



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS

**EL MEJOR COSTO PARA TU SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS**

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I A

P R E S E N T A :

ELISA DEL CARMEN DOLORES POOT LUNA



**DIRECTOR DE TESIS:
ACT. LAURA REYNA ROSAS
2013**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
Presentación	4
Objetivo	4
Antecedentes	5
1. Objeto del seguro de Gastos Médicos Mayores	5
2. Conceptos Básicos del Seguro de Gastos Médicos Mayores	5
3. Aseguradora Base	8
4. Aseguradora Complemento	9
5. Promotoría de Seguros	9
Capítulo 1. La póliza de Aseguradora Base	10
1. Planes	10
2. Sumas aseguradas, deducibles y coaseguros	12
3. Cobertura básica	17
4. Coberturas opcionales	23
5. Exclusiones	24
6. Pago de siniestros	26
Capítulo 2. La póliza de Aseguradora Complemento	27
1. Planes	27
2. Nivel hospitalario y Tabla de Honorarios Quirúrgicos	27
3. Sumas aseguradas, deducibles y coaseguros	27
4. Cobertura básica	29
5. Coberturas opcionales	35
6. Exclusiones	36
7. Pago de siniestros	39
Capítulo 3. Funcionamiento de la Póliza combinada	41
1. Requisitos	41

2.	Consideraciones importantes	41
3.	Nivel Hospitalario	42
4.	Deducible y Coaseguro	42
5.	Cobertura	43
6.	Periodos de espera	46
7.	Exclusiones	47
8.	Preexistencia, Reconocimiento de antigüedad y Pago de complementos	47
 Capítulo IV. Cotizador		49
1.	Datos requeridos	50
2.	Elección de plan	52
3.	Ejemplos de cotización	53
 Metodología y Recursos empleados		59
 Resultados obtenidos		63
 Conclusiones		64
 Bibliografía		65
 Anexos		66
➤	Comparativo de la red Hospitalaria DF y Zona metropolitana	
➤	Tabla de opciones de Suma asegurada y Deducible de Aseguradora Complemento	
➤	Ejemplo Cotización	
➤	Solicitud de Aseguradora Base	
➤	Solicitud de Aseguradora Complemento	
➤	Formatos en caso de siniestro	

PROYECTO DE TITULACIÓN

EL MEJOR COSTO PARA TU SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Presentación

El presente trabajo ilustra una estrategia de venta desarrollada en la Promotoría de Seguros para la cual laboro.

En los 8 años que llevo laborando para esta empresa, he conocido, cotizado, comparado y asesorado en todo lo relacionado con el subramo de Accidentes y Enfermedades y Salud: desde la oferta al prospecto asegurable, llenado de solicitud, emisión y entrega de la póliza, cobranza del seguro y hasta la indemnización por los gastos médicos que generan los tratamientos a los que son sometidos nuestros asegurados.

Me es muy grato mostrar a detalle el funcionamiento de esta estrategia, ideada por mi jefa y directora de este trabajo la Act. Laura Reyna Rosas.

Mi participación fue activa en el desarrollo e implementación del programa, con la colaboración de mi equipo de trabajo y del área de sistemas de la empresa.

Originalmente trabajamos en conjunto las pólizas de Aseguradora Base con otra aseguradora, pero dados los recientes cambios de políticas en esta última, decidimos incorporar en su lugar a Aseguradora Complemento.

Al finalizar esta estrategia de venta, se enfocaron los esfuerzos hacia la zona Metropolitana, pero en un futuro se pretende llevarlo hacia el resto de las sucursales de la Promotoría.

Objetivo

La finalidad al elaborar este escrito, es plasmar el funcionamiento de dos pólizas que contratándose en conjunto representan un ahorro para el asegurado, comparado contra el costo de una sola póliza con deducible bajo en una aseguradora con una amplia y cara infraestructura como la que tiene Aseguradora Base.

La idea surge de la necesidad de algunos agentes de la promotoría a quienes se les dificulta colocar o conservar pólizas de seguros con aquellos prospectos que no cuentan con un nivel alto de ingresos.

En este trabajo elaboré una guía completa para el agente, que le servirá para entender el funcionamiento de ambos productos a detalle y utilizarlo como herramienta de venta.

Antecedentes

Objeto del Seguro de Gastos Médicos Mayores

Este seguro nace como una necesidad de prevenir el riesgo al que estamos expuestos de accidentarnos o enfermarnos y que dicho evento genere gastos que no podemos afrontar o que desequilibren nuestra economía.

Para ello se celebra un contrato de Seguro, entre una institución aseguradora y una persona física que desea que la aseguradora se responsabilice de dicho riesgo. En algunos casos, interviene un contratante diferente del asegurado (pudiendo ser una persona moral) y el cual tiene alguna razón para cubrir el riesgo del asegurado, por ejemplo un patrón que asegura a su empleado o un padre que asegura a su hijo.

Mediante dicho contrato, el asegurado se obliga al pago de una prima¹ determinada previamente por la aseguradora, y la aseguradora se obliga a reembolsar o pagar directamente los gastos médicos que erogue el asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad, siempre que éstos se encuentren amparados dentro de los términos del contrato.

Por parte del asegurado se obtiene la solicitud con su firma, donde se declaran los hechos importantes que la aseguradora debe conocer para amparar el riesgo. Entre estos hechos se encuentran el estado de salud actual, posibles antecedentes médicos y hábitos, actividades y ocupación. Posteriormente la aseguradora emite una póliza con condiciones generales y particulares, donde estas últimas se definen mediante endosos que modifican la carátula y/o las condiciones generales.

Conceptos Básicos

Para efectos de este trabajo, se entenderá por:

Gasto Médico. Erogación que se realiza para la atención de un accidente o enfermedad, como costos de Hospitalización, Honorarios Médicos, Medicamentos y Estudios de Laboratorio.

Gasto Médico Mayor. Cuando el gasto médico está dirigido a la atención de un accidente o enfermedad diagnosticada y se rebasa un deducible entonces se convierte en Gasto Médico Mayor.

Medicina Preventiva. Especialidad médica encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Para efectos del seguro, consideraremos dentro de este rubro al check up, consultas con especialistas y pruebas de laboratorio previas a un diagnóstico de enfermedad.

¹ Se denota así a la cantidad que debe pagar el asegurado para que la aseguradora tome su riesgo. Ésta debe ser pagada en los 30 primeros días de inicio de la cobertura o antes del vencimiento de cada recibo, en caso de pago fraccionado

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud, causada por agentes morbosos de origen interno o externo y que requiere de algún tratamiento médico o quirúrgico

Enfermedad cubierta. Se considera como tal a una alteración de la salud que cumpla con la definición de enfermedad, siempre que no se encuentre excluida en las condiciones de la póliza, que haya cumplido el periodo de espera que corresponda y que no haya iniciado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro.

Periodo de espera. Lapso que determina la aseguradora, contado a partir del inicio de la cobertura y durante el cual no se cubren ciertas enfermedades indicadas también en las condiciones de la póliza.

Reconocimiento de Antigüedad. Mecanismo que utilizan las aseguradoras para que los asegurados que decidan o deban cambiarse de aseguradora no tengan que iniciar nuevamente los periodos de espera, sino que se les reconozca el tiempo que ya estuvieron asegurados en otra compañía y en su caso se eliminen dichos periodos. La mayoría de las aseguradoras únicamente elimina los periodos de espera que se indican en la cláusula "Padecimientos con periodo de espera". Es decir, no se eliminan los periodos de espera establecidos para maternidad o SIDA.

Padecimientos Preexistentes: Se denomina Padecimientos Preexistentes a aquéllos que:

1. Previamente a la celebración del Contrato se haya declarado su existencia mediante un expediente clínico, pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

o

2. Previamente a la celebración del Contrato el Asegurado haya erogado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

Accidente: Acontecimiento que proviene de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones al asegurado. Para que el accidente sea considerado como tal por la aseguradora, es requisito que la atención médica se lleve a cabo dentro de los primeros 90 días posteriores al accidente.

Suma Asegurada: Monto máximo que tiene obligación la aseguradora de pagar con Pago Directo o Reembolso, por cada padecimiento o accidente cubierto, una vez que el asegurado cubra los gastos a su cargo por concepto de Deducible y Coaseguro, sujetándose al tabulador de Honorarios Quirúrgicos contratado.

Deducible: Primeros gastos a cargo del asegurado; es un monto fijo establecido en la carátula de la póliza, expresado en moneda nacional o en salarios mínimos. Mientras los gastos erogados por el accidente o enfermedad cubierta no rebasen dicho monto, la aseguradora no tiene obligación de realizar pago alguno. Una vez rebasado dicho monto, la aseguradora paga el excedente de los gastos hasta el límite de la suma asegurada

contratada.

Coaseguro: Se denomina así a la segunda participación que tendrá el asegurado para el pago de su evento. Se expresa en forma de porcentaje, se asienta en la carátula de la póliza y se aplica para cada gasto que se erogue en exceso del deducible.

Tope de coaseguro: Monto máximo que pagará el asegurado por concepto de coaseguro. Se establece dentro del contrato. Aplica para cada padecimiento o enfermedad cubierto.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ). Catálogo que establece cada compañía y que indica el monto máximo que se pagará a médicos, anestesiólogos y ayudantes por una intervención quirúrgica. Dicho monto depende del procedimiento quirúrgico que se lleve a cabo.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA). Definido como el costo promedio por un servicio médico en una misma área geográfica y nivel hospitalario, para una misma intervención o tratamiento. El objetivo es pagar lo que se “acostumbra” por una habitación, una consulta, una intervención quirúrgica, etc.

Red Médica y Hospitalaria. Catálogo de médicos y hospitales con los que cada aseguradora tiene un convenio. Dicho convenio consiste en un acuerdo de los montos que pagarán por un procedimiento quirúrgico o la estancia en el hospital, permitiendo que la aseguradora pague directamente al prestador de servicios, en beneficio del asegurado.

Siniestro: Es la ocurrencia del riesgo cubierto, en el seguro que nos ocupa puede ser una enfermedad o accidente amparados en las condiciones de la póliza.

Asegurados: Se considera como tales a las personas incluidas en la póliza, las cuales pasaron por un proceso de selección médica a cargo de la aseguradora y que en el caso de Aseguradora Base y Aseguradora Complemento pueden ser:

1. Titular. Asegurado principal de la póliza. La edad de aceptación máxima es de 64 años en el caso de Aseguradora Base y sin límite en Aseguradora Complemento. Para fines del paquete la edad máxima será de 64 años.

La edad mínima es de 0 años en el caso de Aseguradora Base, mientras que en Aseguradora Complemento tiene un mínimo de 3 años de edad.

2. Cónyuge o concubinario. La persona con este vínculo puede ser asegurada en la misma póliza. La edad máxima de aceptación será de 64 años. De acuerdo a lo estipulado por Aseguradora Base, no hay una edad mínima.
3. Hijos. Se aseguran siempre que sean dependientes económicos del asegurado titular y tengan una edad menor a 25 años. En Aseguradora Base una vez que son aceptados pueden permanecer en la póliza el tiempo que el contratante lo requiera, en Aseguradora Complemento por el contrario deben contratar póliza aparte una vez que cumplen los 25 años de edad.

4. Ascendientes menores de 65 años. Con ellos nos referimos a los padres del titular.

Renovación Vitalicia. Una vez que los asegurados ingresan a la póliza de seguros no se tiene edad de cancelación, es decir, se renuevan de forma vitalicia mientras se cumpla con el pago de la prima correspondiente.

Vigencia. La póliza se encontrará vigente por periodos de un año, mientras se realice el pago de prima correspondiente.

Periodo al descubierto. En caso de que el asegurado no pague su prima dentro de los 30 días naturales contados a partir del inicio de vigencia de la póliza, ésta se cancela y se suspenden los derechos de la póliza. El asegurado podrá pagar posteriormente su póliza mediante el mecanismo de rehabilitación, la cual genera un lapso de tiempo al descubierto, efectivo desde el inicio de vigencia del recibo no pagado y que termina en la fecha en que la aseguradora acepta el pago y emite un endoso denominado "B" de periodo al descubierto.

El asegurado deberá pagar toda la prima pendiente y la aseguradora lo acepta con la salvedad de que no cubrirá ningún gasto médico erogado durante el lapso que no estuvo vigente la póliza, aún y cuando el padecimiento que lo generó haya estado cubierto antes del citado periodo al descubierto.

Así mismo, quedan excluidos todos los gastos que genere un padecimiento que se haya originado en dicho lapso, independientemente de las exclusiones que se mencionan en los capítulos siguientes.

Aseguradora Base

El grupo Aseguradora Base es una organización multinacional con sede en París, compuesta de diversas empresas que se dedican a los seguros, fundado en 1985 por Claude Bébéar. Se dice que el nombre fue elegido por la facilidad de pronunciación en cualquier idioma.

Actualmente tiene presencia en más de 57 países con 100 millones de clientes y 163 mil empleados

En julio de 2008 Aseguradora Base incursiona en el mercado mexicano de seguros a través de la adquisición de Seguros ING México.

Atiende a 5 millones de clientes, a través de 8,000 agentes de seguros y con una red de 7,300 Médicos afiliados y 515 Hospitales de Convenio.

Por todo esto, ofrecemos este programa de seguros con una de las empresas líderes en el sector asegurador mundial.

Aseguradora Complemento

Esta aseguradora se constituye en Noviembre de 1996 en el ramo de Gastos Médicos Mayores. En 2001 se autoriza su operación como ISES (Institución de Seguros Especializada en Salud), con lo que se convierte en la primera aseguradora que opera también el ramo de Salud.

Actualmente se posiciona en el lugar 10 de 31 aseguradoras que operan el ramo de Accidentes y Enfermedades.

Se caracteriza por ser la única aseguradora sin límite de edad de aceptación y por asegurar a personas diabéticas o hipertensas.

En 2011 emitió primas de 700 millones de pesos, atendiendo a más de 100 mil asegurados. En su red de encuentran más de 5,200 médicos y 478 hospitales en convenio a nivel nacional.

Elegimos esta compañía porque además de tener un excelente costo en el tipo de plan que ofertaremos, al utilizar este plan se obtiene el beneficio de Medicina Preventiva.

Promotoría de Seguros

Alatorre Avendaño Recursos Corporativos, S.C. es la razón social de la promotoría de seguros para la cual laboro.

Se fundó en 1986 como una sociedad promotora de seguros. Su misión como empresa de servicio es lograr la satisfacción de sus clientes, tanto agentes de seguros como asegurados directos.

Actualmente cuenta con 19 sucursales a nivel nacional, 6 de ellas en la zona metropolitana.

Se da atención a 1,200 agentes de seguros, mediante la gestión de sus trámites y requerimientos en general ante las compañías aseguradoras

CAPÍTULO 1

LA PÓLIZA DE ASEGURADORA BASE

PLANES

La Aseguradora Base oferta 4 planes básicos: Plus, Multiprotección Médica, Plus Mil e Internacional.

Plan Plus es un seguro de Gastos Médicos Mayores con cobertura Nacional, con opción a contratar coberturas adicionales para el extranjero. El tabulador para el pago de los honorarios Quirúrgicos de este plan lo determina la Base de Reembolso, la cual aunada a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos define el máximo que se pagará a los médicos que no están en convenio con la compañía.

Plan Multiprotección es un seguro de Gastos Médicos Mayores y Menores, similar al Plan Plus antes mencionado, con la protección adicional de consultas médicas a las cuales se les aplica un Copago, estudios de laboratorio y gabinete con 30% de coaseguro, así como un chequeo médico anual (Check Up), acorde con la edad y sexo de cada asegurado.

Plan Plus Mil es un seguro Nacional de Gastos Médicos Mayores. Las principales diferencias con el plan Plus son las opciones de suma asegurada, deducible y coaseguro, denotadas en dólares, así como su tabulador GUA.

Plan Internacional es un seguro con cobertura Nacional e Internacional, con parámetros similares al plan Mil y también incluye tabulador GUA.

El asegurado podría elegir entre cualquiera de ellos, sin embargo el Plan Combinado está dirigido a la clase media, por lo que se ofrece únicamente el plan Plus, con las siguientes características:

Nivel Hospitalario: Ofrece 5 niveles hospitalarios, denominados de mayor a menor jerarquía como 360, 270, 180, 90 y 45. En zona Metropolitana sólo se utilizarán los 4 primeros niveles. Aunque en algunas regiones no existen hospitales de los niveles más altos, tendrán opción a contratar el plan y de esta forma atenderse en hospitales altos que se ubiquen en otra región.

Principales Hospitales en la zona metropolitana por nivel:

360 Hospital ABC Santa Fe, Hospital ABC Observatorio; Hospital Ángeles De Las Lomas; Hospital Ángeles Del Pedregal; SportsClinic; Sedna Hospital.

270 Clínica Ángeles Londres; Hospital Español México; Médica Sur; Hospital Ángeles Mocel; Corporativo Hospital Satélite. Sanatorio Durango.

180 Centro Médico Dalinde; Hospital Ángeles Metropolitano; Hospital Ángeles México; Hospital Infantil Privado; Hospital Río De La Loza; Hospital Santa Fe; Hospital Santelena.

90 Centro Médico Atlanta; Clínica Lomas Altas; Corporativo Torre Médica; Hospital Los Cedros; Hospital Santa Coleta.

45 (sólo en el interior de la República).

Dependiendo del nivel contratado y del hospital al que se acuda, hay variaciones en la aplicación del deducible y coaseguro, como veremos más adelante.

Tarifas por zona

Para Aseguradora Base, el país se tarifica de acuerdo al domicilio del asegurado. Cada estado tiene asignada una tarifa específica, la cual es más económica en el sureste por ejemplo, donde los costos de los servicios médicos son menores.

Para acceder a una tarifa distinta de la zona Metropolitana es necesario presentar comprobante de domicilio del asegurado titular. Sin embargo, el asegurado puede atenderse en cualquier hospital de la República Mexicana que corresponda al nivel que contrató.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos.

La tabla únicamente aplicará cuando el asegurado solicite un reembolso de los gastos médicos que haya erogado, pues al utilizar la red y pago directo, Aseguradora Base paga a los médicos de acuerdo a su catálogo y el asegurado no desembolsa cantidad adicional.

Para determinar la cantidad que se reembolsará a los médicos que realizan la intervención quirúrgica, se utiliza la *Base de Reembolso*: es el monto establecido en la carátula de la póliza y varía de acuerdo al nivel hospitalario y la región del país contratada.

Ejemplo:

Tabla 1

ZONA	NIVEL	BASE DE REEMBOLSO
Metropolitana	360	\$35,422.77
Guadalajara	360	\$32,588.95
Toluca	360	\$29,046.67
Metropolitana	270	\$31,334.93

Para determinar el límite de honorarios quirúrgicos que se reembolsará por cada intervención, se ubica en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (que se encuentra en las condiciones generales de la póliza) el tipo de intervención realizada; se multiplica el factor que se indica por la Base de Reembolso y el resultado se divide entre 100. Los factores oscilan entre 0.6 y 294.1, es decir, casi 300%. Dichos factores los obtiene la compañía de acuerdo con su experiencia médica.

Ejemplo 1. Para determinar el monto del reembolso por concepto de honorarios médicos

por un implante de riñón con nefrectomía del receptor, de acuerdo al procedimiento antes mencionado debemos efectuar la siguiente operación aritmética:



Al consultar la tabla de procedimientos terapéuticos, el factor que encontramos en la tabla 2 es: 294%

Tabla 2

CPT	DESCRIPCIÓN	FACTOR %
50365	Implante de riñón con nefrectomía del receptor	294.1
67101	Tratamiento para desprendimiento de Retina, con crioterapia o diatermia con o sin drenaje de fluido subretinal, una o más sesiones.	25.2
29130	Aplicación de férula en dedo	2.9
33322	Sutura de aorta o grandes vasos con bypass	145.1

Fuente: Condiciones Generales

Suponiendo que la póliza haya sido contratada en zona metropolitana obtenemos una base de reembolso de acuerdo a la tabla 1 de \$35,422.77

El monto obtenido para cada intervención incluye los honorarios del cirujano, del anestesiista, ayudante e instrumentistas, abarcando la intervención, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias.



Suma asegurada

La primera opción de suma asegurada para enfermedades y accidentes es Sin Límite. Sin embargo, no por ello se pagan todos los gastos. En el caso de los honorarios quirúrgicos el límite es el tabulador del que ya hablamos, existiendo otros límites que se analizarán en el apartado de cobertura básica.

Para la cobertura de maternidad, se tiene una suma asegurada a manera de ayuda para pagar el parto o cesárea, la cual se mencionará en su apartado.

La segunda opción de suma asegurada para la cobertura básica es de \$3,000,000.00. Se obtiene contratando la cobertura Tradicional (ver coberturas opcionales).

Deducible

Se puede elegir entre \$7,000 y \$100,000. Para fines de nuestro producto elegimos el de \$35,000 ó \$50,000 porque incrementarlo no proporciona un beneficio atractivo.

Coaseguro

El coaseguro a elegir lo encontramos en múltiplos de 5 entre 5% y 25%. Se recomienda el coaseguro de 5%, porque los beneficios al utilizar la red se determinan en torno a 5 puntos porcentuales, además la variación en costo es mínima entre un coaseguro de 5% y uno de 10%.

APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

Este proceso se realiza de la siguiente manera:

GASTOS PROCEDENTES (-) DEDUCIBLE CONTRATADO = SUBTOTAL A PAGAR

SUBTOTAL A PAGAR (-) COASEGURO CONTRATADO = MONTO TOTAL A PAGAR AL ASEGURADO

Ejemplo 2:

Parámetros	
Deducible contratado	10,000.00
Coaseguro contratado	10%
Gastos cubiertos	150,000.00

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	150,000.00
(-) Deducible	10,000.00
Subtotal a pagar	140,000.00
(-)10% Coaseguro	14,000.00
Total a pagar	126,000.00

Gastos a cargo del asegurado Deducible + Coaseguro	24,000.00
---	-----------

Es importante señalar que además de estos dos rubros, quedan a cargo del asegurado los honorarios de los médicos que excedan el tabulador de la aseguradora, así como los gastos no cubiertos por la póliza.

MODIFICACIONES EN LA APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

Al utilizar un hospital que pertenezca a un nivel menor al que se contrató, a través de Pago Directo, Aseguradora Base premia al asegurado eliminando 5 puntos de su coaseguro.

Ejemplo 3.

Bajo los mismos parámetros del ejemplo anterior:

Parámetros	
Deducible contratado	10,000.00
Coaseguro contratado	10%
Gastos cubiertos	150,000.00

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	150,000.00
(-) Deducible	10,000.00
Subtotal a pagar	140,000.00
(-)5% Coaseguro	7,000.00
Total a pagar	133,000.00

Gastos a cargo del asegurado Deducible + Coaseguro	17,000.00
---	-----------

Sin embargo, si el asegurado decide atenderse en un hospital de un nivel superior al que contrató, se le penaliza con 5, 30, 40 y 50 puntos porcentuales de coaseguro adicionales al contratado, dependiendo de los niveles arriba que utilice. Si sube un nivel se le penaliza con 5 puntos, si sube 2 niveles con 30 puntos y así sucesivamente.

Ejemplo 4.

Supongamos que el asegurado contrató un plan 180 y se atiende en uno de los hospitales que pertenece al nivel 360. Eso implica que se le penalice con 30 puntos de coaseguro. En nuestro ejemplo numérico obtenemos:

Parámetros	
Deducible contratado	10,000.00
Coaseguro contratado	10%
Gastos cubiertos	150,000.00

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	150,000.00
(-) Deducible	10,000.00
Subtotal a pagar	140,000.00

(-)40% Coaseguro	56,000.00
Total a pagar	84,000.00

Gastos a cargo del asegurado Deducible + Coaseguro	66,000.00
---	-----------

Aplicación de deducible y coaseguro en caso de accidente

Si se contrata únicamente la cobertura básica, el deducible y coaseguro se aplican como en los ejemplos anteriores, por lo que en beneficio del asegurado se sugiere la contratación de Deducible 0 + Muerte Accidental, que se detallará más adelante pero para efectos de la aplicación del deducible opera de la siguiente forma:

Una vez que los gastos erogados a consecuencia de un accidente rebasan \$1,000.00 entonces el accidente está cubierto sin aplicación de deducible. Esto es, regresando a nuestro ejemplo inicial 2 y suponiendo que se trate de un accidente, diseñamos el

Ejemplo 5:

Parámetros	
Deducible contratado	10,000.00
Coaseguro contratado	10%
Gastos cubiertos	150,000.00

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	150,000.00
(-) Deducible	
Subtotal a pagar	150,000.00
(-)10% Coaseguro	15,000.00
Total a pagar	135,000.00

Gastos a cargo del asegurado Deducible + Coaseguro	15,000.00
---	-----------

Tope de coaseguro. Éste es un monto que se indica en la carátula de la póliza como máximo pago del asegurado por concepto de coaseguro. En cada padecimiento a indemnizar el asegurado paga el coaseguro que le corresponde según los ejemplos anteriores, pero al llegar al límite máximo de responsabilidad fijado por la compañía (tope de coaseguro), cesa la obligación del asegurado de seguir pagando el coaseguro. El tope se puede alcanzar en una misma reclamación o después de varias.

Los topes de coaseguro en Aseguradora Base actualmente son:

Tabla 3

Coaseguro	Tope
5%	25,000.00
10%	35,000.00
15%	45,000.00
20%	60,000.00
25%	75,000.00

Para entenderlo mejor continuamos con nuestro ejemplo numérico. Supongamos que se pagó una primera reclamación de acuerdo al ejemplo 2:

Parámetros	
Deducible contratado	10,000.00
Coaseguro contratado	10%
Gastos cubiertos	150,000.00

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	150,000.00
(-) Deducible	10,000.00
Subtotal a pagar	140,000.00
(-)10% Coaseguro	14,000.00
Total a pagar	126,000.00

Gastos a cargo del asegurado Deducible + Coaseguro	24,000.00
---	-----------

Posteriormente y para el mismo siniestro se tienen los siguientes gastos:

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	300,000.00
(-) Deducible	
Subtotal a pagar	300,000.00
(-)10% Coaseguro	30,000.00
Total a pagar	270,000.00

Gastos a cargo del asegurado Coaseguro	30,000.00
---	-----------

Como el deducible ya se pagó una vez, no se paga nuevamente. El coaseguro que correspondería es de \$30,000 pero como el tope en este coaseguro es de \$35,000 de acuerdo a la tabla, sólo paga \$21,000 más (recordemos que ya había pagado \$14,000). De

forma que su participación en esta segunda reclamación quedaría como:

Aplicación de Deducible y Coaseguro	
Gastos cubiertos	300,000.00
(-) Deducible	
Subtotal a pagar	300,000.00
(-)10% Coaseguro topado	21,000.00
Total a pagar	279,000.00

Gastos a cargo del asegurado Coaseguro	21,000.00
---	-----------

Para las siguientes reclamaciones no aplica el deducible ni el coaseguro, por lo que la aseguradora reembolsará los siguientes gastos amparados al 100%, sujetándose únicamente a los tabuladores correspondientes.

Al hacer uso de hospitales de un mayor nivel al contratado el tope de coaseguro no aplica y por tanto se sigue pagando de forma continua.

COBERTURA BÁSICA

GASTOS CUBIERTOS

De acuerdo a lo mencionado en el objeto del seguro, en esta póliza se amparan los gastos erogados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos. Los gastos que se cubren se enumeran a continuación y se comienzan a pagar una vez que el asegurado supera el monto del deducible, con la correspondiente participación del asegurado en cada gasto.

1. Honorarios

A médicos por Intervenciones Quirúrgicas. Se pagan al médico el 100% de los honorarios que cobre por cada intervención, siempre que sea médico de convenio y a través de pago directo. En otro caso, se ajusta a la Tabla de Honorarios quirúrgicos² del plan contratado.

En caso de que se practiquen dos intervenciones quirúrgicas, en la misma sesión:

- Si son en el mismo campo operatorio, se paga únicamente la de mayor costo de acuerdo al Monto de Procedimientos Terapéuticos.

- Si las dos intervenciones fueran de una misma especialidad, pero en diferente campo operatorio, se paga la mayor al 100% y la segunda al 50%, de acuerdo al Monto de

² Ver "Tabla de Honorarios Quirúrgicos" en página 12

Procedimientos Terapéuticos.

- Si las dos intervenciones en la misma sesión, son de diferente especialidad y en diferente campo quirúrgico, se pagan ambas operaciones al 100%.

Si dentro de las 24 horas siguientes a una intervención se realizara una segunda, por la misma causa, se considerará como una sola. Si se atribuye a otra causa se considerará de manera independiente.

Se amparan los honorarios para una *segunda opinión médica*, cuando el médico tratante recomienda una intervención quirúrgica.

Por consultas pre y postoperatorias. Se reembolsan las consultas necesarias antes y después de la intervención quirúrgica hasta GUA.

El médico no puede ser familiar del asegurado y deberá contar con cédula profesional.

Honorarios de Enfermera para convalecencia domiciliaria. Se cubren siempre que se requiera por el médico tratante y la enfermera esté legalmente autorizada. Hasta GUA por un máximo de 30 días continuos y 720 horas. Se autorizan únicamente para pacientes con los siguientes padecimientos:

- Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.
- Tratamiento para SIDA.
- Tratamiento post quirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central.
- Tratamiento para recuperación de trauma mayor o quemaduras con más de 20% o Grado III.
- Recuperación por reemplazos articulares mayores de cadera.

Honorarios de médicos quiroprácticos siempre que sean prescritos por el médico tratante y el médico quiropráctico cuente con cédula profesional.

2. Gastos en el Hospital.

Se pagará el costo de un *cuarto privado estándar* cuando el padecimiento así lo requiera. Se incluyen alimentos, medicinas del paciente y cama extra.

Equipo de anestesia y material médico

Estudios de Laboratorio y/o Gabinete.

Sala de Operación, de curación y recuperación.

Transfusiones y Aplicaciones. Siempre que sean necesarios para el tratamiento del padecimiento cubierto. Se cubren también las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el asegurado.

Atención de enfermeras

Medicamentos

3. Gastos fuera del Hospital

Medicamentos. Se cubren siempre que sean prescritos por el médico tratante, estén relacionados con el padecimiento, cuya venta esté autorizada por la Secretaría de Salud y presentando la factura.

En caso de acudir con prestadores de servicios que no pertenezcan a la Red se aplica un coaseguro de 35%, en caso contrario no se aplica coaseguro.

Estudios de Laboratorio y/o Gabinete. Se amparan siempre que sean necesarios para detectar el padecimiento que se está reclamando, por ejemplo:

- Análisis de laboratorio.
- Rayos X.
- Isótopos Radioactivos.
- Electrocardiografía.
- Encefalografía.
- Resonancia Magnética.
- Tomografías.

En caso de acudir con prestadores de servicios que no pertenezcan a la Red se aplica un coaseguro de 35%, en caso contrario se exenta el coaseguro.

Oxígeno. Cuando lo prescriba el médico tratante.

Servicios de Terapia: Física, Radioactiva, Quimioterapia, Inhaloterapia, Terapia Intensiva o Intermedia y otros semejantes.

Renta de Equipo tipo hospital. Se cubre cuando sea requerido para convalecencia domiciliaria y se haya notificado con anticipación a la aseguradora, para que ésta autorice el gasto. Aplica coaseguro de 20%

Para el caso de sillas de ruedas, muletas, andaderas y bastones aplica el Coaseguro contratado en la póliza.

Renta de aparatos ortopédicos, Prótesis y órtesis. Se cubren todos los aparatos requeridos a causa del padecimiento cubierto, hasta GUA excepto los dentales, ya que éstos sólo se cubren a causa de accidente y cuando se afecten las piezas dentales naturales. Se pueden comprar con previa autorización de la Aseguradora Base, siempre y cuando el costo de renta supere el de compra.

Ambulancia Terrestre. Amparada siempre que sea médicamente necesario, ya sea equipada o con terapia intensiva.

Ambulancia aérea. Se cubre a consecuencia de una urgencia médica cubierta, cuando en la localidad del asegurado no se cuente con los recursos necesarios para su atención. Aplica coaseguro del 20% sobre la factura total del vuelo.

RIESGOS AMPARADOS DE FORMA ESPECIAL

Tratamientos o cirugías reconstructivas. Se amparan siempre y cuando no sean de carácter estético y a consecuencia de un Accidente Cubierto.

Tratamientos Dentales. Se amparan cuando a causa de un accidente cubierto es necesario reemplazar o restaurar una pieza dental natural. El tratamiento se debe realizar dentro de los primeros 90 días a partir de la fecha del accidente.

Deportes Peligrosos. Que se practiquen de forma amateur.

Parto o Cesárea. Esta cobertura tiene una suma asegurada dependiendo del nivel y plan contratado:

Nivel	Suma Asegurada
360 y 270	\$ 14,000.00
180 y 90	\$ 12,000.00
45	\$ 10,000.00

Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro. Periodo de espera de 10 meses de la madre.

Complicaciones del Embarazo o Parto. Se cubren hasta GUA las siguientes complicaciones:

Con periodo de espera de 4 meses en Aseguradora Base:

- a) Embarazo extrauterino (intervención quirúrgica)
- b) Embarazo molar

Con periodo de espera de 10 meses:

- a) Fiebre puerperal
- b) Eclampsia y enfermedad hipertensiva del embarazo
- c) Placenta acreta
- d) Placenta previa
- e) Atonía uterina
- f) Cualquier complicación del embarazo, parto o puerperio siempre y cuando puedan ser consideradas como una Urgencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la Urgencia Médica

Recién nacido. Se cubren los padecimientos congénitos, talla baja y enfermedades ocurridas al nacer siempre y cuando la madre tenga 10 meses de periodo de espera en

Aseguradora Base y se notifique el alta del recién nacido dentro de los primeros 30 días de haber nacido.

Padecimientos congénitos. Se cubren para todos los asegurados en la póliza siempre que no sean preexistentes.

Preexistencia declarada. Después de 2 años de cobertura continua en Aseguradora Base, se cubrirán los padecimientos preexistentes declarados en la solicitud, siempre que en ese lapso no se haya recibido tratamiento médico, excepto:

1. Padecimientos cardiacos, accidentes vasculares, diabetes, diálisis, padecimientos oncológicos, SIDA, enfermedades degenerativas, padecimientos neurológicos, padecimientos que requieran trasplantes de órganos.
2. Exclusiones de la póliza
3. Lo especificado mediante endosos de exclusión.

Urgencia médica en el Extranjero. Se cubren hasta 50,000 dólares y con deducible de 50 dólares, aquellas enfermedades o accidentes que sufra el asegurado mientras se encuentre de viaje en el extranjero y cuya naturaleza requiera de un tratamiento médico de emergencia

Esta cobertura no aplica para padecimientos excluidos en la póliza ni para complicaciones del embarazo, recién nacidos, parto o cesárea después de la semana 28 de gestación.

Complicaciones de Gastos médicos Mayores no cubiertos. Esta cobertura otorga protección en territorio nacional para las complicaciones de los tratamientos o intervenciones quirúrgicas siguientes:

1. Cirugías estéticas.
2. Calvicie, obesidad, anorexia, bulimia o esterilidad.
3. Control de fertilidad, natalidad e infertilidad o impotencia sexual.
4. Tratamientos preventivos.
5. Tratamientos de nariz o senos paranasales por enfermedad.
6. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.

Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico. Se cubren hasta \$8,000 las consultas que se requieran a causa de:

1. Cáncer en fase terminal.
2. Insuficiencia renal crónica.
3. Accidente vascular cerebral (hemorragia, infarto, etc) con daño permanente o cuando se diagnostique una invalidez total y permanente a causa del mismo.
4. Infarto al miocardio con revascularización o Bypass o con daño neurológico irreversible.
5. Amputación de al menos una mano o un pie.

6. Politraumatizado con lesiones que cambien la calidad de vida del asegurado.
7. Víctima de asalto con violencia.
8. Víctima de violación.

SERVICIOS DE ASISTENCIA INCLUIDOS

Los planes de Gastos Médicos Mayores incluyen servicios de asistencia como son:

Ambulancia terrestre gratuita. Máximo 2 eventos al año.

Consulta a domicilio. Por \$250.

Protección dental. Descuento de 70% en Limpiezas, Amalgamas, Extracciones de acuerdo a la siguiente tabla:

Descripción del procedimiento	Limitación o garantías por procedimiento
Radiografía panorámica.	Una en cinco años.
Raspado y alisado periodontal por cuadrante.	Una en dos años en el mismo cuadrante. Máximo dos cuadrantes.
Radiografías periapicales.	Cuatro en doce meses.
Amalgamas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Resinas.	Una en tres años en un mismo diente o superficie.
Extracción simple.	Una por diente.
Endodoncia.	Una por diente.

Fuente: Condiciones Generales

PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

Se cubren sólo **a partir del segundo año** de cobertura los siguientes padecimientos, a causa de Accidente o Enfermedad:

- a. Litiasis renal y en vías urinarias.
- b. Padecimientos ginecológicos.
- c. Padecimientos de la columna vertebral excepto hernias de disco.
- d. Insuficiencia venosa, varicocele y várices de los miembros inferiores.
- e. Tratamientos de endometriosis no relacionados con la esterilidad.
- f. Padecimiento de la vesícula y vías biliares.

Se cubren **a partir del tercer año**, los gastos erogados a causa de Accidente o

Enfermedad:

- a. Padecimientos de las glándulas mamarias
- b. Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto
- c. Amigdalitis y adenoiditis
- d. Hernias (incluyendo las de disco) y eventraciones
- e. Nariz o senos paranasales

Los periodos de espera anteriores se pueden eliminar reconociendo la antigüedad en otra aseguradora o en otra póliza de Aseguradora Base, ya sea individual o de grupo.

Se cubre **a partir del quinto año** de cobertura continua en Aseguradora Base:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Coberturas Opcionales

Cero deducible por accidente + Muerte Accidental.

Al contratar esta cobertura se tiene el beneficio de no pagar deducible en caso de accidente, siempre que los gastos rebasen \$1,000. Además, se obtiene una suma asegurada de \$50,000 en caso de la muerte accidental de los asegurados en la póliza mayores de 12 años.

Cliente Especial.

Esta cobertura proporciona los siguientes beneficios:

- **1,000,000 de dólares para la atención de Enfermedades Catastróficas en el extranjero**, considerándose como tales:
 - Cáncer (excepto In- Situ del cuello uterino y de piel)
 - Enfermedades neurológicas, Cerebro vasculares y Cerebrales (excepto tumores en presencia de SIDA)
 - Enfermedades de las coronarias que requieran cirugía (excepto angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones, así como las enfermedades con tratamientos similares)
 - Trasplantes de órganos mayores (corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea), se incluyen gastos del donante vivo durante el acto quirúrgico. Se aplica deducible y coaseguro de la póliza.
- **Segunda opinión médica internacional.** Para padecimientos cubiertos, cuyo tratamiento no sea una emergencia y cuya complejidad requiera de una segunda opinión, se envían los documentos del asegurado a Estados Unidos de Norteamérica y un médico calificado emite su opinión, la cual se entrega por escrito al asegurado.

- **Cuarto Suite.** Esta cobertura opera en territorio nacional, sustituye al cuarto estándar a que tiene derecho el asegurado en un padecimiento cubierto y está sujeto a un máximo del doble del costo del cuarto estándar o cuando el cuarto suite sea el inmediato superior del estándar.
- **Paquete de admisión.** Opera para padecimientos cubiertos que requieran hospitalización. Se considera dentro de este paquete a los artículos de uso personal que el hospital entrega al asegurado, los cuales no están incluidos en la cobertura básica.
- **Asistencia médica PCE.** Para acceder a los siguientes beneficios de emergencia, el asegurado debe referirse siempre a Aseguradora Base, puesto que el servicio se presta a través de un proveedor propio.
 1. Consulta domiciliaria. El costo de la consulta es de 150 pesos, puede solicitarse para algún miembro de la familia asegurada y su personal doméstico.
 2. Consulta telefónica. Se orienta al asegurado vía telefónica acerca de medicamentos o síntomas que presente. Esta cobertura es ilimitada y extensiva para el personal doméstico.
 3. Ambulancia terrestre para traslado a un hospital. Siempre que el médico que atienda al asegurado así lo determine. Se puede hacer extensiva al personal doméstico o invitados, con costo a cargo del asegurado.
 4. En viajes a más de 100 km de su domicilio habitual y dentro de la República Mexicana se prestan los servicios de: Traslado médico (aéreo o terrestre), Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje, Boleto para profesional reemplazante, Gastos de hotel por convalecencia (hasta 5 días naturales), Pago y envío de abogado.

Cobertura Tradicional

Cambia la suma asegurada de Sin Límite a \$3,000,000, elimina la cobertura de maternidad: parto, cesárea y sus complicaciones.

El deducible se hace reinstalable en 3 SMGM cada año siniestro.

Esta cobertura no tiene costo, pues su función es reducir el precio del seguro. Disminuye la prima en un 15% sobre la tarifa básica (sin beneficios).

EXCLUSIONES

1. Padecimientos Preexistentes. Únicamente estarán cubiertos los padecimientos preexistentes que cumplan con las características de Preexistencia Declarada.
2. Los tratamientos a que se someta el asegurado por su voluntad y bajo su responsabilidad, como son: donación de órganos cuando el Asegurado sea el donante, abortos y legrados no necesarios, afecciones que resulten o deriven del alcoholismo o drogadicción; procedimiento o tratamiento de carácter estético o plástico; apnea del sueño;

calvicie; anorexia; bulimia; tratamientos por obesidad o reducción de peso; tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, natalidad, infertilidad o impotencia sexual.

3. Lesiones autoinfligidas, sin importar que se realizaran bajo estado de enajenación mental.

4. Lesiones sufridas que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

5. Lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.

6. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio regular de pasajeros.

7. Lesiones que sufra el asegurado como resultado de una agravación del riesgo que declaró en su solicitud y que no haya sido previamente aceptado por la aseguradora.

8. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares, anillos intracorneales.

9. Aparatos auditivos e implantes cocleares.

10. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.

11. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.

12. Tratamientos preventivos.

13. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea directa del Asegurado.

14. Cualquier gasto que no esté expresamente citado como gasto cubierto

15. Tratamiento psicológico o psiquiátrico, trastorno de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cuales quiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como tratamiento para prevenir trastornos de la conducta o el aprendizaje.

16. Los siguientes medicamentos:

- a) Fórmulas lácteas.
- b) Suplementos y complementos alimenticios.
- c) Multivitamínicos.

- d) Cosméticos.
- e) Medicamentos que no estén amparados por una receta médica.
- f) Medicamentos no autorizados para su venta en México.
- g) Medicamentos de acción de terapia celular.
- h) Medicamentos que no tengan relación con el padecimiento.

17. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales por Enfermedad

18. Gastos erogados fuera del territorio nacional, excepto lo cubierto en *Urgencia médica en el Extranjero*.

Pago de siniestros

Las reclamaciones presentadas por gastos erogados en alguna enfermedad o accidente cubierto deberán ser presentadas a la aseguradora con todos los documentos que ésta requiera.

Pago Directo.- Cuando se realice alguna intervención por un médico y en un hospital de red, se puede avisar a la aseguradora para que ésta efectúe el Pago directo a los prestadores de servicios. Se presentarán los formatos³ de Aviso de Accidente o Enfermedad, Informe Médico y todos los estudios practicados con relación a la intervención quirúrgica que se pretende reclamar. La hospitalización deberá ser mayor a 24 hrs.

En caso de que se tenga conocimiento con anticipación de que será necesaria una intervención quirúrgica, se sugiere la modalidad de *Cirugía Programada*, mediante la cual se da aviso a la compañía cinco días antes de la intervención y ésta la autoriza mediante una carta pase.

Reembolso.- Bajo esta modalidad se reclaman los gastos previos a la intervención quirúrgica; aquellos que se realicen a prestadores que no sean de convenio y/o los gastos erogados con fecha posterior a la intervención quirúrgica.

Se deberán presentar los formatos descritos en el Pago directo, así como las facturas de los medicamentos y/o estudios realizados.

La indemnización se realiza de la siguiente manera:

1. Se hace la suma de todos los gastos cubiertos, ajustándose a los parámetros establecidos en la póliza.
2. A la cantidad resultante se le descuenta el deducible y después el coaseguro que esté a cargo del asegurado.

El sistema de reembolso se utiliza también para los gastos que se eroguen de hospitalizaciones menores a 24 horas o cuando el asegurado acuda a prestadores de servicio que no están en convenio con Aseguradora Base.

³ Ver anexo

CAPÍTULO 2

LA PÓLIZA DE ASEGURADORA COMPLEMENTO

Planes

Aseguradora Complemento oferta 3 tipos de planes de Línea: Golden, Salud Óptima y Salud Integral. El primero de ellos se enfoca a Gastos médicos mayores, mientras que los otros 2 amparan tanto los Gastos Médicos Mayores, como Gastos Médicos Menores.

El plan que elegí es el de Salud Óptima, con una tarifa especial exclusiva para clientes de la Promotoría con algunas restricciones respecto al plan de línea. Lo denominaremos Producto Especial y sus características son:

Nivel Hospitalario:

Permite elegir entre 5 niveles de hospitales en zona metropolitana:

BASE 2000. Hospital ABC Santa Fe, Hospital ABC Observatorio; Hospital Ángeles De Las Lomas, Clínica Lomas Altas.

BASE 0 Hospital Ángeles Del Pedregal; Hospital Español México; Médica Sur; Corporativo Hospital Satélite. Sedna Hospital; Hospital Angeles Metropolitano.

BASE AA Centro Médico Dalinde; Hospital Ángeles México; Hospital Infantil Privado; Hospital Santa Coleta; SportsClinic; Sanatorio Durango.

BASE A Clínica Santa Rosa; Hospital Los Cedros; Médica Londres.

BASE B Sanatorio San Felipe.

La recomendación es contratar Base 2000 o Base 0 por ser los niveles que incluyen un mayor número de hospitales.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos. Se elige entre 18 SMGM⁴ y 60 SMGM⁵

Para fines del plan Producto Especial se sugiere la tabla de 30 SMGM, por ser la equivalente a lo que se ofrece en promedio en otras compañías.

Suma Asegurada

La suma asegurada se elige entre 19 SMGM y 3818 SMGM. Para Producto Especial se sugiere 69 SMGM por tener mayor flexibilidad de deducibles.⁶

⁴SMGM Salario Mínimo General Mensual. Lo consideraremos en \$1,870 de acuerdo al vigente en 2012 para el Distrito Federal

⁵Ver tabla con el detalle de opciones en el Anexo

⁶Ver tabla de Sumas aseguradas en el Anexo

La suma asegurada se limita en algunos tratamientos, los cuales se tratarán en la sección de Riesgos amparados de forma especial.

Deducible

Las opciones de deducible varían entre 0.8 SMGM y 34.4. SMGM, dependiendo de la suma asegurada definida.

Para este producto por los beneficios al utilizar la red y por ser tan bajo que casi cualquier padecimiento tendrá un costo superior a dicho monto, recomiendo el de 3 SMGM.

Coaseguro

Elegí el coaseguro de 10% en este plan por los beneficios al utilizar la red y por ser el único que tiene tope de coaseguro.

Aplicación de deducible y coaseguro

Al igual que en la póliza de Aseguradora Base, al total de los gastos cubiertos se le descuenta el deducible, enseguida el coaseguro y obtenemos los gastos que pagará la aseguradora.⁷

Beneficios al utilizar la red hospitalaria de la Aseguradora

Al utilizar hospitales de la red y al contar con el servicio de pago directo, se reduce en 1 SMGM el deducible y en 10 puntos porcentuales el coaseguro.

En caso de ocurrir algún accidente, se elimina por completo la participación del asegurado por concepto de deducible y coaseguro.

Penalización al utilizar hospitales de mayor nivel al contratado

Si el asegurado se atiende en un hospital que se encuentre en una base más alta a la que contrató, tendrá una penalización en el coaseguro de 20 puntos porcentuales, suponiendo que contrató el 10% de coaseguro que se le sugirió el coaseguro que pagará es de 30%.

Tope de coaseguro

En nuestro programa el tope de coaseguro únicamente se obtiene contratando 10% y corresponde a \$40,000 pesos por cada año siniestro.

Es decir: cada vez que el siniestro cumpla un aniversario y se sigan reclamando gastos, el asegurado pagará coaseguro hasta alcanzar los \$40,000 y así sucesivamente mientras el siniestro continúe abierto.

⁷Ver Ejemplo 2 Póliza de Aseguradora Base

Aplicará para sumas aseguradas de 250 SMGM en adelante, ya que antes de ese monto la suma asegurada se agotará antes de llegar al tope.

Cobertura Básica

Como mencioné en el objeto del seguro, en esta póliza se amparan los gastos erogados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, que hayan requerido un tratamiento médico y/o quirúrgico.

A continuación se enlistan y detallan los gastos cubiertos, sujetos a que se rebase el deducible y con la participación del asegurado en el coaseguro.

1. Honorarios

Médicos por Intervenciones Quirúrgicas. Se paga al médico Cirujano el 100% de los honorarios que cobre por cada intervención, siempre que sea médico de convenio y a través de pago directo. En otro caso, se ajusta al tabulador de Honorarios Quirúrgicos contratado por el asegurado.

No se pagan honorarios de instrumentista.

En caso de que se practiquen dos intervenciones quirúrgicas, en la misma sesión:

- Si son en el mismo campo operatorio, se paga únicamente la mayor al 100% de acuerdo con el catálogo.
- Si las dos intervenciones fueran de una misma especialidad, pero en diferente campo operatorio, se paga la mayor al 100% y la segunda al 50%, de acuerdo al catálogo.
- Si las dos intervenciones en la misma sesión, son de diferente especialidad y en diferente campo quirúrgico, se pagan ambas operaciones al 100%.
- Si dentro de las 24 horas siguientes a una intervención se realizara una segunda por la misma causa, se considerará como una sola. Si se atribuye a otra causa se considerará de manera independiente.

Equipo Médico. Sus honorarios se pagan en función de lo que corresponde al cirujano, en los siguientes porcentajes

Anestesiólogo	30%
Primer Ayudante	20%
Segundo ayudante ⁸	10%

⁸ Previa autorización de la aseguradora

Consultas Médicas. Se cubrirán los honorarios del médico siempre que éste no sea familiar del asegurado. La cantidad máxima será lo indicado en la TPT y sólo una por día.

Honorarios de Enfermera. Se cubren siempre la requiera el médico tratante y previa autorización de la Aseguradora Complemento. Se paga de acuerdo a la TPT y por un máximo de 60 días con 3 turnos diarios de 8 horas cada uno.

2. Gastos dentro del hospital

Cuarto de Hospital. Se pagará el costo de un cuarto privado estándar cuando el padecimiento así lo requiera. Se incluyen alimentos, medicinas del paciente y cama extra para un acompañante.

Estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología. Se amparan siempre sean necesarios para detectar el padecimiento que se está reclamando.

Aparatos de endoscopia, colonoscopia, laparoscopia y electrofisiología. Se cubren sólo cuando son facturados a través del hospital.

Sala de Operación, de curación y recuperación con sus correspondientes equipos.

Atención de enfermeras.

Terapia Intensiva. Se cubre hasta un máximo de 180 días o el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

Medicamentos.

3. Gastos fuera del hospital

Medicamentos Fuera del hospital. Se cubren siempre que sean prescritos por el médico tratante y tenga relación directa con el padecimiento.

Trasfusiones y Aplicaciones. Se cubren siempre que sean necesarios para el tratamiento del padecimiento reclamado.

Oxígeno. Se cubre siempre que necesario para el tratamiento. Hasta GUA.

Prótesis, aparatos ortopédicos y equipo de hospital. Gastos que resulten de la renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, de aparatos de prótesis valvular cardiaca, Stents, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, prótesis oculares y miembros artificiales, material de osteosíntesis, prótesis discal, así como la renta de aparatos ortopédicos que se requieran, serán amparados hasta la Suma Asegurada especificada en la siguiente tabla. Se aplica el deducible y el coaseguro de la póliza, excepto en caso de Accidente.

Por concepto de	Suma Asegurada
Prótesis valvular cardiaca, endoprótesis cardíacas	58 SMGM (por Padecimiento)
Stents	72 SMGM (por Padecimiento)
Marcapasos	24 SMGM
Prótesis y material de osteosíntesis de manera enunciativa más no limitativa de cadera, columna, rodilla, hombro, codo, tobillo, mano, pie, cabeza de radio, miembros artificiales, prótesis discal y prótesis ocular.	35 SMGM (por Concepto)
Renta o Compra (esta última previa autorización de PLAN SEGURO) de aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, pulmón artificial u otros aparatos semejantes)	35 SMGM (por Concepto)
Prótesis dental a consecuencia de un Accidente	7 SMGM

Fuente: Condiciones Generales Salud Óptima

Ambulancia Terrestre. Amparada hasta la suma asegurada de la póliza con coaseguro de 10% y deducible contratado (aún en caso de accidente). Debe ser indicada por el médico tratante.

Ambulancia aérea por emergencia. Se ampara con coaseguro de 20% sin aplicar deducible y por reembolso. Es requisito que el asegurado requiera del traslado médico por no contar con la atención médica necesaria en la localidad donde se encuentra.

Radioterapia y Quimioterapia. Se amparan de acuerdo a la tabla de honorarios quirúrgicos.

Tratamientos reconstructivos. Se cubren siempre que no sean estéticos

4. Gastos Médicos Menores

Campañas. Se cubre anualmente una revisión para prevención de los padecimientos mostrados en la siguiente tabla:

Tabla 4

Campaña	Estudio incluido	Costo
<i>Cáncer Cervicouterino.</i>	<i>Colposcopia + Papanicolau</i>	<i>Gratuito</i>
<i>Cáncer de mama.</i>	<i>Mastografía</i>	<i>\$180</i>
<i>Dislipidemias.</i>	<i>Perfil de lípidos.</i>	<i>Gratuito</i>
<i>Cáncer de próstata.</i>	<i>Antígeno Prostático.</i>	<i>Gratuito</i>
<i>Diabetes.</i>	<i>Glucosa más Hemoglobina Glucosilada.</i>	<i>Gratuito</i>
<i>Osteoporosis.</i>	<i>Densitometría 2 regiones (columna).</i>	<i>\$120</i>
<i>Cardiopatías.</i>	<i>Electrocardiograma en reposo.</i>	<i>Gratuito</i>

Check Up

Se incluye para asegurados mayores de 18 años, con coaseguro del 30% y una vez al año. El examen consta de:

- Historia Clínica.
- Examen general de orina.
- Determinaciones en sangre de biometría hemática.
- Glucosa.
- Colesterol.
- Fosfatasa alcalina.
- T.G.O.P. (transaminasa glutámico oxaleoacética pirúvica).
- Electrocardiograma en reposo.

Coberturas sin límite de uso, con coaseguro de 30%

- Consulta con Médico General.
- Consulta con Médico Especialista.
- Exámenes de Laboratorio e Imagen.

RIESGOS AMPARADOS DE FORMA ESPECIAL

Parto o Cesárea. Esta cobertura tiene una suma asegurada de 15 SMGM, aplica únicamente para Titular o cónyuge, sólo se cubre un evento al año y la asegurada deberá tener al menos 10 meses de cobertura continua dentro de la póliza.

Complicaciones del Embarazo o Parto. Se cubren hasta 65 SMGM, siempre que la madre tenga por lo menos 10 meses de periodo de espera en la póliza y que ésta requiera hospitalización. Sólo están incluidas las que se enlistan a continuación:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- b) Estados de fiebre puerperal.
- c) Estados de eclampsia y toxemia del embarazo.
- d) Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

- e) Embarazo molar (Mola hidatiforme).
- f) Placenta Previa.
- g) Placenta Acreta.
- h) Atonía Uterina.
- i) Óbito.

Aborto y legrados. Se cubren para titular o cónyuge siempre que los prescriba el médico tratante, se haya cumplido el periodo de espera de 10 meses y se encuentre en peligro la integridad física de la asegurada. Hasta 5 SMGM sin aplicar deducible ni coaseguro.

Recién nacido. Padecimientos congénitos, talla baja y enfermedades ocurridas al nacer siempre y cuando la madre tenga 10 meses de periodo de espera en la Aseguradora Complemento y se notifique el alta del recién nacido en los primeros 30 días.

Ptosis Palpebral. Se cubre cuando se trate de alguna complicación de un gasto médico cubierto.

Alimentación parenteral. Se cubren hasta un límite de veinte (20) días por padecimiento ya sean vía pago directo o reembolso.

Expansores mamarios. Se cubren siempre y cuando se requiera como parte del tratamiento reconstructivo en el padecimiento de cáncer de mama, y éste haya sido cubierto por Aseguradora Complemento, así como cualquier complicación derivada de la colocación de los mismos.

Preexistencia declarada. Después de 2 años de cobertura continua en Aseguradora Complemento, se cubrirán los padecimientos preexistentes que se hayan declarado en la solicitud, siempre que en ese lapso no se haya recibido tratamiento médico. Se especifica mediante un endoso los que se acepte cubrir bajo este concepto.

Trasfusiones y aplicaciones. Se cubren transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros y sustancias semejantes. No se amparan gastos del donador. Se excluyen gastos para pruebas de compatibilidad o para identificar el grupo sanguíneo de los donadores.

Tratamientos de Nariz o Senos paranasales por accidente. Se cubren hasta la suma asegurada contratada, aplica el deducible contratado y coaseguro de 50%, previa presentación de estudios ante la Aseguradora.

Deportes Peligrosos: Se cubre la práctica ocasional (hasta 2 veces al mes) o vacacional de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go-karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

Tratamiento psiquiátrico. Se ampara siempre que se requiera a causa de:

- Accidente cubierto.
- Enfermedad terminal: cáncer, cerebrovascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal crónica, SIDA.

- Asalto, secuestro o violación.

Un médico de la Red de Aseguradora Complemento, deberá confirmar el diagnóstico. Se cubren hasta 24 consultas con médico de la red y medicamentos hasta por un año.

Toxina Botulínica. Previa valoración y aceptación de Aseguradora Complemento

Tratamiento	Límite
Rehabilitación y Fisioterapia	Hasta un máximo de 40 sesiones ó 4 meses por padecimiento, excepto para Padecimientos Congénitos, que tendrán un límite de 90 sesiones ó 6 meses; lo que ocurra primero. Cada una se limita de acuerdo al Catálogo de Honorarios
Ozonoterapia	Hasta 20 sesiones con tope cada una de 1 SMGM
Trasplante de órganos: Corazón, Pulmón, Hígado, Riñón, Médula Ósea	Hasta 1,000 SMGM o suma asegurada de la póliza (la que resulte menor).
Circuncisión profiláctica	\$12,000
Vacunas antirrábicas e inmuoalérgicas	\$20,000
Cirugía Refractiva	10 SMGM
Tratamientos dentales a causa de accidente	10 SMGM

SERVICIOS DE ASISTENCIA INCLUIDOS

Los asegurados en la póliza podrán utilizar los siguientes beneficios, mientras se encuentren en viajes

- *Traslado médico.*
- *Referencia médica.*
- *Transferencia de fondos para Gastos Médicos.*
- *Boleto redondo para un familiar.*
- *Gastos de hotel por convalecencia hasta 5 días.*
- *Traslado a domicilio.*
- *Traslado en caso de fallecimiento / entierro local.*

Padecimientos con periodo de espera

Se cubren **a partir del segundo año** de cobertura, los siguientes padecimientos:

- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Hernias de cualquier tipo que no se encuentren descritas en las enfermedades cubiertas después de 2 años.
- Tumores que no se encuentren descritos en las enfermedades cubiertas después de 2 años.

- Litiasis renoureteral.
- Padecimientos ginecológicos.
- Padecimientos prostáticos que no se encuentren descritos en las enfermedades cubiertas después de 2 años.
- Cualquier padecimiento de la columna vertebral y rodillas.
- Tratamientos médicos o de rehabilitación basados en estiramiento y distracción intermitente de discos intervertebrales. Queda cubierto por reembolso y con previa autorización de la Dirección Médica de la aseguradora.
- Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de una Enfermedad. Para lo cual los Asegurados deberán presentar estudios de imagenología y fotografías previamente a la cirugía, Este beneficio operará hasta la Suma Asegurada de la póliza, con el Deducible contratado y Coaseguro del 50%.
- Lipomas de cualquier región.
- Osteoporosis (Densitometría) hasta 20 SMGM.

El periodo de espera se puede eliminar reconociendo antigüedad de **12 meses** en otras aseguradoras.

Se cubrirán sólo **a partir del segundo año** de cobertura los siguientes padecimientos

- Prostatectomía.
- Halluxvalgus (juanetes).
- Cáncer. Cualquier tipo siempre que no aparezca en las exclusiones.

Se cubrirá a partir del **quinto año** de cobertura continua en Aseguradora Complemento

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Coberturas Opcionales

Para el plan “Producto Especial” de la Aseguradora Complemento se sugieren las siguientes coberturas adicionales:

Emergencia en el Extranjero.

Suma asegurada a elegir: 50,000 USD ó 100,000 USD. Deducible de 50 USD ó 100 USD respectivamente. Opera vía reembolso y no aplica coaseguro

Cobertura Dental

Se amparan con coaseguro a elegir de 0%, 30%, 40% ó 50% los siguientes tratamientos:

Tabla 5.

Coberturas	Cantidad (Por asegurado por año póliza)
<i>Consulta</i>	<i>1</i>
<i>Profilaxis (adulto, niño)</i>	<i>1</i>
<i>Sellado de muelas y dientes para niños de 3 a 6 años de edad</i>	<i>1</i>
<i>Restauraciones dentales con materiales como Amalgama, silicatos, resinas y resina fotocurable.</i>	<i>4</i>
<i>Extracciones dentales</i>	<i>2</i>

Exclusiones comunes con Aseguradora Base

1. Padecimientos Preexistentes.
2. Padecimientos originados por participar el asegurado como donador de órganos.
3. Alcoholismo o Toxicomanías.
4. Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas a causa de un padecimiento cubierto.
5. Tratamientos médicos o quirúrgicos para reducción de peso, obesidad, acné y calvicie.
6. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad.
7. Lesiones autoinfligidas, incluyendo intento de suicidio.
8. Lesiones sufridas como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
9. Práctica profesional de cualquier deporte.
10. Lesiones sufridas como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
11. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos.

12. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, neurosis, psicosis o alteraciones del sueño.
13. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales excepto si se requieren a consecuencia de un accidente cubierto.
14. Gastos erogados fuera del territorio nacional.
15. Reposición de aparatos y prótesis.
16. Gastos realizados en el hospital por acompañantes del asegurado, excepto cama extra.
17. Gastos de recién nacido sano.
18. Compra o renta de zapatos ortopédicos y plantillas ortopédicas.
19. Honorarios médicos cuando el Médico sea el mismo Asegurado o familiar en línea directa del Asegurado.
20. Suplementos y/o complementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil (leches) aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos.
21. No se cubre responsabilidad civil, penal o de cualquier índole de carácter jurídico que pudiera reclamarse derivado del servicio recibido de los proveedores.
22. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
23. Padecimientos y tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apneas del sueño y roncopatías aún las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.
24. No se cubrirán gastos personales tales como: cepillo dental, cremas, cosméticos, desodorantes, llamadas telefónicas, compact disc, shampoo, lociones, pañuelos desechables, peine, perfume, rastrillos, navajas de afeitar, toallas faciales, pantuflas, barbería, pedicurista, servicio de librería, periódicos, dulces, flores, regalos, revistas, paquetes de admisión, cojín eléctrico, cold/hot pack, recolector de punzocortantes, recolector de plástico de: residuos, material de curación, soluciones, y gasas, sabana térmica, medias TED, servicio de fotografía, servicio de video, alimentos extras, servicio de estacionamiento y gasolina, aplicación de medicamentos por turno/hora, servicio de calidad, termómetro, almohada y sábana desechable, esponjas para baño.
25. Los medicamentos: benzodicepinas, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, y todos aquellos de uso psiquiátrico o psicológico independientemente de su causa, excepto si los medicamentos prescritos son a consecuencia de un tratamiento

cubierto dentro del beneficio de Daño Psiquiátrico.

Exclusiones no contenidas en la póliza de Aseguradora Base

1. La hospitalización, tratamiento médico quirúrgico, por lesiones o enfermedades producidas en servicio militar de cualquier clase, por actos de insurrección, guerra, catástrofes naturales, o por participación del Asegurado en desórdenes populares, rebelión, alborotos y riñas siempre que el Asegurado sea el Provocador.
2. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado, así como sus consecuencias.
3. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte peligroso de manera enunciativa más no limitativa: de montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, motociclismo, go karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo, así como la participación en competencias oficiales y en exhibiciones de dichos deportes. Para efectos de esta exclusión no se considera como deporte peligroso hockey, equitación, fútbol americano, artes marciales y karate.
4. Cualquier padecimiento que resulte por el uso, o estando bajo los efectos del alcohol, droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similares, siempre y cuando el afectado sea el responsable directo, así como cualquiera que sea su causa; excepto si fueron prescritos por un médico y utilizados correctamente de acuerdo a las indicaciones del mismo, siempre y cuando el padecimiento para el cual fue prescrito se encuentre cubierto.
5. Enfermería extra durante la hospitalización.
6. Gastos ocasionados por diástasis de músculos rectos abdominales.
7. Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
8. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, o tratamientos que no sean aceptados por ser experimentales o beneficios inciertos para el paciente.
9. Tratamientos que requieran el uso de cámara hiperbárica.
10. Cualquier complicación derivada de los padecimientos, lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato, siempre que dichas complicaciones sean comprobadas por Aseguradora Complemento.
11. Las consultas de médicos especialistas, tratamientos, diagnósticos por lesiones pigmentarias de la piel como nevus o lunares, verrugas, queratosis seborréica y cicatrices queloides, acné, cuperosis. Así como los tratamientos con base en

- hipnosis, crioterapias y quelaciones.
12. Tratamientos relacionados con menopausia, climaterio, tabaquismo.
 13. Atención del Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida para los Recién Nacidos.
 14. No estarán cubiertos los tratamientos de acupuntura, naturistas, homeópatas u otro tipo de medicina alternativa.
 15. Los tratamientos para corregir problemas de la conducta y aprendizaje, talla baja, crecimiento, estimulación temprana, terapia del lenguaje, alteraciones del crecimiento y desarrollo, y gigantomastía y cualquiera de las complicaciones de ésta.
 16. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
 17. Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radiactivas.
 18. Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.
 19. Lesiones, padecimientos o enfermedades producidas por actos terroristas, siempre y cuando estas resulten de la participación directa del Asegurado en actos delictuosos intencionales.
 20. No se cubre el tratamiento médico y/o quirúrgico con Focus Exablate.

Pago de siniestros

Las reclamaciones presentadas por gastos erogados en alguna enfermedad o accidente cubierto deberán ser presentadas a la aseguradora con todos los documentos que ésta requiera.

Pago Directo.- Cuando se va a realizar alguna intervención por un médico y en un hospital en convenio, se puede avisar previamente a la aseguradora para que ésta realice el Pago directo a los prestadores de servicios, siempre que éstos se encuentren en convenio. Se requiere la presentación de los formatos de Aviso de Accidente o Enfermedad, Informe Médico y todos los estudios realizados con relación a la intervención quirúrgica reclamada. La hospitalización deberá ser mayor a 24 horas.

La aseguradora paga a los hospitales y médicos los gastos cubiertos, quedando a cargo del asegurado el deducible, coaseguro y gastos no cubiertos dentro de la póliza.

Reembolso.- Bajo esta modalidad se reclaman los gastos previos a la intervención quirúrgica; aquellos que se realicen a prestadores que no sean de convenio y/o los gastos erogados con fecha posterior a la intervención quirúrgica. También se pueden reclamar por reembolso los gastos derivados de una intervención no programada y/o que no haya durado más de 24 horas.

Se requiere presentar los formatos descritos en el Pago directo, así como las facturas de los medicamentos y/o estudios realizados.

La indemnización se calcula de la siguiente manera:

1. Se hace la suma de todos los gastos cubiertos, ajustándose a los parámetros establecidos en la póliza.
2. A la cantidad resultante se le descuenta el deducible y al saldo se le aplica el porcentaje de coaseguro que esté a cargo del asegurado. Se aplica el monto de deducible y coaseguro contratado, pero éstos pueden disminuir si se utiliza red o se trata de un accidente, de acuerdo a las especificaciones que se revisaron en el apartado correspondiente.
3. El deducible se aplica para cada accidente y/o enfermedad cubierto.

La aseguradora está obligada a indemnizar en un lapso no mayor a 30 días, contados a partir de que se entrega la información suficiente. En caso de incumplimiento la compañía pagará un interés moratorio.

CAPÍTULO 3

FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA COMBINADA

Requisitos

Dado que el contratante debe celebrar un contrato independiente con cada una de las aseguradoras y pasar por su proceso de selección, solicitaremos una póliza por cada compañía.

El proceso es sencillo: basta con llenar cada una de las solicitudes, en las que se informa a cada compañía los datos generales de cada asegurado, esencialmente edad, sexo, fecha de nacimiento, estado de salud, el plan deseado, la forma de pago y el nombre del agente a cargo de su póliza.

Lo ideal es que ambas pólizas inicien vigencia al mismo tiempo para facilitar la administración, ya que renovarían en la misma fecha.

En caso de que el asegurado cuente previamente con una póliza de Aseguradora Base (o alguna otra compañía), es posible contratar la póliza de Aseguradora Complemento de manera independiente para cubrir los primeros gastos y Gastos Médicos Menores.

Por el contrario, si el asegurado cuenta con una póliza de grupo y/o de condiciones limitadas, puede contratar la póliza de Aseguradora Base para cubrir los gastos en exceso de su póliza previa.

La cobertura de accidentes opera desde el primer momento, mientras que la cobertura de enfermedades comienza después de 30 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza.

Consideraciones Importantes

El objetivo de contratar dos pólizas en estas condiciones es que los primeros gastos (hasta \$129,000 ó 69 SMGM) sean cubiertos por la póliza de Aseguradora Complemento, mientras que los gastos que rebasen dicho monto estén cubiertos por Aseguradora Base.

Para que un padecimiento sea pagado en ambas pólizas, deberá estar amparado por cada una. En otras palabras, que un padecimiento esté amparado en una de las pólizas no implica que esté amparado en las dos. Por ejemplo:

Padecimiento	Aseguradora Base	Aseguradora complemento
Maternidad	Cubierta hasta \$14,000	Cubierta hasta 15 SMGM
Cirugía Refractiva	Excluida	Amparada
Deportes Amateur	Amparados	Excluidos

Por ello revisaremos a detalle las diferencias para ofrecer una buena combinación y explicarle correctamente al asegurado el alcance de cada una de sus pólizas.

Nivel Hospitalario

Observamos al inicio de cada capítulo por aseguradora, que Aseguradora Base maneja cinco niveles hospitalarios y aunque Aseguradora Complemento tiene también ese número, son diferentes los hospitales asignados en cada uno. En nuestro producto utilizaremos los tres primeros de Aseguradora Base: Plus 360, 270 y 180, mientras que en Aseguradora Complemento nos quedaremos con los niveles 2000, 0 y AA. Para que la cobertura sea coherente se recomiendan las siguientes combinaciones:

Aseguradora Base	Aseguradora Complemento
Plus 360	Base 2000 ó 0
Plus 270	Base 0
Plus 180	Base AA

Es posible contratar alguna combinación diferente, pero se tienen algunas desventajas, en caso de que el asegurado decida atenderse en un hospital que esté ubicado en un plan diferente en cada compañía.

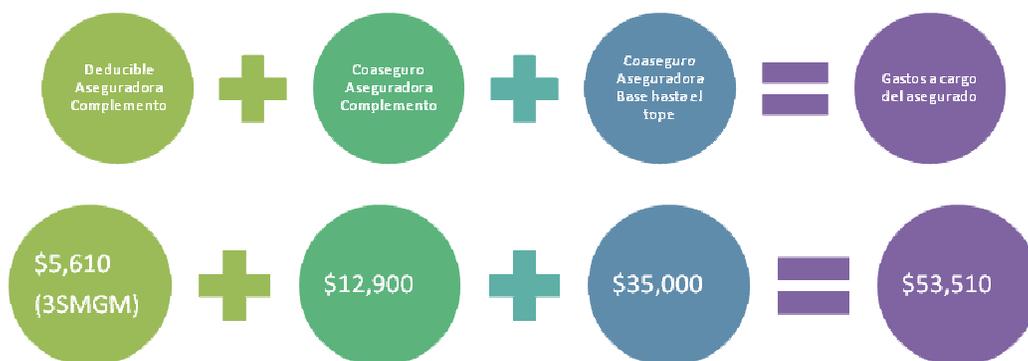
Por ejemplo, supongamos que contrata un Plan Plus 180 y un Plan Base 0. Si un padecimiento lo empezara a atender en el hospital Ángeles del Pedregal, la póliza de Aseguradora Complemento le funcionaría muy bien pues pertenece a su nivel, sin embargo si ese padecimiento agotara la suma asegurada, al utilizar la póliza de Aseguradora Base el asegurado se vería penalizado por 30 puntos de coaseguro o tendría que cambiar de hospital.

Deducible y coaseguro.

El deducible que queda a cargo del asegurado es el contratado en Aseguradora Complemento. El deducible contratado en Aseguradora Base se paga con la suma asegurada de la Aseguradora Complemento, presentando el finiquito de esta última.

En lo que respecta al coaseguro, el asegurado pagará un 10% de todos los gastos que cubra Aseguradora Complemento, y nuevamente pagará coaseguro por el mismo padecimiento al utilizar la póliza de Aseguradora Base, en un 10% y con tope de 35,000 pesos.

Es decir, la participación del asegurado tendrá un máximo de:



Lo anterior considerando que el padecimiento costara más de \$350,000 pesos, se utilice el nivel hospitalario contratado y sin beneficios por pago directo. Los beneficios por utilizar el pago directo y a los prestadores de servicio en convenio, aplican conforme a lo descrito en cada aseguradora.

Tomando en cuenta que habrá padecimientos que no estén cubiertos por ambas aseguradoras, ocurrirá lo siguiente en caso de que se presenten:

Padecimiento cubierto sólo por Aseguradora Base

Quién Paga	Deducible	Coaseguro
Asegurado	Deducible aseguradora base	Coaseguro aseguradora base hasta el tope
Aseguradora Complemento	x	x
Aseguradora Base	Gastos Médicos Mayores que superen Deducible contratado	Coaseguro contratado en exceso del tope

Padecimiento cubierto sólo por Aseguradora Complemento

Quién Paga	Deducible	Coaseguro
Asegurado	Deducible aseguradora complemento Gastos en exceso de la Suma asegurada contratada	Coaseguro aseguradora complemento hasta el tope
Aseguradora Complemento	Gastos Médicos Mayores hasta la Suma asegurada contratada	Coaseguro contratado en exceso del tope
Aseguradora Base	x	x

Coberturas

Honorarios de médicos y enfermeras

Estos se pagan en cada compañía de acuerdo con su tabulador. Dado que Aseguradora Complemento no paga instrumentistas, en caso de existir dicha factura deberá reclamarse en Aseguradora Base.

Es conveniente reclamar la factura del cirujano a la Aseguradora Complemento, lo que se pague a éste se determinará el pago del resto del equipo. Si lo que cobra el cirujano rebasa el límite de Aseguradora Complemento, se puede dividir la factura para que una parte la pague Aseguradora Base, siempre que se haya rebasado el deducible original. De aquí la importancia de no contratar un deducible mayor a 50,000 pesos

Conviene reclamar los honorarios de la enfermera en la Aseguradora Complemento, ya que en Aseguradora Base no se amparan para todos los padecimientos.

Gastos dentro del hospital

La única diferencia es que en Aseguradora Complemento se limita la estancia en el hospital a 180 días, por lo que en caso de un internamiento más prolongado se utilizará la póliza de Aseguradora Base

Gastos Fuera del Hospital

Medicamentos. Lo mejor es reclamarlos en cuanto se empieza a cubrir el padecimiento, en la póliza de Aseguradora Base en farmacias de su red. De esta forma se aprovechará el beneficio de Cero coaseguro. Lo mismo ocurre para *estudios de laboratorio y gabinete.*

Riesgos amparados de forma especial

- ❖ En Aseguradora Base se deberán reclamar los siguientes, ya que no los cubre Aseguradora Complemento:
 - ✓ *Padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia*
 - ✓ *Complicaciones de Gastos médicos mayores no cubiertos.*

Estos conceptos quedan cubiertos para nuestro asegurado, pero con el deducible elegido en Aseguradora Base

- ❖ Por el contrario, las siguientes coberturas sólo se reclamarán en Aseguradora Complemento:
 - ✓ *Cirugía Refractiva*
 - ✓ *Gastos Médicos Menores*
 - ✓ *Vacunas antirrábicas e inmuoalérgicas*
 - ✓ *Óbito*

Los cuales se cubrirán de acuerdo a lo señalado en el Capítulo 2.

❖ Coberturas Complementarias

- ✓ *Emergencia en el extranjero.* Si se contrata en Aseguradora Complemento, la suma asegurada elegida se suma a los 50,000 USD que ya están incluidos en la póliza de Aseguradora Base.
- ✓ *Daño Psiquiátrico* la cobertura que otorga la póliza de Aseguradora Base no opera con deducible ni coaseguro por lo que los 8,000 pesos de suma asegurada se pagan desde que el asegurado requiera de la cobertura.

Se complementa con la póliza de Aseguradora Complemento, ya que cubre hasta 24 consultas con médicos de red y medicamentos, por lo que lo excedente se puede cubrir con Aseguradora Base.

✓ *Parto y Cesárea.*

En Aseguradora Base están cubiertos hasta \$14,000 ó \$12,000 de acuerdo al plan contratado, mientras que Aseguradora Complemento los cubre hasta 15 SMGM (\$28,048).

Dado que el asegurado está pagando la prima correspondiente en cada una de ellas, entonces tendrá el doble beneficio, recibiendo la suma de ambas pólizas, después de haber cumplido el periodo de espera de 10 meses en ambas.

Por ejemplo. Una asegurada que tenga una póliza Plus 270 + póliza en Base 0, tendrá como total para sus gastos por parto normal o cesárea \$14,000+ \$28,048= \$42,048

✓ *Complicaciones del embarazo*

Por parte de Aseguradora Complemento recibirá hasta 65 SMGM (\$121,543). Como la cobertura de Aseguradora Base aplica hasta la suma asegurada de la póliza e inicia después de 35,000 pesos, quedaría a cargo del asegurado el deducible de Aseguradora Complemento (5,609).

Se debe cumplir el periodo de espera de 10 meses en ambas compañías.

✓ *Recién nacido*

El recién nacido cuya madre tenga al menos 10 meses de periodo de espera deberá darse de alta tanto en la póliza de Aseguradora Complemento como en la de Aseguradora Base dentro de los primeros 30 días, para poder gozar de los mismos beneficios que la madre.

✓ *Nariz o Senos paranasales*

A pesar de estar cubierto en ambas compañías, se reclamará dependiendo de la causa y momento de ocurrencia:

Antes de 2 años de cobertura, sólo se ampara en Aseguradora Complemento con coaseguro de 50% y por accidente

Después de 2 años se cubre por accidente y enfermedad en ambas compañías. En Aseguradora Complemento aplica con coaseguro del 50%, por lo que se recomienda reclamarlo en Aseguradora Base en cuanto se rebase el deducible contratado

- ✓ *Trasplante de Órganos.* Se recomienda reclamar en Aseguradora Base ya que en Aseguradora Complemento no se cubren todos los órganos y se encuentra limitada.
- ✓ *Deportes Peligrosos.* Aunque están cubiertos en ambas compañías, en Aseguradora Base se amparan de forma amateur y en Aseguradora Complemento únicamente de forma ocasional.

Periodos de espera

Aseguradora Complemento tiene menos padecimientos con periodo de espera de 2 años y algunos de 1 año tampoco los comparte con Aseguradora Base. Comparando obtenemos:

Padecimiento	Periodo de espera (años)	
	Aseguradora Base	Aseguradora complemento
Tumores	0	1
Lipomas de cualquier región	0	1
Osteoporosis	0	1
Padecimientos Prostáticos	0	2
Rodilla (excepto accidente)	0	2
Hallux Valgus (Juanetes)	0	2
Cáncer	0	2
Columna Vertebral por Accidente	1	0
Insuficiencia venosa, varicocele y várices de los miembros inferiores	1	0
Tratamientos de endometriosis no relacionados con la esterilidad	1	0
Padecimientos de la vesícula y vías biliares	1	0
Litiasis Renal y en vías urinarias	1	1
Padecimientos Ginecológicos	1	2
Columna Vertebral (excepto hernias de disco)	1	2
Padecimientos de las Glándulas Mamarias	2	0
Padecimientos de Nariz por accidente	2	1

Amigdalitis y adenoiditis	2	1
Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto	2	1
Hernias incluyendo las de disco	2	1
Padecimientos de Nariz por enfermedad	2	2
SIDA	4	4

Esta diferencia en los periodos de espera, es una ventaja para el asegurado al obtener lo mejor de cada una. Es importante recordar que lo que no se manifieste antes de cubrir el periodo de espera en Aseguradora Complemento, queda excluido definitivamente y debe reclamarse en Aseguradora Base con el deducible contratado.

Los padecimientos que no tienen periodo de espera en Aseguradora Complemento pero sí en Aseguradora Base, se pueden empezar a reclamar en Aseguradora Complemento y comenzar a hacerlo en Aseguradora Base una vez que se haya cumplido el lapso estipulado.

Exclusiones

En el capítulo 1 para la póliza de Aseguradora Base se señalaron en azul las exclusiones que no comparte con Aseguradora Complemento en las páginas 27 y 28 las cuales en realidad también aplican para esta última, aunque de forma tácita, con excepción de la 8 y la 11 que revisamos en Riesgos amparados de forma especial.

7. Lesiones que sufra el asegurado como resultado de una agravación del riesgo que declaró en su solicitud y que no hayan sido previamente aceptado por la aseguradora.

8. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares, anillos intracorneales.

11. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.

14. Cualquier gasto que no esté expresamente citado como gasto cubierto.

16. Los siguientes medicamentos:

- f) Medicamentos no autorizados para su venta en México.
- g) Medicamentos de acción de terapia celular.

Por su parte, la póliza de Aseguradora Complemento tiene algunas exclusiones que no comparte con Aseguradora Base y por tanto el asegurado tendría que pagar el deducible de \$35,000 para que le sean amparados. Éstos los encontramos diferenciados claramente en el capítulo de la Póliza de Aseguradora Complemento.

Preexistencia, Reconocimiento de antigüedad y Pago de Complementos

Como se definió previamente, la cobertura de cada compañía inicia cuando se contrata la póliza, por lo que cada una tiene una vigencia propia y cualquier padecimiento iniciado con anterioridad a esa fecha se considera como **preexistente y no está cubierto**

Aunque las dos compañías manejan cláusula de **Preexistencia Declarada**, pudiera ocurrir que alguna compañía sí acepte cierto padecimiento y la otra no. Es muy importante informar de esta situación al asegurado.

Aseguradora Base tiene además un **Derecho de Conversión**, para los asegurados que se dan de baja en pólizas de grupo y contratan una póliza individual en la misma compañía. Con esta cobertura, en la póliza individual se cubren algunas preexistencias a su vigencia.

Padecimientos iniciados en otras compañías no son amparados por ninguna de las dos pólizas.

El **reconocimiento de antigüedad**, mediante el cual se eliminan los periodos de espera, puede ser hecho para ambas o alguna de las dos pólizas. Los requisitos son:

Para antigüedad de una póliza individual

Presentar la carátula anterior y comprobante del último pago

Para antigüedad de una póliza de Grupo

Aseguradora Base:

- ✓ Carta de la aseguradora anterior o del contratante de la póliza de grupo donde mencione el tiempo en que mantuvo asegurado a su empleado.
- ✓ Certificado o credencial de la póliza de grupo,

o

- Carta de reconocimiento de antigüedad de la aseguradora anterior

Aseguradora Complemento:

- Carta de reconocimiento de antigüedad de la aseguradora anterior.

En ambos casos, si se trata de otra póliza de la misma compañía, basta con indicar el número de póliza y certificado si proviene de un grupo.

Pago de complementos

Únicamente aplica cuando se utiliza el derecho de conversión de una póliza de grupo de Aseguradora Base a una individual o cuando un siniestro haya nacido durante la cobertura de Aseguradora Base y de Aseguradora Complemento y éstas se sigan renovando.

CAPÍTULO 4

COTIZADOR

El cotizador se encuentra disponible para los agentes en el portal de AARCO:

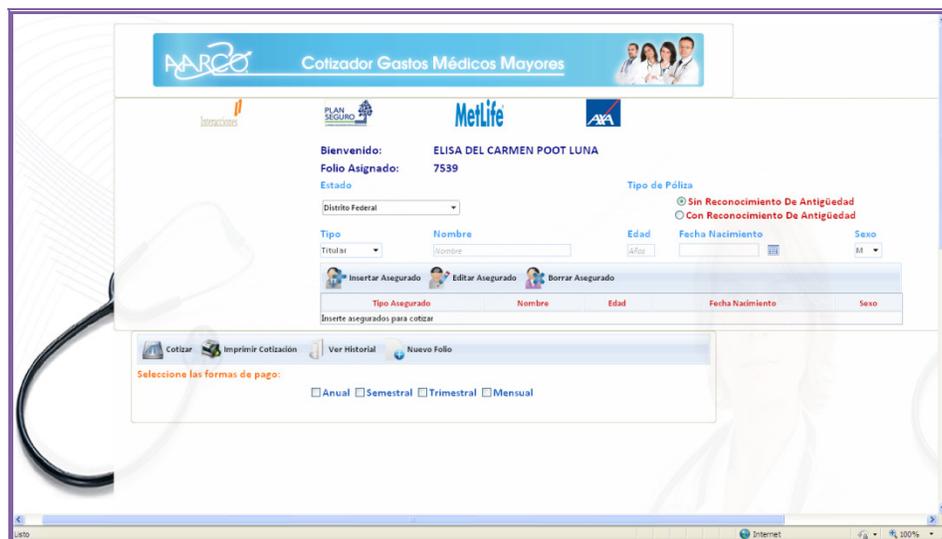
<http://www.aarco.com.mx/>



Al cual se accede con la clave de asociado, que tiene cada uno de los agentes que venden en la promotoría:



Esta es la primer pantalla del cotizador. Muestra el nombre del agente que está ingresando y el número de cotización que se está efectuando.



Los datos que se requerirán para cotizar son:

Datos personales de los asegurados que se van a considerar.

- ✓ Nombre
- ✓ Edad o Fecha de nacimiento
- ✓ Sexo
- ✓ Tipo: El titular es obligatorio, pudiendo incluir a cónyuge e hijos de forma opcional. No hay límite de hijos.

- ✓ Entidad Federativa en donde habita el titular
- ✓ Con o sin reconocimiento de antigüedad. Se elige con antigüedad en caso de que ya exista una póliza actualmente

Y se incluyen uno a uno:

MARCO Cotizador Gastos Médicos Mayores

PLAN SEGURO **MeLife** AXA

Bienvenido: **ELISA DEL CARMEN POOT LUNA**
Folio Asignado: **7539**

Estado: Distrito Federal

Tipo de Póliza:
 Sin Reconocimiento De Antigüedad
 Con Reconocimiento De Antigüedad

Tipo: Hijo (s) | Nombre: EJEMPLO HIJO | Edad: 2 | Fecha Nacimiento: 01/01/2010 | Sexo: M

Insertar Asegurado | Editar Asegurado | Borrar Asegurado | Agregar Plan

Tipo Asegurado	Nombre	Edad	Fecha Nacimiento	Sexo
Titular	EJEMPLO TITULAR	40	01/01/1972	M
Cónyuge	EJEMPLO ESPOSA	38	01/01/1974	F

Cotizar | Imprimir Cotización | Ver Historial | Nuevo Folio

Selección de las formas de pago:
 Anual Semestral Trimestral Mensual

http://web.marco.com.mx/GM/PLEV/CotizadorGM.aspx

Una vez completados los integrantes, se agregan 2 **planes**: Aseguradora Base y Aseguradora Complemento. Un tercer combo nos servirá para conocer el costo de una póliza con deducible bajo en Aseguradora Base.

Bienvenido: ELISA DEL CARMEN POOT LUNA
Folio Asignado: 7539

Estado: Distrito Federal

Tipo de Póliza: Sin Reconocimiento De Antigüedad
 Con Reconocimiento De Antigüedad

Tipo Asegurado	Nombre	Edad	Fecha Nacimiento	Sexo
Titular	EJEMPLO TITULAR	40	01/01/1972	M
Cónyuge	EJEMPLO ESPOSA	38	01/01/1974	F
Hijo (a)	EJEMPLO HIJO	2	01/01/2010	M

Cobertura básica: \$0.00
Cobertura con B.A.: \$0.00

Se elige la combinación que se va a presentar al cliente, como se muestra a continuación:

Tipo Asegurado	Nombre	Edad	Fecha Nacimiento	Sexo
Titular	EJEMPLO TITULAR	40	01/01/1972	M
Cónyuge	EJEMPLO CONYUGE	38	01/01/1974	F
Hijo (a)	EJEMPLO HIJO	2	01/01/2010	M

Plan Seguro	Cobertura básica	Cobertura con B.A.
Ava Plus 360 Sin Limite 5% \$35,422.77	\$22,367.68	\$28,073.49
Plan Seguro Salud Optima Aarco 2000 69 SMGM 3 SMGM 10% 30 SMGM	\$21,509.17	\$22,328.16
Ava Plus 360 Sin Limite 5% \$35,422.77	\$62,468.69	\$66,503.75

Total \$4,918.80 (with Care Deducible)
Total \$706.03 (with Emer. En El Extranjero)
Total \$3,478.50 (with Care Deducible)

En el último paso se solicita imprimir la cotización en un archivo pdf, con la(s) forma(s) de pago que se desea(n) presentar al cliente:

The screenshot displays a web interface for insurance quotes. It features three columns of options, each with a list of coverage items and their respective costs. The interface includes dropdown menus for selecting values and checkboxes for selecting specific coverage options. At the bottom, there are buttons for 'Cotizar', 'Imprimir Cotización', 'Ver Historial', and 'Nuevo Folio', along with a section for selecting payment forms: 'Anual', 'Semestral', 'Trimestral', and 'Mensual'.

Y lo que obtenemos es:

Datos del prospecto

AARCO Propuesta de Seguro de Gastos Médicos Mayores **Coliza MÁTICO**

Tipo Asegurado	Nombre del Asegurado	Edad	Fecha Nacimiento	Sexo
Titular	EJEMPLO TITULAR	40	01/01/1972	Masculino
Cónyuge	EJEMPLO CONYUGE	38	01/01/1974	Femenino
Hijo (a)	EJEMPLO HIJO	2	01/01/2010	Masculino

Aseguradoras, condiciones de los planes y principales hospitales incluidos:

INFORMACIÓN GENERAL	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Plan:	Plus	Salud Óptima Aarco	Plus
Nivel Hospitalario:	360	2000	360
Principales Hospitales:	Hospital ABC; Hospital ABC de Cuajimalpa; Hospital Ángeles De Las Lomas; Hospital Ángeles Del Pedregal; Sports Clinic.	Hospital ABC Observatorio, ABC Santa Fe, Ángeles de las Lomas, Clínica Lomas Altas	Hospital ABC; Hospital ABC de Cuajimalpa; Hospital Ángeles De Las Lomas; Hospital Ángeles Del Pedregal; Sports Clinic.
Suma Asegurada:	Sin Límite	69 SMGM	Sin Límite
Deducible:	35,000	3 SMGM	7,000
Coaseguro:	5%	10%	5%
Honorarios Quirúrgicos:	\$35,422.77	30 SMGM	\$35,422.77
Tope de Coaseguro:	\$25,000.00	40,000 al año	\$25,000.00

Descripción de los principales gastos cubiertos:

PRINCIPALES GASTOS CUBIERTOS	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Gastos por Hospitalización: Habitación Privada Estándar con alimentos, Cama extra para un acompañante, Salas Quirúrgicas y de recuperación, consumo de Oxígeno, Enfermeras	Cubierto hasta GUA	Cubierto hasta GUA	Cubierto hasta GUA
Honorarios Médicos: Cirujano, Anestesiista y Ayudante en intervención quirúrgica. Consultas médicas pre y post operatorias	Cubierto de acuerdo a la Base de Reembolso multiplicada por el % que corresponda a cada procedimiento	Cubierto de acuerdo a la tabla de Honorarios quirúrgicos contratada	Cubierto de acuerdo a la Base de Reembolso multiplicada por el % que corresponda a cada procedimiento
Estudios de Laboratorio y Gabinete necesarios para la detección y tratamiento de un padecimiento cubierto	Cubierto hasta GUA. Sin coaseguro con la red de Axa y coaseguro de 35% fuera de la red	Cubiertos hasta GUA con el coaseguro contratado	Cubierto hasta GUA. Sin coaseguro con la red de Axa y coaseguro de 35% fuera de la red
Medicamentos fuera y dentro del hospital, requeridos para el tratamiento de un padecimiento cubierto	Cubierto hasta GUA. Sin coaseguro con la red de Axa y coaseguro de 35% fuera de la red	Cubiertos hasta GUA con el coaseguro contratado	Cubierto hasta GUA. Sin coaseguro con la red de Axa y coaseguro de 35% fuera de la red

Principales padecimientos con periodo de espera:

PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Hernias	2 años	1 año	2 años
Padecimientos Ginecológicos	1 año	2 años	1 año
Glándulas Mamarias	2 años	2 años	2 años
Várices	1 año	1 año	1 año
Amígdalas	2 años	1 año	2 años
Enfermedades Gástricas	Sin Periodo	1 año	Sin Periodo
Hemorroides	2 años	1 año	2 años
Cataratas	Sin Periodo	2 años	Sin Periodo
Cálculos Renales	1 año	1 año	1 año
Nariz y senos paranasales	2 años	1 año	2 años
Columna Vertebral	1 año	2 años	1 año
Vesícula	1 año	1 año	1 año
Cáncer	Sin Periodo	2 años	Sin Periodo
Juanetes	Sin Periodo	1 año	Sin Periodo

Principales exclusiones

 **PRINCIPALES EXCLUSIONES**

Padecimientos preexistentes	Excluido	Excluido	Excluido
Procedimientos voluntarios	Excluido	Excluido	Excluido
Tratamientos Preventivos	Excluido	Excluido	Excluido
Estrabismo	Cubierto	Excluido	Cubierto
Aparatos auditivos	Excluido	Excluido	Excluido
Zapatos Ortopédicos	Excluido	Excluido	Excluido
Check Up	Excluido	Cubierto	Excluido
Tratamientos Psiquiátricos	Excluido	Excluido	Excluido
Lesiones autoinflingidas	Excluido	Excluido	Excluido
Xifosis, Lordosis y Escoliosis	Cubierto	Cubierto	Cubierto
Enfermería extra durante la hospitalización	Cubierto	Excluido	Cubierto
Diástasis de músculos rectos abdominales	Cubierto	Excluido	Cubierto
Complementos vitamínicos	Excluido	Excluido	Excluido

Costos según forma de pago

 **FORMAS DE PAGO**

Anual:	\$28,073.49	\$22,328.16	\$66,503.75
Semestral			
Primer Pago:	\$15,262.03	\$12,110.38	\$35,437.92
Subsecuentes(1):	\$14,160.03	\$11,293.33	\$34,335.92
Prima Total	\$29,422.06	\$23,403.72	\$69,773.84
Trimestral			
Primer Pago:	\$8,350.59	\$6,732.60	\$18,678.72
Subsecuentes(3):	\$7,248.59	\$5,915.56	\$17,576.72
Prima Total	\$30,096.35	\$24,479.27	\$71,408.88
Mensual			
Primer Pago:	\$3,551.91	\$2,878.53	\$7,042.66
Subsecuentes(11):	\$2,449.91	\$2,061.48	\$5,940.66
Prima Total	\$30,500.92	\$25,554.83	\$72,389.91

Coberturas adicionales elegidas por plan:

 **COBERTURAS ADICIONALES**

	Opción 1
DEDUCIBLE O X ACCIDENTE Y MUERTE ACCIDENTAL	
Eliminación del deducible en caso de accidente siempre que los gastos rebasen \$1,000.00 por evento. \$50,000 de suma asegurada por muerte accidental a asegurados mayores a 12 años.	
CLIENTE ESPECIAL	
Ofrece las siguientes coberturas: 1,000,000 USD para enfermedades catastróficas en el extranjero, Ambulancia por emergencia, Segunda opinión médica intencional, Cuarto hospital tipo suite, Consulta domiciliaria por \$150 Paquete de admisión hospitalaria y Asistencia médica telefónica en viaje	
	Opción 2
COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	
El asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico. Suma asegurada: 50,000 USD. Deducible: el equivalente en moneda nacional a 50 USD. Coaseguro: no aplica	
	Opción 3
DEDUCIBLE O X ACCIDENTE Y MUERTE ACCIDENTAL	
Eliminación del deducible en caso de accidente siempre que los gastos rebasen \$1,000.00 por evento. \$50,000 de suma asegurada por muerte accidental a asegurados mayores a 12 años.	
CLIENTE ESPECIAL	
Ofrece las siguientes coberturas: 1,000,000 USD para enfermedades catastróficas en el extranjero, Ambulancia por emergencia, Segunda opinión médica intencional, Cuarto hospital tipo suite, Consulta domiciliaria por \$150 Paquete de admisión hospitalaria y Asistencia médica telefónica en viaje	

Consultar anexo para ver el archivo completo.

En el ejemplo observamos claramente el ahorro para el prospecto:

- a) Comprando una póliza de Aseguradora Base, en nivel alto con deducible de 7,000 pesos pagaría esta familia una prima anual de \$66,503
- b) Comprando una póliza de Aseguradora Base con deducible de 35,000 pesos y una de Aseguradora Complemento con deducible de 3 SMGM pagaría la misma familia una prima total anual de $28,073 + 22,328 = 50,401$

El ahorro anual es de \$16,102 que representa un 24% y la protección es superior como vimos a lo largo del capítulo 3.

Podemos ofrecer también un plan de nivel medio:

Tipo Asegurado	Nombre	Edad	Fecha Nacimiento	Sexo
Titular	EJEMPLO TITULAR	40	01/01/1972	M
Cónyuge	EJEMPLO CONYUGE	38	01/01/1974	F
Hijo (a)	EJEMPLO HIJO	2	01/01/2010	M

Plan	Cobertura básica	Cobertura con B.A.
Plan Seguro (Axa)	\$14,422.27	\$20,128.08
Salud Óptima Arco (AA)	\$14,964.47	\$14,964.47
Plan Seguro (Axa) + Complemento	\$39,540.50	\$43,575.56

Beneficio	Costo
Tradicional	\$0.00
Vida En Vida	\$0.00
Ext. Cobertura	\$0.00
<input checked="" type="checkbox"/> Cero Deducible	\$2,518.80
<input checked="" type="checkbox"/> Cliente Especial	\$2,400.00
HIC Tabla	\$0.00
Dinero Efectivo	\$0.00
P.Beneficios Adicionales	\$0.00
CAME	\$0.00
ELITE	\$0.00
Protección Dental Integral	\$0.00

Con esas condiciones, en lugar de pagar \$43,575 por la póliza de Aseguradora Base, se estarían pagando $20,128 + 14,964 = 35,092$, lo que representa un ahorro de \$8,483 al año. Esto es, un 19% de ahorro

Por ser un cotizador completamente flexible, nos permite también mostrar otras opciones.

Por ejemplo: coaseguro de 10% o con deducibles de 50,000 ó 75,000

The screenshot displays a web-based insurance quote tool with four columns representing different plan options. Each column includes a dropdown menu for the insurer (Axa), a plan name (e.g., Plan Seguro, Salud Optima Aarco), a deductible amount (e.g., 180, Sin Limite), a co-insurance percentage (10%), and a total cost. Below these are detailed breakdowns of coverage types and their costs, along with a list of optional add-ons like 'Cliente Especial', 'CAME', and 'ELITE'.

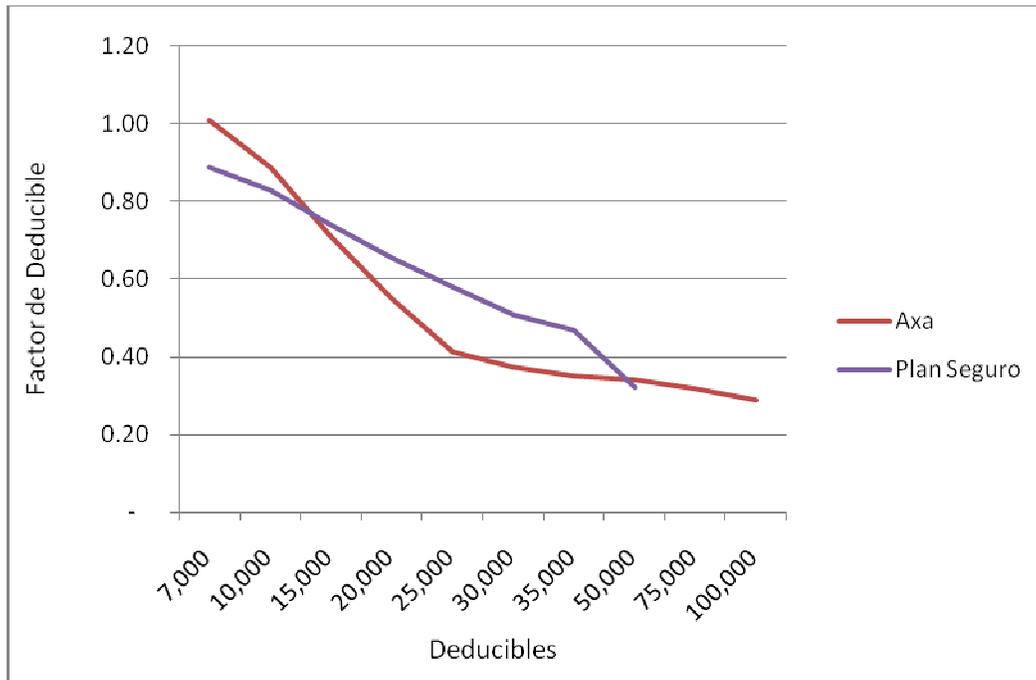
Column 1	Column 2	Column 3	Column 4
Axa Plus 180 Sin Limite 35,000 10% \$27,247.08	Plan Seguro Salud Optima Aarco AA 69 SMGM 3 SMGM 10% 21 SMGM	Axa Plus 180 Sin Limite 50,000 10% \$27,247.08	Axa Plus 180 Sin Limite 75,000 10% \$27,247.08
Cobertura básica: \$13,668.29 Cobertura con B.A.: \$19,374.10	Cobertura básica: \$14,964.47 Cobertura con B.A.: \$14,964.47	Cobertura básica: \$13,309.26 Cobertura con B.A.: \$16,093.26	Cobertura básica: \$12,539.12 Cobertura con B.A.: \$15,323.12
<input type="checkbox"/> Tradicional \$0.00 <input type="checkbox"/> Vida En Vida \$0.00 <input type="checkbox"/> Ext. Cobertura \$0.00 <input checked="" type="checkbox"/> Cero Deducible \$2,516.80 <input checked="" type="checkbox"/> Cliente Especial \$2,400.00 <input type="checkbox"/> INC Tabla \$0.00 <input type="checkbox"/> Dinero Efectivo \$0.00 <input type="checkbox"/> P.Beneficios Adicionales \$0.00 <input type="checkbox"/> CAME \$0.00 <input type="checkbox"/> ELITE \$0.00 <input type="checkbox"/> Protección Dental Integral \$0.00 Total \$4,916.80 Total BA con Iva \$5,705.81	<input type="checkbox"/> Emer. En El Extranjero \$0.00 <input type="checkbox"/> Cobertura Dental \$0.00 <input type="checkbox"/> Cob. En El Extranjero \$0.00 Total \$0.00 Total BA con Iva \$0.00	<input type="checkbox"/> Tradicional \$0.00 <input type="checkbox"/> Vida En Vida \$0.00 <input type="checkbox"/> Ext. Cobertura \$0.00 <input type="checkbox"/> Cero Deducible \$0.00 <input checked="" type="checkbox"/> Cliente Especial \$2,400.00 <input type="checkbox"/> INC Tabla \$0.00 <input type="checkbox"/> Dinero Efectivo \$0.00 <input type="checkbox"/> P.Beneficios Adicionales \$0.00 <input type="checkbox"/> CAME \$0.00 <input type="checkbox"/> ELITE \$0.00 <input type="checkbox"/> Protección Dental Integral \$0.00 Total \$2,400.00 Total BA con Iva \$2,784.00	<input type="checkbox"/> Tradicional \$0.00 <input type="checkbox"/> Vida En Vida \$0.00 <input type="checkbox"/> Ext. Cobertura \$0.00 <input type="checkbox"/> Cero Deducible \$0.00 <input checked="" type="checkbox"/> Cliente Especial \$2,400.00 <input type="checkbox"/> INC Tabla \$0.00 <input type="checkbox"/> Dinero Efectivo \$0.00 <input type="checkbox"/> P.Beneficios Adicionales \$0.00 <input type="checkbox"/> CAME \$0.00 <input type="checkbox"/> ELITE \$0.00 <input type="checkbox"/> Protección Dental Integral \$0.00 Total \$2,400.00 Total BA con Iva \$2,784.00

At the bottom of the interface, there are navigation buttons: 'Cotizar', 'Imprimir Cotizacion', 'Ver Historial', and 'Nuevo Folio'. The system tray shows 'Listo' and 'Internet'.

Metodología y Recursos empleados

Para la elaboración de este trabajo fue necesario revisar a detalle las condiciones generales, planes y costos de cada aseguradora, con la finalidad de definir si convendría a los clientes hacer la combinación.

Se hizo un estudio de los deducibles de Aseguradora Base vs los de Aseguradora Complemento y resultó un importante ahorro al incrementar el deducible hasta 35,000 pesos como se muestra en la siguiente gráfica. Tomé como base el deducible mínimo de Aseguradora Base:



La tabla de equivalencias de deducibles quedó así, considerando que el máximo en Aseguradora Complemento es de 34.1 SMGM (\$64,328)

Deducible Axa	Equivalente Plan Seguro
7,000	7,106
10,000	10,285
15,000	15,708
20,000	20,009
25,000	25,619
30,000	32,164
35,000	35,717
50,000	53,482
75,000	64,328
100,000	64,328

Así mismo, resulta económico reducir el deducible en Aseguradora Complemento, para asegurados que no quieran pagar el deducible de 7,000 pesos:

Deducible	Costo adicional	Deducible	Costo adicional
1,496	12.6%	3,366	8.2%
1,870	11.7%	3,553	7.8%
2,057	11.3%	3,740	7.4%
2,244	10.8%	4,301	6.1%
2,431	10.4%	4,675	5.3%
2,618	10.0%	5,610	3.2%
2,805	9.5%	5,797	2.8%
2,992	9.1%	6,545	1.2%
3,179	8.7%		

Finalmente se comparó contra el mercado:

Familia Ejemplo: Titular 40 Masculino

Cónyuge 38 Femenino
Hijo 2 Masculino

Con un deducible bajo ahorrarían:

Aseguradora	Aseguradora Base	Aseguradora 2	Aseguradora 3	COMBO
NIVEL HOSPITALARIO	Alto	Alto	Alto	Alto
Deducible	7,000	7,000	8,000	7,106
Coaseguro	10%	10%	10%	10%
Eliminación de deducible por accidente	SI	SI	SI	SI
Emergencia en el extranjero	SI	SI	SI	SI

Prima total anual	\$ 60,246.00	\$ 73,227.59	\$ 75,857.00	\$ 45,878.00
Ahorro	24%	37%	40%	

Si compararan con deducibles altos obtendrían:

Aseguradora	Aseguradora Base	Aseguradora 2	Aseguradora 3	COMBO
Deducible	25,000	25,000	27,000	24,310

Prima total anual	\$ 27,132.00	\$ 53,365.00	\$ 29,484.00	\$ 40,433.00
Ahorro	-49%	24%	-37%	

Para lo cual Aseguradora Base ya es muy competitiva por sí sola, pero se pueden mejorar las condiciones con la combinación de planes y aún así no se rebasa el costo de otras compañías. Por ejemplo, la cobertura de Maternidad, que quedó así:

Cobertura Maternidad				
Aseguradora	Aseguradora Base	Aseguradora 2	Aseguradora 3	COMBO
Suma asegurada	14,000	37,200	27,000*	42,048

* Suma para los 2 primeros años. En el tercero sube a 35,00 y a partir del cuarto Sin límite

Al comprobar que era una buena opción para un cliente con un nivel de ingresos medio, procedí a consultar a la fuerza de ventas para conocer su opinión y disposición para vender ambas pólizas.

La fuerza de ventas estuvo de acuerdo, por lo que fue necesario encontrar la forma de difundir la nueva estrategia.

Elaboré el cotizador web con la colaboración del área de sistemas de la Promotoría.

Solicité las tarifas a cada una de las aseguradoras involucradas, definí el algoritmo de cálculo para la cobertura básica, involucrando factores de nivel hospitalario, suma asegurada, deducible, coaseguro y honorarios, de forma que el cotizador fuera completamente flexible. De la misma forma incluí las coberturas adicionales.

La programación corrió a cargo del área de sistemas.

El área de Mercadotecnia por su parte elaboró el diseño para presentar al cliente y me encargué de proporcionar la información necesaria: planes, hospitales contenidos en cada uno, periodos de espera, exclusiones, etc, para los textos que se muestran en la cotización final.

Una vez que contamos con la herramienta de cotización, elaboré el comparativo entre

condiciones que se mostró en el capítulo 3 de este trabajo. Dicho comparativo sirve al agente de ventas para conocer las ventajas y desventajas de cada póliza, pudiendo así transmitirlo durante la entrevista con sus clientes.

En el anexo se encuentra el material con que cuenta la fuerza de ventas para el cierre de la venta: cuadros de consulta rápida y la solicitud que deberá llenar el futuro asegurado.

Resultados obtenidos

Se ha diseñado una combinación única entre productos ya existentes en el mercado, que proveen al agente de seguros de una herramienta alternativa cuando le es difícil colocar una póliza de Gastos médicos de alto costo.

Al plasmar la información presentada en este trabajo, hemos logrado un manual sencillo y práctico que servirá como guía para el conocimiento y venta del seguro.

El cliente obtendrá una mejor protección que si tuviera una sola póliza.

Además, es una excelente opción para clientes que nos están comparando con otras aseguradoras y los costos de Aseguradora Base resultan más altos.

Conclusiones

La participación del actuario dentro del amplio campo de los seguros, no se limita a elaborar notas técnicas o realizar cálculos de reservas. Dentro del ámbito de la comercialización de los seguros, participamos activamente al cotizar y diseñar estrategias de ventas, como la que presentamos en este escrito.

Laborar en una promotoría de seguros, que vende diversos ramos y marcas, nos provee de una amplia visión del mercado de seguros, permitiéndonos conocer a fondo los productos que vendemos y aterrizarlos en la realidad.

Conocer completamente el ciclo del seguro: cotización, emisión, cobranza, siniestros nos brinda el expertis en los seguros de gastos médicos (por ejemplo) y ello nos da la posibilidad de asesorar y capacitar a los agentes de ventas con una amplia gama de opciones.

Al finalizar este reporte, me siento muy satisfecha de tener la oportunidad de mostrar una pequeña parte de lo que hago a diario.

BIBLIOGRAFIA

- *Condiciones Generales Aseguradora Base Plus*
- *Condiciones Generales Aseguradora Complemento Salud Óptima Colectivo*
- *Gastos Médicos Mayores en México. Pasado, Presente y Futuro*,
Dr. Federico Gerzso Rivera. Editorial Prado

Comparativo Red Hospitalaria DF y Área Metropolitana

Hospital	Aseguradora Base	Aseguradora Complemento
Hospital ABC	360	2000
Hospital ABC Santa Fe	360	2000
Hospital Ángeles de las Lomas	360	2000
Hospital Ángeles del Pedregal	360	0
Sedna Hospital	360	0
Lomas Sport Clinic	360	AA
WTC Sport Clinic	360	AA
Hospital Ángeles Lindavista	270	0
Hospital Español México	270	0
Médica Sur	270	0
Clínica Ángeles Londres	270	AA
Sanatorio Durango	270	AA
Hospital Ángeles Mocel	270	AA
Hospital Ciudad Satélite	270	AA
Hospital HMG Coyoacán	180	0
Hospital Ángeles Metropolitano	180	0
Hospital San Ángel Inn	180	AA
Hospital Infantil Privado	180	AA
Centro Médico Dalinde	180	AA
Hospital San Ángel Inn Chapultepec	180	AA
Hospital Santa Fe	180	AA
Médica San Luis	180	AA
Hospital Ángeles México	180	AA
Hospital Santa Mónica	180	AA
Láser Ocular Lomas	180	AA
Hospital San José Satélite	180	AA
Hospital Santelena	180	
Hospital Guadalupe	180	
Hospital Santa Teresa	180	
Instituto nacional de enfermedades respiratorias	90	0
Hospital María José	90	AA
Sanatorio Oftalmológico Mérida	90	AA
Sanatorio Trinidad	90	AA
Oftalmológica Sur	90	AA
Hospital Los Cedros	90	A
Médica Londres	90	A
Hospital CAMI	90	A
Fundación de asistencia privada Conde de Valencia	90	
Cirugía del Valle	90	

Instituto Médico de la Visión	90	
Hospital Merlos	90	
Hospital Médica Integra	90	
VisionCare	90	
Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición	90	
Instituto nacional de neurología	90	
Acierta Salud		2000
Clínica Lomas Altas		2000
Instituto nacional de cardiología		0
Clínica Zuri		0
Centro de continencia y urología		AA
Centro médico Tíber		AA
Hospital Ángeles Roma		AA
Hospital Mig		AA
Hospital San Patricio		AA
Hospital Santa Coleta		AA
Hospital Tlalpan		AA
Clínica Santa Rosa		A
Sanatorio San Felipe		B

