

Anexo 1- Especificaciones Técnicas Seguro De Gastos Médicos Mayores

1. Objeto

Contratar a una aseguradora para que proporcione el servicio de aseguramiento de los gastos médicos mayores de los empleados en activo del Fideicomiso Registro Único de Vivienda (RUV), 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 de este seguro y sujetos a las limitaciones que se indican.

2. Alcance

Los servicios de aseguramiento se brindarán a todos los empleados en activos del RUV y sus dependientes, de acuerdo con lo especificado en las condiciones de la póliza.

3. Descripción Técnica

El seguro tiene como objetivo contar con una cobertura de gastos médicos mayores que funcione para mantener a los empleados del Fideicomiso 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, calidad y accesibilidad en el cuidado de la salud.

La presente póliza de seguro está dirigida a:

- los empleados del Fideicomiso Registro Único de Vivienda, su cónyuge/concubina(o) y sus hijos reconocidos menores de 25 años.

La Aseguradora tendrá como principal objetivo brindar un servicio de aseguramiento que contemple gastos médicos mayores para la cual deberá contar con una red médica y de hospitales 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).

ANTIGÜEDAD.- Es el tiempo que el asegurado ha estado cubierto de forma continua por la póliza colectiva de gastos médicos mayores del RUV, 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 dichos 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 esta 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 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 consigan 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 esta póliza una vez descontado el deducible contratado.

CONTRATANTE.- Fideicomiso Registro Único de Vivienda mismo que interviene en la celebración del contrato y será el responsable del pago de la prima.

CONTRATO/PÓLIZA.- Conjunto de documentos en los que se formaliza el contrato del seguro a través del cual la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en las condiciones del seguro. Está integrado 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 para 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, considerando lo descrito en la póliza, se cubrirá sólo una pareja por titular y la figura de cónyuge o concubina(o) deberá acreditarse ante la Gerencia de Administración y Finanzas (GAF), mediante acta de matrimonio, constancia de concubinato o con acta de nacimiento de hijos en común, a la Aseguradora, el RUV le indicará los dependientes que corresponden a algún titular señalando el parentesco en vigor de la documentación entregada.

DIAGNÓSTICO.- Procedimiento por el cual un 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 esta póliza.

EMPLEADO/EMPLEADO ACTIVO.- Trabajador o trabajadora en funciones en el RUV.

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 profesional independiente 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 a 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, aún 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 profesionalista 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 de este 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 la 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 profesionalistas 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 período de gestación, o el nacimiento, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.- Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que señalan en los siguientes casos:

A) Que previamente a la fecha de alta del asegurado a la póliza colectiva de gasto médico mayor del RUV, se haya declarado 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 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 de alta del asegurado a la póliza colectiva de gasto médico mayor del RUV, 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.

PERÍODO AL DESCUBIERTO.- Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este contrato se genera por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza.

PERÍODO DE ESPERA.- Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada asegurado, a fin de que las enfermedades puedan ser cubiertas por la póliza.

PERÍODO DE GRACIA.- Período 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 e 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 o accidente cubierto. La Aseguradora reintegrará la suma que corresponda después de aplicar las condiciones contratadas al propio asegurado o la persona que éste decida para el reembolso de gastos se requerirá facturas, recibos y comprobantes de honorarios originales.

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 de este contrato.

SIGNOS.- Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado y que pueden 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, convenio para cada cobertura y aplicable por enfermedad o accidente y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

UMA.- Unidad de Medida Actualizada Diaria.

UMAM.- Unidad de Medida y Actualización Mensual.

TABULADOR.- Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica monto máximo a pagar por la Aseguradora para cada uno de éstos 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 presente 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.- Período de validez del contrato.

PRIMERA SECCIÓN

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

Mediante el contrato de seguro, 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 este contrato-póliza.

Formarán parte integrante del contrato las condiciones generales, los endosos y anexos que se deriven del mismo.

2. VIGENCIA

El periodo de vigencia de la póliza será de las 12:00 hrs. del 01 de octubre de 2022 a las 12:00 hrs. del 01 de octubre de 2023.

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 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. La red de consulta médica deberá considerar cobertura en horario matutino y vespertino de lunes a viernes, se deberá especificar la red médica con disponibilidad los sábados y domingos.

3. La Aseguradora deberá coordinar, supervisar y dar seguimiento a la atención de servicios, otorgados por los proveedores de la red médica, hospitalaria y de servicios a los usuarios, debiendo asegurar en todo momento la correcta atención a los usuarios y que cuando el RUV lo requiera, proporcione información puntual y oportuna al respecto, la información requerida por el RUV será solo aquella necesaria para efectos estrictos de dicha atención, salvaguardando la misma en todo momento.
4. Entregar al RUV la red de proveedores actualizada mensualmente.
5. Contar con los mecanismos de control adecuados para validar la personalidad del beneficiario de los servicios, evitando con ellos 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 plástica o 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 apego a las condiciones de la presente póliza.
- C. Guía para el uso adecuado de los servicios contratados.
- D. Archivo electrónico o impreso con condiciones generales del RUV, así como formatos para reclamación, el archivo electrónico deberá ser enviado vía correo electrónico sólo a los asegurados titulares.

En caso de que la entrega de tarjetas y el paquete de información sea de manera física, se realizará de la siguiente manera: la GAF entregará a la Aseguradora, 10 días naturales antes del inicio de la vigencia de la póliza, el listado definitivo de asegurados que utilizará al inicio de vigencia para la emisión de tarjetas y certificados una vez asignados los números de certificados para cada asegurado, la Aseguradora se obliga a presentar a la GAF el listado que permita relacionar dichos números de certificados con los asegurados presentados en el vigor de inicio.

3.3. Actualización de red de proveedores

La aseguradora se obliga a informar a la GAF, cualquier modificación o actualización relativa a los prestadores médicos, hospitales y de servicios de manera mensual.

3.4. Ejecutivo de cuenta

La Aseguradora designará un ejecutivo de cuenta el cual será el enlace administrativo entre la GAF y la Aseguradora y tendrá las siguientes funciones:

- A) Gestionar ante la Aseguradora, los movimientos de altas, bajas y solicitudes de modificaciones de asegurados, previa solicitud y autorización de la GAF.

- B) Atender casos específicos
- C) Entregar actualización de las redes médicas de proveedores.
- D) Entregar a la GAF el reporte de emisión de asegurados a inicio de vigencia de la póliza y los reportes de siniestralidad.
- E) Entrega de estados de cuenta de aquellos asegurados que se lo requieran.
- F) Reportar diariamente los casos de hospitalización en los términos que estipule el RUV
- G) Gestionar la facturación y el pago de primas.
- K) Atención y solución de quejas por parte del enlace RUV, o a través del buzón telefónico y/o digital de quejas y sugerencias.

La disposición de horario de servicio de este ejecutivo será de 24 horas, los 365 días del año.

3.5. 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 de los beneficios del programa de gastos médicos mayores a través de un conocimiento robusto de las coberturas de dicho programa.
- C) Proporcionar información de la red de proveedores: médicos, hospitales, laboratorios y farmacias de la red.
- D) Atención de urgencias médicas para su canalización.
- E) Contar con un buzón telefónico para la recepción y reporte de quejas y sugerencias

3.6. 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.

La Aseguradora deberá establecer el procedimiento de operación de dicho buzón y reportar al RUV de manera mensual los casos que se presenten en el mismo.

3.7. 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 serán reportados con base diaria.
- E) Elaborar los reportes de las quejas y sugerencias recibidos a través del buzón telefónico y/o digital

Dicho sistema deberá estar disponible en todo momento para producir los reportes necesarios en cualquier período 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 normatividad aplicable. (Circular única de seguros y de fianzas)

3.8. Expediente clínico

- A) Será requisito indispensable que, en todos los niveles de atención, se integre un expediente clínico electrónico.
- B) La Aseguradora se obliga a garantizar la existencia de dicho expediente.
- C) 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 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 deberán 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 fianzas y demás normatividad aplicable.

4. MODIFICACIONES AL CONTRATO-PÓLIZA

El 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 y en los domicilios señalados por las partes. Para este efecto, el Fideicomiso Registro Único de Vivienda indica como domicilio Insurgentes Sur 1685, piso 5 y 12, colonia Guadalupe Inn, Alcaldía Álvaro Obregón, ciudad de México, C.P. 01020 y la Aseguradora en el domicilio que señale.

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 este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”.

7. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

No obstante, el término de vigencias de este contrato-póliza, las partes convienen en que este podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito por parte del RUV 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 período en que la póliza haya estado en vigor.

La Aseguradora no podrá dar por terminado anticipadamente el contrato-póliza sin previa autorización del RUV.

8. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones derivadas de este contrato-póliza prescribirán en los términos señalados en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

9. PRIMA

La prima de la póliza definida estará a cargo del RUV y será pagada en una exhibición anual por transferencia bancaria, a más tardar a los 30 días naturales después de la firma del contrato o de adiciones y/o modificaciones de beneficiarios, a entera satisfacción del RUV.

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 RUV 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 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 RUV 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 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.

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 conocimiento de ellos, para ello, el RUV reportará a la Aseguradora, vía correo electrónico los movimientos de altas de a más tardar 5 días hábiles posteriores a que se presenten y los movimientos de bajas en el momento en que éstos se conozcan.

Para los movimientos de alta, la Aseguradora se obliga a presentar a la GAF 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 llevará a cabo en dos ocasiones: la primera 60 días hábiles después del cierre de año calendario y la segunda 40 días hábiles 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 GAF del RUV y la entrega por parte de la Aseguradora del correspondiente recibo o factura .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 la 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 la prima nivelada que para tal efecto se determine desde el principio de la vigencia.

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 7 días hábiles para realizar el pago al asegurado titular o la persona designada por éste, contados a partir de la fecha de la recepción de los documentos en caso del que el asegurado titular o la GAF realice una solicitud de reconsideración del dictamen, la Aseguradora solo contará con 3 días hábiles adicionales contados a partir de la fecha de solicitud para confirmar o emitir nuevo dictamen.

La Aseguradora sólo 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 sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes.

13. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita 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 más una pena convencional. Aplicará la pena convencional que para tal efecto establece la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas en su artículo 276.

14. MONEDA

Todas las obligaciones de pago de este contrato serán pagaderas en moneda nacional.

15. EDADES DE ACEPTACIÓN

Los límites de edad de aceptación para este contrato son:

- Para los asegurados titulares: Sin límite.
- Para los cónyuges y/o concubinos/as: Sin límite
- Para los hijos del titular: Desde el nacimiento y hasta que cumplan los 25 años de edad.

Los hijos del titular que durante el transcurso del periodo de vigencia de la póliza cumplan los 25 años, de manera automática, sin requerir aviso del RUV, desde el primer minuto en el que alcance esa edad causarán baja de la póliza.

16. ESTADÍSTICAS

Siniestralidad.- La Aseguradora se obliga a proporcionar al RUV estadística mensual con la siniestralidad ocurrida en el mes y la siniestralidad acumulada en el período 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 refiere este párrafo deberán ser entregados a la GAF, la entrega será a través de correo electrónico institucional.

Los informes anteriores deberán contener como mínimo la siguiente información:

- A) número de póliza.
- B) número de certificado.
- C) número de siniestro
- D) género de paciente
- E) fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año)
- F) parentesco con el titular.
- G) código 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
 - estudio de gabinete
 - parto
 - ayuda para recién nacido
 - terapia hiperbárica
 - ambulancia aérea
 - otros
 - cobertura de cuidados dentales
- J) marca de si el registro se generó por enfermedad o por accidente.
 - K) monto reservado.
 - L) monto reclamado
 - M) deducible.
 - N) coaseguro.
 - O) I.V.A
 - P) monto pagado.
 - Q) monto pendiente
 - R) monto de siniestralidad.
 - S) suma asegurada remanente, global o por cobertura, si se trata de una cobertura que tiene su propia suma asegurada.
 - T) fecha del primer gasto (día/mes/año). Se registrará aquí la primera fecha asociada al padecimiento
 - U) fecha de prestación del servicio (día/mes/año).
 - V) fecha de pago (día/mes/año).

- W) tipo de pago (reembolso/directo).
- X) clave de entidad federativa en el cual fue brindado el servicio
- Y) clave de municipio en el cual fue brindado el servicio.
- Z) clave del proveedor que brindó el servicio, la cual deberá coincidir con la clave entregada en la red de proveedores, cuando se trate de proveedores dentro de la red.
- Aa) nombre del proveedor que brindó el servicio.

Consideraciones:

- Los campos de monto de cada registro deben corresponder al concepto señalado en el campo “concepto”, es decir, debe haber un registro para consulta, otro para medicamento, otro para estudios de laboratorio, etc.
- A la entrega del primer reporte de siniestralidad se debe anexar adicionalmente:
 - ▶ Catálogo de las claves en formato excel.
 - ▶ Catálogo de las claves de entidad federativa, en formato excel.
 - ▶ Catálogo de las claves de municipio utilizadas, en formato excel
 - ▶ Fórmula con la cual se obtienen los montos de siniestralidad, 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 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 GAF 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 RUV para que éste, efectúe 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 entregar 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 RUV informará con 10 días hábiles de anticipación a la Aseguradora comunicando cuáles movimientos del reporte de siniestralidad serán objeto de revisión. La Aseguradora entregará el soporte documental y el RUV revisará la consistencia contra el reporte de siniestralidad una vez realizada la revisión, el RUV emitirá comentarios a la Aseguradora, de encontrarse inconsistencias, se le hará saber de las mismas para que proceda a la corrección, emisión y entrega de un nuevo reporte de siniestralidad.

Reporte de siniestralidad, una vez terminada la vigencia de la póliza.- Con el objeto de que el RUV pueda contar con su información de siniestralidad completa y actualizada, la Aseguradora se compromete a entregar reporte de siniestralidad actualizados, a solicitud del RUV, por los gastos a su cargo durante el tiempo que estuvo en vigencia la póliza, aún

y cuando haya terminado su período de vigencia, mientras siga recibiendo reclamaciones procedentes a su cargo que deban considerarse.

Vigor.- La Aseguradora se obliga a proporcionar al RUV, 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 GAF. La entrega será a través de correo electrónico institucional.

El informe deberá contener como mínimo la siguiente información:

- A) número de certificado
- B) parentesco
- C) fecha de nacimiento
- D) edad
- E) género
- F) fecha de alta
- G) fecha de antigüedad nacional
- H) entidad

17. ENCUESTAS DE SERVICIO DE LA COBERTURA Y REPORTES ASOCIADOS A ENCUESTAS

Los servicios de la cobertura que ofrece la aseguradora serán evaluados a través de la realización de encuestas de servicio y la aseguradora deberá presentar un reporte con los resultados obtenidos de ellas, la aseguradora se compromete a realizar y reportar al RUV las evaluaciones solicitadas sobre la calidad de los servicios otorgados por este seguro, dichas evaluaciones las podrá requerir la GAF hasta en 2 ocasiones durante el transcurso de la vigencia de la póliza, previo aviso vía oficio y/o correo electrónico con una anticipación de 10 días hábiles a la aseguradora antes de dar inicio con la encuesta, de acuerdo con los siguientes atributos del servicio:

- Médicos de red
- Hospitales de red
- Centro de atención telefónica
- Laboratorio y gabinete
- Ambulancia
- Reembolsos
- Urgencias médicas
- Oportunidad
- Accesibilidad
- Confiabilidad
- Satisfacción de los usuarios
- Indicadores de eficiencia

La encuesta de servicio:

- La realizará la aseguradora en coordinación con el RUV
- Pueden ser aplicadas a una muestra representativa tanto de la población asegurada como de aquella que haya hecho uso de los servicios médicos estipulados en la presente póliza
- Deberán tener una duración de 7 días hábiles

El contenido se acordará entre el RUV y la aseguradora

El resultado de la encuesta deber ser presentado 10 días hábiles posteriores al cierre de la misma; el RUV contará con 5 días hábiles para revisar y emitir observaciones, la aseguradora contará con 5 días hábiles posteriores a recibir las observaciones del RUV para presentar el proyecto de acciones de mejora en las áreas de oportunidad que el RUV indique.

18. PROCEDIMIENTO DE OPERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Los procedimientos que se aplicarán para la operación de este Contrato-Póliza y el pago de indemnizaciones serán los que dé a conocer la Aseguradora.

19. CONTROVERSIAS

En caso de controversias, 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 nombrar como árbitro a la Condusef en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

20. 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 podría 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 o inexactas declaraciones u omisiones que influyan en una reclamación, la Aseguradora no estará obligada a cubrir el monto reclamado.

21. 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.

22. 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.

23. 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 seguro o por la suma de varios.

24. 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.

25. SUMA ASEGURADA REMANENTE

La Aseguradora se dará por enterada de los siniestros y las sumas remanentes de estos, mediante la siniestralidad histórica entregada por la GAF 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.

26. CLÁUSULA DE PRELACIÓN

En todos aquellos conceptos no descritos o previstos en la presente Póliza de Seguro 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 RUV.

En caso de controversia entre las condiciones de la Aseguradora y las condiciones solicitadas por el RUV, 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 RUV 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 periodos 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, contando desde la fecha de ingreso al RUV, 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, es el asegurado quien solicita 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 GAF 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 a continuación:

31.1. ENTREGABLES POR ÚNICA OCASIÓN: 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 para tal fin, el RUV contará con 3 días hábiles para su revisión y aprobación o en su defecto, para emitir observaciones la Aseguradora contará con 3 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 RUV el entregable correcto.

#	REF CLAUS	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO	HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BEKEF RUV	BENEF ASEG
1	3.2	Entrega de kit inicial de emisión para los asegurados	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia, la gerencia de administración y finanzas proporcionara el listado definitivo de los asegurados para la emisión	Inicio de la vigencia o entrega del listado definitivo de asegurados para la emisión a inicio de vigencia que proporcione la gerencia de administración y finanzas, lo que ocurra después	30 uma por cada día natural de retraso	X	
2	3.2	Presentación de formatos de reembolso y programación	El día de inicio de vigencia	Inicio de vigencia	30 uma por cada día natural de retraso	X	
3	9	Entrega de la carátula de la póliza a conformidad del RUV, en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia de la póliza	Inicio de la vigencia de la póliza	20 umam por cada día natural de retraso	X	
4	9	Entrega de la póliza con las condiciones de aseguramiento a conformidad del RUV en los mismos términos y condiciones establecidos durante el proceso de contratación	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia de la póliza	Inicio de la vigencia de la póliza	20 umam por cada día natural de retraso	X	
5	25	Emisión de reporte de suma remanente por asegurado y por siniestro	20 días hábiles posteriores a la conclusión de la vigencia de la póliza	Final de vigencia	30 uma por cada día natural de retraso	X	

BENEF INFO: El beneficiario de la penalización es el RUV /el Benef Aseg el beneficiario de la penalización es el asegurado

31.2. 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 en los numerales 6, 12, 13, 14, 15 Y 16 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 para tal fin, el RUV contará con 3 días hábiles para su revisión y aprobación o en su defecto, para emitir observaciones la Aseguradora contará con 3 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 contabilizará como días de atraso todos los días naturales transcurridos hasta que la Aseguradora proporcione al RUV el entregable correcto.

#	REF CLÁUS	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO	HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF RUV	BENEF ASEG
6	3.2	Entrega de kit de altas de inter vigencia y reposición de tarjeta plástica y/o digital	7 días hábiles contados a partir de la fecha de solicitud de alta por inter vigencia	Solicitud de alta inter vigencia	30 uma por cada día natural de retraso a los días aquí indicados, acumulable hasta cumplir	X	
7	3.4	Entregar los estados de cuenta de aquellos asegurados que lo requieran	7 días hábiles contados a partir de la fecha de solicitud.	Solicitud del estado de cuenta	30 uma por cada día natural de atraso		X
8	3.4	Atención de altas y bajas asegurados	Con efecto inmediato para fines de atención del seguro una vez que se haya notificado por parte de la gerencia de administración y finanzas al ejecutivo de cuenta	Solicitud de alta y/o baja	<ul style="list-style-type: none"> En caso de admisión de una alta; 30 uma por cada día natural de diferencia que exista entre que se reportó el alta y el día en que se detecte la no aplicación de ésta más el pago del reembolso al 100% de los gastos cubiertos por la póliza en los que el asegurado incurra. En el caso de omisión de una baja 30 uma por cada día natural de diferencia que exista entre que se reportó la baja y el día en que se detecte la no aplicación de ésta, en caso de que el asegurado que no se dio de baja haga uso de la póliza de manera indebida por la no aplicación de la baja, no se considerará como parte de la siniestralidad el monto pagado por los servicios utilizados. 	X	X
9	3.4 Y 3.7	Atención y solución de quejas recibidas a través del buzón telefónico y/o digital	Dentro de los 7 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción de la queja	A partir de la fecha de que se emita la queja	30 uma por cada día natural de retraso	X	
10	19	Entrega del expediente médico o copia de éste a	5 días hábiles contando a partir de la fecha de solicitud	Solicitud de expediente médico	30 uma por cada día natural de retraso		X

		petición expresa del asegurado					
11	12 Y 13	Pago de reembolso de los gastos erogados por el asegurado	7 días hábiles una vez que la aseguradora ha recibido los documentos y la información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación	Una vez que la aseguradora ha recibido los documentos y la información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación	De acuerdo con el artículo 276 de la LISF.		X
12	12	Entrega del resultado de la solicitud de reconsideración de dictamen	3 días hábiles contados a partir de la fecha de solicitud de reconsideración de dictamen	Fecha de solicitud de reconsideración de dictamen	30 una por cada día natural de retraso	X	X
13	16	Entrega del soporte documental que permita verificar la consistencia de los datos contenidos en el reporte de siniestralidad	10 días hábiles luego de haberse realizado la solicitud	Envío de solicitud del soporte documental para revisar la consistencia de una muestra de movimientos del reporte de siniestralidad	30 una por cada día natural de retraso en la entrega de la información	X	
14	16	Entrega del reporte de siniestralidad que contemple la corrección de todas las inconsistencias indicadas luego de la revisión del soporte documental de la muestra de movimientos	5 días hábiles contados a partir de que se hayan reportado las inconsistencias encontradas en la revisión	Envío a la aseguradora de las inconsistencias encontradas luego de la revisión del soporte documental de la muestra de movimientos	30 una por cada día natural adicional que tarde la aseguradora en entregar el reporte de siniestralidad con la corrección de todas las inconsistencias detectadas	X	
15	17	Entrega de los resultados de las encuestas de evaluación de calidad en los servicios otorgados a nivel nacional	10 días hábiles contados a partir del cierre de la encuesta	Cierre de la encuesta	30 una por cada día natural de retraso	X	
16	17	Entrega de proyecto de acciones de mejora en las áreas de oportunidad que el RUV indique a partir de los resultados de la encuesta	5 días hábiles contados a partir de la recepción de las observaciones de los resultados de la encuesta	Desde el día en que reciben observaciones del RUV sobre el resultado de las encuestas	30 una por cada día natural de retraso.	X	
17	26	Resoluciones dictaminadas que se emitan sin apearse a las condiciones generales de la póliza del RUV	El 100% de los tramites realizados por los asegurados o por el RUV, deberán ser dictaminados en apego a las condiciones establecidas en la presente póliza.	Recibir una dictaminación cuya determinación no se realizó en apego a las condiciones del RUV	4 umam por cada dictaminación realizada que no se apeque a las condiciones de la presente póliza del RUV		X

31.3. ENTREGABLES PERIÓDICOS: Son aquellos entregables que deberán presentarse de manera mensual, la Aseguradora deberá presentarse dicho entregable dentro del plazo establecido para cada uno.

En los conceptos considerados en los numerales 18 al 24 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 para tal fin. El RUV contará con 3 días hábiles para su revisión y aprobación o en su defecto, para emitir observaciones, la Aseguradora contará con 3 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 contabilizará como días de atraso todos los días naturales transcurridos hasta que la Aseguradora proporcione al RUV el entregable correcto.

#	REF CLÁUS	CONCEPTO	NIVEL DE SERVICIO SOLICITADO	HITO QUE DETONA EL ENTREGABLE	PENALIZACIÓN	BENEF RUV	BENEF ASEG
18	3.3	Entrega de red de proveedores disponibles	Dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes	Inicio de mes calendario	30 uma por cada día natural de retraso	X	
19	3.4 Y 3.8	Reportar los casos de hospitalización de los asegurados con base diaria	Entrega del reporte con base diaria	Durante toda la vigencia de la póliza	30 uma por cada día natural de retraso	X	
20.A	3.6	Entrega de reporte de llamadas obtenido a partir del centro de atención telefónica	Dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes	Inicio de mes calendario	30 uma por cada día natural de retraso.	X	
20.B	3.6	Nivel aceptable de abandono de llamadas a través del centro de atención telefónica	4% de abandono de llamadas	Superar el 4% de abandono de llamadas en el reporte mensual de llamadas	<ul style="list-style-type: none"> • Si el porcentaje de abandono es mayor al 4% pero menor al 4.4% aplicará una penalización de 60 uma. • Si el porcentaje de abandono es mayor al 4.4% pero menos al 6.0% aplicará una penalización de 300 uma. • Si el porcentaje de abandono es mayor al 6.0% aplicará una penalización de 600 uma 	X	
21	3.7	Reporte de quejas y sugerencias ingresadas por el buzón telefónico y/o digital	dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes	Inicio de mes calendario	30 uma por cada día natural de retraso	X	
22	10	Conciliación de datos para altas y bajas intervigencia incluyendo la prima de ajuste asociada, con VoBo RUV.	20 días hábiles posteriores a la conclusión de la vigencia y posteriores a la solicitud del ajuste al cierre del año calendario	Final de vigencia y cierre de año calendario	60 uma por cada día natural de retraso	X	
23	16	Entrega de reportes mensual de siniestralidad	Dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes	Inicio de mes calendario	30 uma por cada día natural de retraso	X	
24	16	Entrega de reporte del vigor de asegurados	Dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes	Inicio de mes calendario	30 uma por cada día natural de retraso	X	

BENEF RUV: El beneficiario de la penalización es el RUV/ Benef Aseg: El beneficiario de la penalización es el asegurado.

El monto total de las penalizaciones se aplicará como deductiva contra el pago de las primas por ajuste de las altas y bajas descrita en el numeral 10. En el caso de que el monto de las penalizaciones sean mayores al monto que el RUV debiera pagar por el ajuste en primas de altas y bajas se aplicará el pago directo al RUV en el caso de que existan penalizaciones determinadas por haber incumplido los niveles de servicio establecidos, el RUV informará a la Aseguradora el monto de las mismas, para que la Aseguradora pueda argumentar lo que consideren conveniente, posterior a la revisión, se procederá a aplicar la deductiva o en caso de aplicar pago directo al RUV, el RUV deberá entregar a la Aseguradora una factura con el monto del pago de penalizaciones que apliquen.

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 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

CONDICIONES PARTICULARES DE ASEGURAMIENTO

1. ASEGURADOS

Son asegurados de esta póliza, todos los empleados en activo del RUV sus cónyuges y/o concubinos/as, sus hijos naturales e hijos reconocidos legalmente menores de 25 años de edad.

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 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 esta 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 por **parto** opera con una suma asegurada específica.

La cobertura de **ayuda para recién nacido** 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 UMAM
Activo	Fuera de la red	5.840
	Dentro de la red	4.630

Para la determinación del monto del deducible a aplicar para los padecimientos ocurridos durante la presente vigencia, se utilizará el valor que resulte del 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 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 10% (diez por ciento) únicamente por enfermedad, con un importe máximo a pagar por el asegurado por eventos de \$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 m.n.)

Se elimina el coaseguro únicamente si:

- Se utiliza médico y hospitales 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 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 de 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. Aquellas consultas que tengan lugar dentro de los siguientes 15 días naturales a la intervención, se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica por lo que no son objeto de reembolso por parte de la Aseguradora.

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 (neurografías, arteriografías, tenorafías) 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 10%.

Dos padecimientos. Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten de 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 los 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 está 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 convenio, 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 enfermedades independientes

Cubiertos 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 su período máximo de 30 días naturales, 3 turnos diarios. Los honorarios se cubren de acuerdo con el tabulador convenio entre la Aseguradora y el RUV.

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 RUV.

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 reestablecer 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 anesthesiólogo.
- 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 independientemente del coaseguro contratado, no aplica beneficio de pago directo ni de 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 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 atiende 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. Litrotipsias: Cubiertas hasta un máximo de tres sesiones, sin período de espera.

5.12. Lunares o nevus: Cubiertas sin período 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 de incluyen medicamentos especializados, rehabilitación física y pulmonar, alimentación parental, todo ello mediante la prescripción médica.

5.16. Los gastos por tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales, o prótesis dentales: Que resulten 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.

5.17. Quistes ováricos, quistes mamarios, endometriosis y adherencias pélvicas: Se cubrirán siempre y cuando el tratamiento no este 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 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.

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 de 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 Aseguradora cubrirá 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 opción 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.

5.22. Padecimientos congénitos. Para los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza y para el resto de los asegurados después de cumplir 5 años de edad.

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 miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares del asegurado: Siempre y cuando presente más de 3.99 dioptría(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 siempre y cuando el procedimiento quirúrgico sea en un solo evento.

5.25. Estrabismo. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el estrabismo, como padecimiento congénito o a causa de un accidente, aplica un solo deducible siempre y cuando el procedimiento quirúrgico sea en un solo evento.

5.26. Visión. Se cubren padecimientos por cataratas, queratoconos, así como lente intraocular, aplica un solo deducible siempre y cuando el procedimiento quirúrgico sea en un solo evento.

5.27. Hernias, eventraciones y diástasis: Quedan cubiertos los tratamientos para estos padecimientos sin período de espera.

5.28. Hallux Valgus: Quedan cubiertos los tratamientos, médicos o quirúrgicos para corregir Hallux Valgus, sin período 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 período de espera.

5.30. Trasplante de órganos: En cirugía de trasplantes, se cubren los gastos amparados del donante 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 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 coaseguros 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 período de espera de dos años, contados a partir de la fecha de ingreso al RUV, siempre y cuando el primer síntoma se haya presentado durante la vigencia de la póliza.

5.33. Enfermedades Auditivas: Se cubren enfermedades auditivas sin periodo de espera

5.34. Daño psiquiátrico: Se cubren 24 consultas y medicamentos por padecimientos 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 asignado por la Aseguradora, requiera el 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 cubierto 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).

5.35. Gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, Incluyendo deportes peligrosos en forma amateur.

5.36. Motociclismo. Cubierto siempre y cuando se lleve a cabo durante el desempeño de funciones de trabajo para el RUV.

El RUV le confirmará a la Aseguradora cuando el asegurado esté en desempeño de funciones de trabajo.

5.37. Accidentes. Se cubren aún 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, aún cuando los gastos rebasen el deducible los honorarios médicos se cubren de acuerdo con el tabulador convenido.

5.38. Asalto como accidente. Cubierto como accidente siempre y cuando el asegurado no sea el asaltante en caso de asalto no se requerirá acta del ministerio público.

5.39. Asistencia médica telefónica. Incluida a nivel nacional (centro de atención telefónica)

5.40. 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.

5.41. 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 RUV y el primer gasto de cada padecimiento se efectúe dentro de la póliza colectiva de gasto médico mayor del RUV 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, sólo 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.

5.42. 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 RUV 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 menos.

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. 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 hayan sido reportados y que hayan ocurrido dentro de su vigencia.

Quedan cubiertos todos aquellos padecimientos bajo los límites y condiciones de la presente póliza, que no se encuentren enumerados en el apartado “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 paciente 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 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-ups, 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 u órtesis, médicamente no requeridos o no derivados de la reclamación, así como la compra de zapatos ortopédicos, aunque sean medicamente 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 sí 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 en 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 del cualquier deporte.

6.19. Padecimientos resultantes de la participación del asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad de manera profesional.

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, aún 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 asegurada.

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 de las

condiciones particulares de aseguramiento, que le permita aumentar el monto de la cobertura que puede alcanzar para el tratamiento de cada padecimiento cubierto.

La potenciación no aplica para la cobertura de cuidados dentales descrita en la tercera sección.

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, deberá 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 la vigencia de la cobertura básica 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 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 efectuarse 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 RUV y erogadas 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 GAF 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 ser objeto de potenciación las mismas personas que pueden asegurarse en la cobertura básica.

8. EDADES DE ACEPTACIÓN

Aplican las mismas edades de aceptación descritas para la cobertura básica.

9. PRIMA

La potenciación será pagada enteramente con recursos propios de los asegurados, en una sola exhibición. El RUV sólo 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 RUV 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

Habrán 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 GAF.

B) Pago directo en ventanilla.- El asegurado deberá solicitar el formato de alta a la GAF, realizar el pago correspondiente en ventanilla y entregar el comprobante a la GAF.

La Aseguradora proporcionará a la GAF los formatos de alta desde el principio de 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 básica y hasta el 01 de octubre 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 básica 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 potenciación se 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 período 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 GAF 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 fideicomiso registro único de vivienda, estadística mensual 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 -“estadísticas” de la primera sección- condiciones generales de esta póliza.

Vigor.- La Aseguradora se obliga a proporcionar al fideicomiso registro único de vivienda, estadística mensual 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 -“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. PERÍODO 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 tengan 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 RUV.

En caso de controversia entre las condiciones de la Aseguradora y las condiciones solicitadas por el RUV, 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 RUV. 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 OPERACIONES 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 RUV proporcionará a la aseguradora la siguiente información:

- Contrato de Fideicomiso RUV
- Comprobante de domicilio
- Registro Federal de Contribuyentes
- Documento mediante el que se acredite las facultades del representante legal
- Identificación oficial del representante legal.

CUARTA SECCIÓN

CONSIDERACIONES GENERALES

1. ENTREGABLES

#	Entregable	Periodicidad	Gerencia Responsable	Plazo
1	Carta cobertura	Una vez al inicio del servicio	GAF	3 días hábiles después de notificado el fallo.
2	Carátula de la póliza	Una vez al inicio del servicio	GAF	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia de la póliza.
3	Póliza con las condiciones de aseguramiento	Una vez al inicio del servicio	GAF	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia de la póliza.
4	Factura en formato .pdf y .xml	Una vez al inicio del servicio	GAF	10 días hábiles a partir del inicio de la vigencia de la póliza.
5	Reporte de siniestralidad	Mensual durante la vigencia	GAF	Dentro de los primeros 7 días hábiles de cada mes.

2. RECURSOS HUMANOS

El proveedor asumirá toda la responsabilidad sobre el personal que emplea, sin que exista vínculo laboral alguno con RUV, 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 términos propios y suficientes en los términos de los artículos 13 y 15-a de la Ley Federal del Trabajo, que cumple con las obligaciones establecidas por los artículos 15 y 15-a 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 Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, 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 fideicomiso 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 contrato o en contra del fideicomiso registro único de vivienda, en relación con los trabajos del contrato, debiendo cubrir cualquier importe que de ello derive y sacar a salvo y en paz de tales reclamaciones al fideicomiso registro único de vivienda.

Reconociendo el proveedor, que el RUV no ejerce ningún tipo de dirección en el personal, y que el proveedor, proporcionará el entrenamiento y capacitación de su personal para otorgar los servicios sujetos de la contratación y que cuenta con las 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 RUV esto no implica que haya asignación de lugar de trabajo para los empleados del proveedor.

3. SOPORTE

La Aseguradora ganadora deberá contar con centro de atención telefónica disponible las 24 horas de los 365 días del año.

4. VIGENCIA

El periodo de vigencia de la póliza será de las 12:00 hrs. del 01 de octubre del 2022 a las 12:00 hrs. del 02 de octubre del 2023.

Además de la propuesta por un año, el proveedor deberá presentar propuestas por 2 y 3 años. Dichas propuestas serán evaluadas de manera independiente y el RUV decidirá entre la opción que considere más adecuada a sus necesidades.

5. FORMAS DE PAGO

La prima de la póliza a cargo del RUV 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 el RUV.

Para ello, la Aseguradora deberá entregar la carátula de póliza, condiciones de aseguramiento y el recibo o la factura correspondiente en formato pdf y xlm 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 RUV 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 RUV 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 período 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 xlm en los mismo 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 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.

6. GARANTÍAS

Se exige al proveedor de presentar garantías de cumplimiento de conformidad con el artículo 15 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

7. FORMATO PARA QUE EL PROVEEDOR PRESENTE SUS PROPUESTAS TÉCNICAS

Impreso en hoja membretada, firmado por su representante legal, con el desarrollo en su propuesta técnica de todas las condiciones de aseguramiento establecidas este anexo y con la presentación de la documentación solicitada en el anexo 2 “Respuesta de cotización”.

La propuesta económica se deberá presentar en el formato “Respuesta de Cotización” anexo para tal efecto.

Se deberá presentar las propuestas económicas para uno, dos o tres años del seguro por separado.