CORREO ELECTRÓNICO CON DOCUMENTO DE PROGRAMACIÓN O CARTA RECHAZO SEGÚN CORRESPONDA	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO		X	GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
19	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.3	ENTREGA DE RED DE PROVEEDORES DISPONIBLES	3 (TRES) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE CADA MES CALENDARIO	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE PROVEEDORES DISPONIBLES	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
20	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 3.4	REPORTAR LOS CASOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS ASEGURADOS	7 (SIETE) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL RUV.	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE CASOS DE HOSPITALIZACIÓN	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
24	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 10	CONCILIACIÓN DE DATOS PARA ALTAS Y BAJAS INTERVIGENCIA, INCLUYENDO LA PRIMA DE AJUSTE ASOCIADA, CON VoBo DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA	32 (TRESINTA Y DOS) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DEL FIN DE LA VIGENCIA	CORREO ELECTRÓNICO A LA ASEGURADORA CON VISTO BUENO POR PARTE DE LA GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.	60 (SESENTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
25	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	ENTREGA DE REPORTE DE SINIESTRALIDAD.	7 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DE RUV	CORREO ELECTRÓNICO CON ARCHIVO DIGITAL CON EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
26	PRIMERA SECCIÓN CLÁUSULA 16	ENTREGA DEL REPORTE DE VIGOR DE ASEGURADOS	7 (DIEZ) DÍAS HÁBILES CONTADOS A PARTIR DE LA SOLICITUD DEL RUV	ARCHIVO DIGITAL MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO CON EL REPORTE DE VIGOR DE ASEGURADOS	30 (TREINTA) UMA POR CADA DÍA NATURAL DE RETRASO. ACUMULABLE HASTA CUMPLIR.	X		GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

5. Recursos Humanos

EL PROVEEDOR ASUMIRÁ TODA LA RESPONSABILIDAD SOBRE EL PERSONAL QUE EMPLEA, SIN QUE EXISTA VÍNCULO LABORAL ALGUNO CON REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA. POR LO TANTO, LA DEPENDENCIA JURÍDICA Y FUNCIONAL DE ESTOS TRABAJADORES SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR.

EL PROVEEDOR ACEPTA Y SE OBLIGA, QUE EN SU CARÁCTER DE EMPRESA LEGALMENTE ESTABLECIDA, CUENTA CON LOS ELEMENTOS PROPIOS Y SUFICIENTES EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 10 Y 12 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, QUE CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS POR EL ARTÍCULO 15 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL, ASÍ MISMO QUE ES RESPONSABLE DE SUS OBLIGACIONES LABORALES CON LAS EMPRESAS O PERSONAS FÍSICAS QUE CONTRATE, PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DEL PRESENTE CONTRATO, POR LO QUE ASUME LA RELACIÓN LABORAL DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE CON CUALQUIER CARÁCTER INTERVIENEN BAJO SUS ÓRDENES YA SEA DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LOS SERVICIOS PACTADOS PARA ESTA CONTRATACIÓN, ASUMIENDO CONSECUENTEMENTE TODA LA OBLIGACIÓN DERIVADA DE TAL HECHO, COMO SON EL PAGO DE SALARIOS, DE CUOTAS OBRERO-PATRONALES AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE PRODUCTOS DE TRABAJO Y PAGO DE LOS MISMOS, PAGO DE APORTACIONES AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, PAGO DE INDEMNIZACIONES DERIVADAS DE LAS DEMANDAS LABORALES QUE SUS TRABAJADORES O TERCEROS LE INTERPONGAN, RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PRESTACIONES DE TRABAJO A QUE SU PERSONAL TENGA DERECHO, RELEVANDO DESDE ESTE MOMENTO AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA Y A SUS FUNCIONARIOS DE TODA RESPONSABILIDAD LABORAL Y/O DE CUALQUIER NATURALEZA JURÍDICA, PRESENTE O FUTURA EN LA QUE PUDIERA VERSE INVOLUCRADO POR RAZÓN DE LAS DEMANDAS QUE EN ESE SENTIDO LE INTERPONGAN LOS TRABAJADORES QUE LE PRESTEN SERVICIOS CON MOTIVO DEL PRESENTE CONTRATO.

EL PROVEEDOR, SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y DEMÁS ORDENAMIENTOS EN MATERIA DE TRABAJO Y DE SEGURIDAD SOCIAL, DEBIENDO RESPONDER DE TODAS LAS RECLAMACIONES QUE SUS TRABAJADORES PRESENTARÁN EN SU CONTRA O EN CONTRA DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA, EN RELACIÓN CON LOS TRABAJOS DEL CONTRATO, DEBIENDO CUBRIR CUALQUIER IMPORTE QUE DE ELLO SE DERIVE Y SACAR A SALVO Y EN PAZ DE TALES RECLAMACIONES AL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

RECONOCIENDO EL PROVEEDOR, QUE EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA NO EJERCE NINGÚN TIPO DE DIRECCIÓN EN EL PERSONAL, Y QUE EL PROVEEDOR, PROPORCIONA EL ENTRENAMIENTO Y CAPACITACIÓN DE SU PERSONAL PARA OTORGAR LOS SERVICIOS SUJETOS DE LA CONTRATACIÓN Y QUE CUENTA CON INSTALACIONES PROPIAS PARA LLEVAR A CABO DICHOS ACTOS. EN CASO DE QUE

POR SU NATURALEZA PARTE DE LOS SERVICIOS LOS PRESTE EN LAS INSTALACIONES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA ESTO NO IMPLICA QUE HAYA ASIGNACIÓN DE LUGAR DE TRABAJO PARA LOS EMPLEADOS DEL PROVEEDOR.

6. Soporte

LA ASEGURADORA GANADORA DEBERÁ CONTAR CON UN CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CALL CENTER) DISPONIBLE LAS 24 HORAS DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO

7. Vigencia

EL PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA SERÁ DE LAS 12 HORAS DEL 01 DE OCTUBRE DE 2023 A LAS 12 HORAS DEL 01 DE OCTUBRE DE 2024.

8. Forma de Pago

LA PRIMA DE LA PÓLIZA A CARGO DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA SERÁ PAGADA EN UNA SOLA EXHIBICIÓN AL INICIO DE LA VIGENCIA. EL PAGO DE LA PRIMA SE REALIZARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A LA CUENTA BANCARIA QUE LA ASEGURADORA TENGA REGISTRADA EN EL SISTEMA DE PROVEEDORES DEL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA.

PARA ELLO, LA ASEGURADORA DEBERÁ ENTREGAR LA CARÁTULA DE PÓLIZA, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y EL RECIBO O LA FACTURA CORRESPONDIENTE EN FORMATO PDF Y XML A CONFORMIDAD DEL RUV, EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN CON LA CUAL LA ASEGURADORA RESULTÓ ADJUDICADA. LA PRIMA SERÁ PAGADA DENTRO DE LOS 30 DÍAS NATURALES SIGUIENTES A QUE LA ASEGURADORA HAYA REALIZADO LA ENTREGA DE DICHA DOCUMENTACIÓN.

EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA GOZARÁ DE UN PERÍODO DE GRACIA DE 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO-PÓLIZA, PARA LIQUIDAR EL TOTAL DE LA PRIMA, O CADA UNA DE LAS FRACCIONES PACTADAS EN ESTE CONTRATO. A LAS DOCE HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DEL PERÍODO DE GRACIA, LOS EFECTOS DEL CONTRATO CESARÁN AUTOMÁTICAMENTE SI EL REGISTRO ÚNICO DE VIVIENDA NO HA CUBIERTO EL TOTAL DE LA PRIMA O DE LA FRACCIÓN PACTADA. EN CASO DE QUE LA ASEGURADORA NO ENTREGUE DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA LA INFORMACIÓN EN LOS TÉRMINOS DESCRITOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, EL PERIODO DE GRACIA SE RECORRERÁ TANTOS DÍAS COMO LA ASEGURADORA TARDE EN REALIZAR TAL ENTREGA.

EN CASO DE QUE TRANSCURRAN 30 DÍAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO-PÓLIZA Y EL RUV NO LOGRE HABER REALIZADO EL PAGO CORRESPONDIENTE DEBIDO A

QUE LA ASEGURADORA NO HA PRESENTADO LA CARÁTULA DE PÓLIZA, CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO Y/O EL RECIBO O LA FACTURA CORRESPONDIENTE EN FORMATO PDF Y XML EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS DURANTE EL PROCESO DE CONTRATACIÓN CON LA CUAL LA ASEGURADORA RESULTÓ ADJUDICADA, LA ASEGURADORA ENTREGARÁ NOTIFICACIÓN POR ESCRITO EN LA QUE CONSTE QUE SE OBLIGA A MANTENER VIGENTE LA PÓLIZA DE SEGURO Y A ATENDER Y PAGAR LOS SINIESTROS QUE SE PRESENTEN MIENTRAS LA ASEGURADORA ENTREGUE LA DOCUMENTACIÓN SIN ERRORES Y SE PUEDA EFECTUAR EL PAGO DE LA MISMA.

9. Garantías

SE EXIME AL PROVEEDOR DE PRESENTAR GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 79 DE LOS “LINEAMIENTOS DE LAS POLÍTICAS APLICABLES A LAS ADQUISICIONES Y ARRENDAMIENTOS DE BIENES, CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y OBRAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS” DEL INFONAVIT QUE ESTABLECE QUE:

“NO ESTARÁN OBLIGADAS A PRESENTAR GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO LAS DEPENDENCIAS DEL GOBIERNO FEDERAL; ESTATAL O MUNICIPAL; LAS ENTIDADES PARAESTATALES; LAS INSTITUCIONES BANCARIAS Y LAS ASEGURADORAS.”

10. Formato para que el proveedor presente su propuesta técnica

LA PROPUESTA TÉCNICA DEBERÁ ENTREGARSE IMPRESA EN HOJAS MEMBRETADAS DE LA ASEGURADORA, FOLIADA Y FIRMADA POR SU REPRESENTANTE LEGAL.

DEBERÁ INCLUIR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA EN EL ANEXO TÉCNICO

LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO DEBERÁN CONTEMPLAR LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO “3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO” DE ESTAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LAS MODIFICACIONES QUE PUDIERAN DERIVARSE DE LA ETAPA DE ACLARACIONES. PARA ELLO, LA ASEGURADORA LICITANTE PUEDE OPTAR POR ALGUNA DE ESTAS DOS MODALIDADES:

1. TRANSCRIBIR EL TEXTO DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL APARTADO “3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO” DE ESTE ANEXO INSERTANDO LAS MODIFICACIONES QUE PUDIERAN DERIVARSE DE LA ETAPA DE ACLARACIONES O BIEN

2. TRANSCRIBIR EL TEXTO DE LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL APARTADO “3. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO” DE ESTE ANEXO SIN INSERTAR LAS MODIFICACIONES QUE PUDIERAN DERIVARSE DE LA ETAPA DE ACLARACIONES, PERO AGREGANDO A SU DOCUMENTACIÓN:

- CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, EN DONDE SE ACEPTAN TODAS LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE LA ETAPA DE ACLARACIONES
- Y COPIA DEL ACTA DE ACLARACIONES FIRMADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL

DE OPTAR POR ESTA OPCIÓN Y RESULTAR GANADOR DE LA LICITACIÓN, LA ASEGURADORA DEBERÁ EMITIR LA PÓLIZA INSERTANDO LAS MODIFICACIONES QUE PUDIERAN DERIVARSE DE LA ETAPA DE ACLARACIONES.

LOS SIGUIENTES ANEXOS CONTEMPLADOS EN LA LICITACIÓN SON DE CARÁCTER INFORMATIVO Y PODRÁN OMITIRSE EN LA INTEGRACIÓN DE LA PROPUESTA TÉCNICA:

ANEXO 1. REPORTE DE SINISTRALIDAD.

ANEXO 1.1 RESUMEN CON VIGOR DE ASEGURADOS.

