MediAccess® Seguros de Salud

Solicitud Individual

Fecha (dd/mm/aaaa):

Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9
Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX.

Nota: El presente formato tiene vigencia de 30 días naturales a partir de su fecha de llenado.

Esta solicitud y/o entrevista del cliente deberá ser llenada en su totalidad por el contratante y/o solicitante titular a una sola tinta y no deberá tener abreviaturas, tachaduras, enmendaduras y/o correcciones.

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

☐ Nueva *Los clientes nuevos deberán llenar en su totalidad de las Secciones I a IX.

☐ Renovación No. de Póliza anterior: _____

En caso de renovación:

☐ Si deseo modificar las condiciones de la póliza con vigencia anterior que contraté con MediAccess.
*En este caso se deberá llenar Secciones de I a III y de VI a IX.

☐ No deseo modificar las condiciones de la póliza con vigencia anterior que contraté con MediAccess.
*En este caso se deberá llenar Secciones de I a III y de VII a IX.

☐ Actualización de datos del contratante Número de Póliza: _____
*En caso de actualización llenar Secciones de I a II y de VII a IX

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA FÍSICA

Nombre (s):	Apellido paterno:	Apellido materno:
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino	
CURP:	País de nacimiento:	
Entidad federativa de nacimiento:	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):	
RFC (con homoclave si cuenta con ella):	Nacionalidad:	
Ocupación:	Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA MORAL , INSTITUCIÓN PÚBLICA O FIDUCIARIA

Denominación o razón social:			
Fecha de constitución (dd/mm/aaaa):	Folio mercantil:	RFC con homoclave:	
Giro mercantil u objeto social:	Número de serie de la firma electrónica avanzada:		
Nacionalidad:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Nombre del representante legal:			

Domicilio de la persona física o moral (éste será el utilizado en su factura, en caso de requerirla)

Calle:	No. Exterior:	No.Interior:	Colonia:
Código postal:	Alcaldía o municipio:	Estado:	

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

a) Persona políticamente expuesta

¿Usted desempeña o ha desempeñado en el último año algún cargo público?	☐ Sí ☐ No	¿Cuál?
¿Es usted cónyuge o familiar de algún funcionario Público?	☐ Sí ☐ No	¿De quién?

b) Origen de recursos (fuente de ingresos)

☐ Salario ☐ Honorarios ☐ Comisiones ☐ Regalías ☐ Negocio Propio ☐ Otro Especifique:

c) Propietario real (exclusivo para personas físicas)

Manifiesto que actúo: ☐ En nombre propio ☐ Por cuenta de otra persona (un tercero)

Es necesario completar esta sección, según corresponda, con los datos del tercero especificado anteriormente:

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):	
Domicilio particular:		Teléfono:	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	País y entidad de nacimiento:	Nacionalidad:	
RFC:	CURP:	Ocupación / profesión actual:	
Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella):		Correo electrónico:	

***Propietario Real: Cuando el cliente actúa en nombre de un tercero, y éste sin ser cliente o beneficiario aprovecha los beneficios o dispone de los recursos (el verdadero dueño de los recursos); también comprende a las personas que ejerzan el Control sobre las personas morales.**

SECCIÓN III. DATOS DE LOS TITULARES Y/O SOLICITANTES DISTINTOS AL CONTRATANTE

Nota: En caso de tener más solicitantes, requiera a su agente de seguro el anexo complementario respectivo. En caso de fideicomisos solicitar el formato correspondiente.

Favor de requisitar la información solicitada como se indica *Llenar si se cuenta con ello

Solicitantes	Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco con el titular
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

Solicitantes	Nacionalidad	País de nacimiento	Entidad de nacimiento	Estado civil*	Ocupación / Profesión
Titular					
Solicitante 2					
Solicitante 3					
Solicitante 4					
Solicitante 5					

Solicitantes	CURP	RFC	Número de serie de la firma electrónica avanzada (si cuenta con ella)
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

☐ Manifiesto que el domicilio de los titulares y/o solicitantes es el mismo del contratante (cliente), salvo aviso por escrito de los mismos.

Solicitantes	Domicilio	Correo electrónico
Titular		
Solicitante 2		
Solicitante 3		
Solicitante 4		
Solicitante 5		

SECCIÓN IV. CUESTIONARIO MÉDICO, OCUPACIONAL Y DE HÁBITOS

No es necesario llenar esta sección en renovaciones y actualizaciones, únicamente llenarla en alta de nuevos y/o solicitantes. Deberá adjuntar al presente la documentación necesaria para el reconocimiento de su antigüedad.

Cuestionario general de hábitos (aplica para la persona titular y solicitantes)

Solicitantes	¿Fuma o ha fumado?		Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Año de inicio / año de fin	Cantidad y Frecuencia (diaria, semanal o mensual)
Titular	☐ Sí	☐ No			☐ Sí	☐ No		
Solicitante 2	☐ Sí	☐ No			☐ Sí	☐ No		
Solicitante 3	☐ Sí	☐ No			☐ Sí	☐ No		
Solicitante 4	☐ Sí	☐ No			☐ Sí	☐ No		
Solicitante 5	☐ Sí	☐ No			☐ Sí	☐ No		

Solicitantes	¿Consume o ha consumido algún tipo de droga?		En caso de respuesta afirmativa indique cual	Año de inicio / año de fin	Cantidad y frecuencia (diario, semanal o mensual)
Titular	☐ Sí	☐ No			
Solicitante 2	☐ Sí	☐ No			
Solicitante 3	☐ Sí	☐ No			
Solicitante 4	☐ Sí	☐ No			
Solicitante 5	☐ Sí	☐ No			

Solicitantes	Estatura	Sexo	Peso	Lugar de trabajo (oficina, planta, obra,etc.)
Titular				
Solicitante 2				
Solicitante 3				
Solicitante 4				
Solicitante 5				

Cuestionario de exposición al riesgo (aplica para la persona titular y solicitantes)		
1. ¿Algún solicitante opera maquinaria pesada?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Algún solicitante trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos, sustancias radioactivas, fertilizantes, pesticidas,herbicidas,etc?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Algún solicitante utiliza motocicleta o algún otro vehículo diferente al automóvil?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Algún solicitante está expuesto a situaciones peligrosas o de alto riesgo?	☐ Sí	☐ No
5. ¿Algún solicitante visita o asiste a obras, construcciones o realiza actividades a una altura mayor de 1.80 metros medidos?	☐ Sí	☐ No
6. ¿Algún solicitante utiliza, maneja, o su trabajo está relacionado con la utilización o portación de armas de fuego, seguridad o rescate?	☐ Sí	☐ No
7. ¿Algún solicitante realiza actividades políticas o en el medio artístico?	☐ Sí	☐ No
8. ¿Algún solicitante vuela aeronaves o líneas particulares?	☐ Sí	☐ No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente:

No. Solicitante	No. de pregunta	Describa la frecuencia (diario, semanal o mensual) y actividad a detalle, en caso de utilizar algún aparato o vehículo para la realización de la actividad y/o lugar, indique las características del mismo.

Antecedentes familiares (aplica para la persona titular y solicitantes)		
¿Para alguno de los solicitantes, sus padres o hermanos padecen o han padecido afecciones renales, diabetes mellitus, hipertensión arterial, afecciones cardiacas, cáncer, tumoraciones de cualquier tipo u otra enfermedad no descrita anteriormente?	☐ Sí	☐ No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta anterior especificar lo siguiente:

No. Solicitante	Parentesco	Enfermedades	Estado actual de salud

Cuestionario médico (Aplica para la persona titular y solicitantes)		
1.- ¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: neurológicas y/o cerebrovasculares entre ellos hemorragia o derrame cerebral, infarto, isquemia o embolia cerebral, esclerosis múltiple; lupus eritematoso; endocrinológicas o metabólicas como diabetes mellitus, tiroides, colesterol y/o triglicéridos altos, obesidad; oculares como miopía, astigmatismo, hipermetropía, cataratas, glaucoma; del aparato respiratorio, nariz, senos paranasales, sinusitis, enfisema pulmonar, dificultad respiraroria, asma, bronquitis?	☐ Sí	☐ No
2.-¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: cardiovasculares incluyendo angina de pecho, arritmias, infartos, colocación de stent, embolias, trombosis o várices; del aparato digestivo, afecciones del esófago, hernia hiatal, úlcera gástrica, úlcera duodenal, de vesícula incluyendo piedras, afecciones hepáticas como cirrosis, insuficiencia hepática, hepatitis B, hepatitis C, colitis o colon irritable?	☐ Sí	☐ No
3.-¿Padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: del aparato genitourinario, renales (entre ellos insuficiencia renal de cualquier tipo), cálculos o piedras en el riñón o vías urinarias, de la próstata, miomatosis uterina, quistes ováricos, de los huesos y/o articulaciones, artritis reumatoides, artrosis, osteoporosis, de la columna vertebral (incluyendo deformaciones), hipertensión arterial (presión arterial alta), cáncer, linfomas, leucemia, tumoraciones de cualquier tipo, hernias de cualquier tipo, VIH, SIDA o seropositivo al VIH?	☐ Sí	☐ No
4.- ¿Padece o ha padecido algún accidente, enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas 1, 2 y 3?	☐ Sí	☐ No
5.- ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	☐ Sí	☐ No
6.- ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, hospitalización, estudios de laboratorio y/o gabinete por cualquier causa, incluyendo cesárea u otras?	☐ Sí	☐ No

7.- ¿Practica algún deporte?	☐ Sí	☐ No
7a.- Especificar tipo de deporte, frecuencia y si su práctica es amateur o profesional:_____		
8.- Actualmente cuenta con algún tipo de manejo o tratamiento médico de manera periódica, por intervalos de tiempo, o de manera ocasional derivado de:		
8a. Afecciones de los huesos y/o articulaciones como artritis, rodillas, columna vertebral, osteoporosis.	☐ Sí	☐ No
8b. Afecciones del corazón, pulmones, bronquios o del aparato respiratorio incluyendo dificultad respiratoria e infartos.	☐ Sí	☐ No
8c. Debilidad, fatiga o dificultar para moverse o caminar.	☐ Sí	☐ No
8d. Uso de Insulina o control por diabetes mellitus, colestereol, trigliceridos, ácido úrico elevados.	☐ Sí	☐ No
8e. Problemas del riñón como piedras, insuficiencia renal entre otros.	☐ Sí	☐ No
8f. Sangrados de cualquier parte del cuerpo.	☐ Sí	☐ No
8g. Cualquier otra afección o enfermedad no mencionada con anterioridad.	☐ Sí	☐ No
Exclusivo Mujeres		
9.-¿Ha necesitado atención médica y/o quirúrgica por afecciones en las glándulas mamarias, ovarios, útero (matriz) o por trastornos en la menstruación?	☐ Sí	☐ No
10.-¿Ha presentado complicaciones durante el embarazo?	☐ Sí	☐ No
11.-¿Está embarazada actualmente?, en caso de repuesta afirmativa indicar tiempo (meses) de embarazo.	☐ Sí	☐ No
11a.- Fecha de última menstruación:		

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta (de la 1 a la 11), especifique lo siguiente:

No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indicar enfermedad, accidente o padecimiento, fecha de inicio de los síntomas, fecha de diagnóstico médico, tratamiento establecido, estado actual o demás información relevante.

CUESTIONARIO INGRESO COVID-19

1.- Presenta o ha presentado los siguientes síntomas en los últimos 15 días:	☐ Sí	☐ No
a. ¿Fiebre mayor o igual a 38°C?	☐ Sí	☐ No
b. ¿Pérdida o aumento repentino del olfato y/o del gusto?	☐ Sí	☐ No
c. ¿Tos, o sí esta ha empeorado recientemente?	☐ Sí	☐ No
d. ¿Problemas al respirar o le falta el aire?	☐ Sí	☐ No
e. ¿Dolor de garganta?	☐ Sí	☐ No
f. ¿Secreción o congestión nasal por causa desconocida?	☐ Sí	☐ No
g. ¿Diarrea de causa desconocida?	☐ Sí	☐ No
h. ¿Fatiga o cansancio, inusualmente intenso?	☐ Sí	☐ No
i. ¿Pérdida significativa de apetito?	☐ Sí	☐ No
j. ¿Dolores musculares y/o articulares generalizados inusuales o sin razón obvia (no relacionado con el esfuerzo físico)?	☐ Sí	☐ No
k. ¿Dolor de cabeza inusual?	☐ Sí	☐ No
l. ¿Ha tenido contacto con alguien que ha presentado Covid-19? Con prueba positiva para Covid-19.	☐ Sí	☐ No

En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta, especifique lo siguiente:

No. de Solicitante	No. de Pregunta	Indique: fechas inicio y término, tratamiento, estado actual, recaída, complicaciones, secuelas y demás información relevante.

SECCIÓN V. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

En caso de requerir reconocimiento de antigüedad por parte de MediAccess favor de llenar la información que se pide a continuación:

	Día/Mes/Año	Número de póliza	Compañía
Titular			
Solicitante 2			
Solicitante 3			
Solicitante 4			
Solicitante 5			

SECCIÓN VI. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SOLICITADO

Plan	Copago Consultas	Copago Urgencias	Opciones de Copago para Hospitalización y Maternidad	Suma Asegurada Maternidad	Emergencia en el Extranjero
☐ Bronce	$300	10%	☐ $8,000 ☐ $12,000 ☐ $20,000 ☐ $40,000 ☐ $11,000 ☐ $15,000 ☐ $30,000 ☐ $50,000	$40,000	Suma Asegurada: US $300,000 copago US $50
☐ Plata			☐ $9,000 ☐ $15,000 ☐ $30,000 ☐ $50,000 ☐ $12,000 ☐ $20,000 ☐ $40,000	$75,000	
☐ Oro			☐ $11,000 ☐ $15,000 ☐ $30,000 ☐ $50,000 ☐ $13,000 ☐ $20,000 ☐ $40,000	$100,000	

Suma Asegurada	Coberturas Adicionales		
☐ $1,000,0000 ☐ $10,000,0000 ☐ $2,500,0000 ☐ $15,000,0000 ☐ $5,000,0000 ☐ $30,000,0000 ☐ Sin Límite	Medicamentos ☐ Si ☐ No		☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50%
	Apoyos de diagnóstico ☐ Si ☐ No		☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50%
	Servicios no hospitalarios ☐ Si ☐ No Órtesis, prótesis y endoprótesis, Cámara hiperbárica y Suministro de oxígeno		☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50%
	Odontología ☐ Si ☐ No		☐ 20%

Nota: los parámetros elegidos en este apartado deberán coincidir con la cotización realizada, en caso de no coincidir, se otorgará la opción más cercana a dicho valor y el costo del seguro podrá variar.

SECCIÓN VII. FORMA DE PAGO

¿Cuál será la periodicidad del pago? ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual Monto:

Método de pago: ☐ Transferencia de cuenta del cliente ☐ Pago con tarjeta de crédito y/o débito ☐ Transferencia o cheque de cuenta de un tercero
☐ Cheque de cuenta del cliente ☐ En efectivo

En caso de pagos en parcialidades con tarjeta de crédito o débito, llenar la "Autorización para Cargos Recurrentes" (solicitelo a su agente)

— Declaro bajo protesta de decir la verdad que los valores entregados a MediAccess por concepto de pago de prima o los que resultaren de su aplicación, tienen origen lícito.

SECCIÓN VIII. AGENTES

Nombre completo del agente principal:

Clave de agente: Firma de agente:

SECCIÓN IX. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

a) Reconocimiento y autorización de datos.

Hago constar que la información y datos personales propios, así como los del titular y/o solicitante asentados en esta solicitud, son verdaderos y exactos. Estoy de acuerdo con que dicha información y datos personales sirvan como evaluación para el seguro y cobertura que solicito.
Autorizo a los Médicos que hayan asistido o examinado a mí y/o a mis dependientes, así como a las compañías de seguros de las cuales he obtenido un seguro para que proporcionen a Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. (MediAccess) toda la información y copias de nuestros antecedentes e historia clínica y todo aquello que requieran, que pueda ser útil para la evaluación correcta en la propuesta de Seguro y lo relacionado con el cumplimiento del Contrato que se celebre, por lo que eximo de cualquier responsabilidad, incluyendo del secreto médico, por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud.
Otorgo también mi consentimiento expreso a MediAccess para que en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de mis datos personales, mismos que en caso de modificación, me comprometo a notificarlo dentro de los 30 días siguientes a que ocurra dicho supuesto.

Consiento y autorizo Firma _____

b) Políticas de privacidad

Hago constar que conozco el Aviso de Privacidad Integral de Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en http://www.segurosmediaccess.com.mx/aviso.html

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

Consiento y autorizo Firma _____

c) Notificaciones condiciones de la póliza

Hago constar que mi agente me ha explicado las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza a la cual ingreso en esta solicitud. Manifiesto que otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas, aceptando las obligaciones a mi cargo como Contratante y/o Asegurado(s), y que dichas condiciones están disponibles en www.segurosmediaccess.com.mx, sin perjuicio de que me sean entregadas por parte del agente, o la propia aseguradora de forma digital, reservándome el derecho de solicitar un ejemplar impreso acudiendo a cualquiera de las oficinas de MediAccess o a través de mi agente.

Acepto seguir los procesos de MediAccess para el uso de los servicios, en términos de la póliza que me sea otorgada, así como dar cumplimiento a lo previsto en las Condiciones Generales que son aplicables de acuerdo al tipo de producto que solicito.

Acepto que la documentación de la póliza solicitada, incluyendo la presente solicitud podrá ser firmada mediante firma electrónica que cumple con las especificaciones de la normatividad mexicana, aceptando que el certificado digital será prueba fiel para acreditar el consentimiento, entrega de la documentación y tendrá el mismo valor legal que las firmas autógrafas a efecto de validez, exigibilidad y admisibilidad de conformidad con la legislación aplicable, renunciando a cualquier reclamación, acción legal relacionada con la validez del mismo.

Para tales efectos, acepto que se entregue en formato PDF (Portable Document Format) la documentación contractual.

Así mismo confirmo el correo electrónico _____, al cual autorizo para recibir mi información y notificaciones, además de a mi agente autorizado.

Autorizo al agente que firma en Sección VIII, comprometiéndome a notificar de manera fehaciente a MediAccess cualquier cambio de Agente que realice durante la vigencia de la póliza.

Consiento y autorizo Firma _____

d) Publicidad

Asimismo, autorizo para recibir en mi correo electrónico, teléfono móvil y/o fijo, particular o de trabajo que haya proporcionado en la Sección "INFORMACIÓN GENERAL" de esta solicitud, información de sus productos y servicios consistente en publicidad (información, divulgación de noticias o anuncios de carácter comercial con propósitos de comunicar las características de un producto) y/o promociones (dar a conocer beneficios adicionales o asociados a la contratación de un nuevo producto como descuentos, bonificaciones, concursos o sorteos) y/o telemarketing (comunicación vía telefónica con el objeto de ofrecer bienes productos o servicios), obligándome a que en caso de no querer continuar recibiendo información publicitaria deberé manifestarlo fehacientemente y por escrito a la siguiente dirección de correo electrónico datospersonales@mediaccess.com.mx, indicando en el asunto "Revocación de Autorización para recibir Publicidad".

☐ Sí ☐ No Consiento y autorizo

e) De la presente solicitud

Conforme a los Artículos 8,9,10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos y están completos, asimismo, reconozco que todos los hechos son importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud e informado de que las falsas o inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían originar la cancelación de la póliza y la pérdida de derechos de los Asegurados y/o Beneficiario(s), aún cuando haya sido llenada en representación con o sin la designación expresa por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

En caso de renovaciones el Asegurado manifiesta que prevalecen las preexistencias y endosos que se informen durante la vigencia de la póliza.

Reconozco que MediAccess tendrá 30 días, contados desde la fecha de recepción de esta solicitud, para aceptar y dar curso a la misma, si durante dicho periodo no recibimos la aceptación o negativa de esta Solicitud, ni noticia alguna, se considerará como rechazada.

Consiento y autorizo Firma _____

Con mi firma ratifico lo manifestado y marcado en cada una de las Secciones anteriores y por lo tanto otorgo mi consentimiento y autorización para que proceda en sus términos. Asimismo, reconozco que este documento sólo constituye una solicitud de seguro, y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de solicitud.

_____

Firma del Contratante o Representante Legal

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCION A CLIENTES UNE (reclamaciones y/o quejas)

Teléfonos: 55-1085-2000 Ext. 2020 y 2021 **Dirección:** Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642, Piso 9 Oficina 901-B Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, CDMX. **Horario de atención:** lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y 15:00 a 17:00 horas. **Correo electrónico:** unidadespecializada@mediaccess.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Si tienes alguna queja comunícate con nosotros a los teléfonos: En la Ciudad de México: 55-5340-0999 Interior de la República: 800-999-8080
Dirección: Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, CDMX, México, C.P. 03100.
Para consultar las oficinas de atención en el resto del país ver: www.condusef.gob.mx
Registro de comentarios en: asesoria@condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de mayo de 2025 con el número CGEN-H0702-0005-2025/CONDUSEF-G-01368-004.