

MANUAL DEL AGENTE



Ser el modelo a seguir en la industria de atención a la Salud en México, por nuestra especialización en Seguros de Gastos Médicos y el trabajo y esfuerzo de nuestros colaboradores.

Visión

Misión

Innovar la cultura de la prevención y protección en Salud mediante tecnología, productos y servicios de vanguardia, facilitando el acceso de más personas a este beneficio y cumpliendo con los estándares internacionales de atención médica centrada en el asegurado.

Servicio
Innovación
Seguridad
Normatividad
Objetividad
Valor
Apoyo

Valores



Índice

03 Nosotros

04 Introducción

Presentación de Productos

06 MiDoc DEDUCIBLE®

09 MiDoc ATM®

Procesos y Políticas

14 Emisión

25 Centro de Atención Telefónica

27 Siniestros

32 Cobranzas

36 Pago a Comisiones

38 Artículo 492

41 Cambio Conductos

Pensando en nuestra Fuerza de Ventas

Creamos una guía de uso

sobre productos, administración de pólizas,

cobranza y siniestros.

Este manual está diseñado para proporcionar un resumen de las políticas y procedimientos de **SíSNova®**

El uso adecuado de este manual nos ayudará a brindar un mejor servicio, obteniendo como resultado la optimización de sus tiempos y recursos.

Este es un documento informativo que sirve como guía para facilitar los distintos trámites en SíSNova®; sin embargo, si hubiere alguna discrepancia, deberá prevalecer el contrato del seguro.



MiDoc

DEDUCIBLE



Oferta Estándar

¡El complemento de tu póliza ya está aquí! Con frecuencia los asegurados se ven en la necesidad de incrementar los deducibles de sus pólizas individuales de Gastos Médicos de otras compañías para evitar que las primas resulten demasiado caras y poder seguir pagando por la protección que necesitan; pero, sin embargo, estos nuevos deducibles son tan altos que ¡preocupan!.

Para resolver esta situación, ¡llegó MiDoc DEDUCIBLE®!

La póliza que te elimina las preocupaciones, pues paga el deducible de cualquier otra compañía a cambio de una prima, que es ... ¡Simbólica!

Con MiDoc **DEDUCIBLE®**

- ▶ Controla el incremento de tu póliza primaria
- ▶ Accede a opciones de asegurabilidad que de cualquier otra manera hoy día no podrías acceder

Este seguro cubre el deducible pactado en la póliza primaria, por los gastos médicos que incurra el Asegurado a consecuencia de un accidente y/o enfermedad. El monto máximo a cubrir será la suma asegurada contratada, misma que estará estipulada en la carátula de la póliza.

Lo anterior, siempre y cuando los gastos médicos en que incurra el asegurado sean superiores al deducible contratado en la póliza primaria.



El monto del deducible a cubrir es entre \$3,000 a \$250,000 pesos.



Oferta Adicional

Emergencia en el Extranjero: La Compañía cubrirá el importe del deducible erogado en la póliza primaria para esta cobertura, siempre y cuando el asegurado se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración súbita.

Cobertura en el Extranjero: La compañía cubrirá el importe del deducible erogado en la póliza primaria para esta cobertura, hasta por el límite de suma asegurada contratada, por los gastos médicos y hospitalarios erogados fuera de la República Mexicana por accidente o enfermedad cubierto, ocurridos durante la vigencia de esta póliza, a los asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana.

EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el deducible pactado en la póliza primaria por gastos médicos y hospitalarios erogados por:

- Padecimientos preexistentes declarados, no se cubren.
- Atención médica en el extranjero, salvo que se contrate la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero y/o Cobertura en el Extranjero.
- Exclusiones señaladas en la póliza primaria.
- Accidentes y/o Enfermedades que hayan ocurrido fuera de la vigencia de esta Póliza.
- Accidentes y/o Enfermedades que no hayan superado el importe del deducible de la Póliza primaria.

Nota: Los deducibles que por definición u operación sean **Deducibles Agregados no son susceptibles** de cobertura. Los Deducibles Agregados son aquellos que están conformados por la suma de una gran cantidad de reclamaciones provenientes de distintos padecimientos.



MiDoc
ATM

La póliza de **Gastos Médicos Mayores** que estabas esperando, diseñado **A Tu Medida...** Un producto amable pensando en tu familia. Incluimos y ampliamos las coberturas que buscas y que puedes requerir en algún momento:

- Apoyo psicológico para víctimas de la violencia.
- Cobertura de recién nacido sin pago de primas durante el primer año vigencia.
- Acceso a medicina de primer contacto, emergencia en el extranjero de hasta \$300,000USD y por viajes de hasta 60 días de duración; Pero lo más importante: ¡El único en México que agradece la permanencia como cliente **SisNova®**, con beneficios que llegan hasta la cobertura de tratamientos estéticos!



Oferta Estándar



Honorarios Quirúrgicos



Consumo de Oxígeno



Honorarios de Consultas Médicas



Servicio de Ambulancia Aérea y Terrestre



Honorarios de Anestesiólogo



Aparatos Ortopédicos



Honorarios de Enfermería fuera del hospital



Prótesis y Endoprótesis



Honorarios de Quiropráctico y Homeópata



Tratamientos de Diálisis



Hospitalización



Servicio de Terapia



Transfusiones de Sangre, Aplicaciones de Plasma, Sueros y Otras Sustancias Semejantes



Reconocimiento de Antigüedad



Medicamentos por Hospitalización



Terapia Psiquiátricas o Psicológicas



Servicios de diagnóstico



Atención médica en la Franja Fronteriza



Eliminación de Deducible por Accidente



Emergencia en el Extranjero



Consultas de Primer Contacto



Padecimientos Preexistentes Declarados



Cobertura Dental



Deportes Peligrosos



Cobertura Visión



Lente Intraocular



Protección al Infante



Gastos del Donador de Órganos



Padecimientos Congénitos



Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera



Maternidad: Complicaciones del Embarazo y del Parto, Prematurez, Padecimientos Congénitos, Legrados no punibles y Circuncisión



Oferta Optativas



Medicamentos de Consultas de Primer Contacto



Cobertura en el Extranjero



Indemnización por Hospitalización



Indemnización por Enfermedad terminal

► El único seguro que te premia por tu **fidelidad**



3er año: Consulta Podólogo; bajo esta cobertura se incluyen 4 sesiones de quiropedia por año póliza.



4to año: Planificación Familiar, se cubrirán los gastos del tratamiento quirúrgico de vasectomía y/o salpingoclasia por única ocasión.



5to año: Cirugía Bariátrica

- Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica)
- Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band)
- Bypass (puente) gástrico
- Switch duodenal



6to año: Ayuda para Cirugías Estéticas por única ocasión al asegurado una ayuda de hasta el 25% del costo del procedimiento estético quirúrgico que el Asegurado se practique. Así mismo, mediante este beneficio el Asegurado gozará de los precios preferenciales convenidos con la Red de Prestadores de Servicios.



PROCESOS Y POLÍTICAS

¿Cómo emitir una nueva póliza?



Deberá **llenar debidamente la solicitud de seguro de gastos médicos SisNova®** de acuerdo con cada producto, dicha solicitud deberá estar firmada por el asegurado titular y/o contratante.

Identificación del cliente. Deberá reunir toda la documentación de acuerdo con el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), así como las disposiciones de carácter general aplicables emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).



Una vez que tenga completa la documentación **deberá entregarla a su Ejecutivo Comercial y/o mesa de control de su región**, el cual revisará la **documentación*** y correcto llenado, generando un folio para atención del área de Emisión.

Mesa de Control recibirá la solicitud de gastos médicos mayores individual y los documentos de conocimiento del cliente y del Art. 492.



Aquí se validará que toda la información y documentos estén completos y correctos de acuerdo al listado de requisitos, en caso de haber información faltante notificará a su Ejecutivo Comercial el detalle de la información faltante, sin recibir.



En caso de recibir los documentos completos, salvo algún detalle menor se genera folio y se mantendrá activo como pendiente hasta un plazo no mayor a 05 días hábiles.

Nota: Las mesas de control son el filtro por lo que sólo se recibirá documentación completa y legible.

El **área de Emisión** recibirá la solicitud de gastos médicos mayores individual y los documentos del Art. 492 así como el folio y emite.

En caso de ser necesario se turnará a selección de riesgos, y en caso de requerir información médica adicional, se les notificará al Agente y al Ejecutivo Comercial y se le solicitará información complementaria requerida.

En un lapso de 5 días hábiles se dará respuesta de Aceptación, Rechazo, Exclusión del riesgo.

Una vez que todo es correcto y aprobado, Emisión procederá a imprimir y armar el Kit de la póliza.

Entrega el Kit al ejecutivo Comercial para envío al Agente y/o Promotor

- **Credenciales**
- **Carátula de Póliza**
- **Avisos de Cobro**
- **Endosos***

**en caso de proceder*



*En caso de entregar copia debe contener la leyenda “cotejada con original”
y firma del agente*

Procesos Operativos

1



Emisiones de Pólizas
(Nuevas y Renovaciones)

2



Endosos de Reconocimiento
de Antigüedad

3



Trámites de Altas, Bajas
y Cambios



SOLICITUD SEGURO INDIVIDUAL/FAMILIAR DE GASTOS MÉDICOS MAYORES MÍ DOC DEDUCIBLE

Datos del solicitante (Sirvase escribir con letra de molde)			
Nombre y apellido completo:		R.F.C.:	
Domicilio particular:	Calle:	No.:	Colonia:
Población:	Estado:	C.P.:	Tel.:
CURP:		Correo electrónico:	
Contratante (si lo hubiere):		R.F.C.:	
Domicilio:	Estado:	C.P.:	Tel.:
Nombre y giro de la empresa en donde trabaja:		Ingresos mensuales:	
Profesión u oficio:	Su transporte lo realiza en:	Por su ocupación viaja en:	
Describa brevemente las labores que realiza:			
Deportes que practican los integrantes de la familia:			

Asegurados						
Nombre (Inclúyase el titular y señale el parentesco)	Parentesco	Fecha de nacimiento (AA / MM / DD)	Sexo (M, F)	Estado civil	Estatura (ej. 1.65m)	Peso (ej. 72Kg)
	TITULAR					

Datos del seguro y coberturas	
Suma asegurada:	Coaseguro:

Coberturas adicionales	
Emergencia en el extranjero: ☐ SI ☐ No	Cobertura en el extranjero: ☐ SI ☐ No

Datos de la póliza primaria			
Número de Póliza:	Suma Asegurada:		
Deducible:	Coaseguro:	Tope de Coaseguro	
Nombre de la Aseguradora Primaria:			

MDD S-001

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, CP 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México | Tel. (81) 8647 0306

1



Proceso de Emisión

Elegibilidad

Documentación

Solicitud MiDoc Deducible debidamente requisitada con letra molde y firmada por el asegurado y en caso de escaneo la información debe venir con la leyenda “cotejada con original” y la firma del agente.

Carátula Completa de la Póliza Primaria vigente.



Persona Física

Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE vigente, pasaporte vigente o cartilla)

Copia del comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono)

En caso de ser extranjero se deberá anexar el documento que acredite su legal estancia en el país (FM3)



Persona Moral

Acta constitutiva

Constancia RFC

Copia de identificación oficial (INE o IFE, vigente, pasaporte vigente o cartilla) del representante legal

Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva

Si el Asegurado Titular es distinto al contratante: Copia del comprobante de domicilio actual no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono).

INFORMACIÓN GENERAL				
Nombre de la persona entrevistada:		Actúa por cuenta propia o por un tercero:		
Producto solicitado y/o de interés:		Número de pagos estimados (mensual)		
Monto estimado de la Prima (mencionarlo en pesos MX) \$		Nombre del proveedor y/o Propietario real de los recursos		
Nombre del contratante, Grupo Asegurable y/o Colectividad				
Nacionalidad	Mexicana ☒	Extranjera ☐	Extranjera con residencia temporal o permanente en el país ☐	
Nombre del Asegurado y/o Asegurados y/o Grupo o Colectividad Asegurable				
¿El Asegurado o contratante ha desempeñado en los últimos doce meses, funciones públicas, actividades públicas o actividades políticas destacadas en el territorio nacional o en el extranjero?		☐ Si ☐ No	Defina Cargo	
¿Es usted familiar por consanguinidad, afinidad o tiene algún vínculo patrimonial con alguna persona con las características anteriores?		☐ Si ☐ No	Parentesco	
PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS Y ANEXOS				
Del Asegurado o Contratante	Si	No	Tipo	Número/Folio
1. Identificación Oficial Vigente y Legible (ambos lados)	☐	☐		
2. CURP	☐	☐		
3. Cédula de Identificación Fiscal (RFC)	☐	☐		
4. Comprobante de Domicilio no mayor a 3 meses	☐	☐		
5. Comprobante de inscripción para FIEL	☐	☐		
6. Documento que acredite su calidad migratoria **	☐	☐		

Formato de Identificación Inicial del cliente

Requisito adicional MiDoc **DEDUCIBLE**®

- Para este producto es indispensable **Caratula Completa** de la Póliza Base, vigente (Póliza Primaria).

NOTA: La contratación no puede ser menor a 90 días.



SOLICITUD INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES "MI DOC ATM"

Datos del contratante (Sírvese escribir con letra de molde)						
Nombre o razón social:				R.F.C.:		
Domicilio particular:		Calle:	No.:	Colonia:		
Población:		Estado:	C.P.:	Tel.:		
CURP:			Correo electrónico:			
Datos del solicitante						
Nombre y apellido completo:				R.F.C.:		
Domicilio particular:		Calle:	No.:	Colonia:		
Población:		Estado:	C.P.:	Tel.:		
CURP:			Correo electrónico:			
Nombre y giro de la empresa en donde trabaja:				Ingresos mensuales:		
Profesión u oficio:		Su transporte lo realiza en:		Por su ocupación viaja en:		
Describa brevemente las labores que realiza:						
Deportes que practican los integrantes de la familia:						
Asegurados						
Nombre (Inclúyase el titular y señale el parentesco)	Parentesco	Fecha de nacimiento (AA / MM / DD)	Sexo (M, F)	Estado civil	Estatura (ej. 1.65m)	Peso (ej. 72Kg)
	TITULAR					
Asegurados						
Suma asegurada:		Deducible:		Coaseguro:		
Tope de coaseguro:		Suma asegurada maternidad:				
Tabulador de honorarios quirúrgicos:			Nivel Hospitalario:			
Reconocer antigüedad (anexar comprobantes) ☐ SI ☐ No						

MDA S-001

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, CP 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México | Tel. (81) 8647 0306

1



Proceso de Emisión

Elegibilidad

Documentación

Solicitud de Seguros Gastos Médicos debidamente requisitada con letra molde, firmada por el asegurado y en caso de escaneo la información debe venir con la leyenda "cotejada con original" y la firma del agente.

Documentación del contratante (Art.492):



Persona Física

Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE vigente, pasaporte vigente o cartilla)

Copia del comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono)

En caso de ser extranjero se deberá anexar el documento que acredite su legal estancia en el país (FM3)



Persona Moral

Acta constitutiva

Constancia RFC

Copia de identificación oficial (INE o IFE vigente, pasaporte vigente o cartilla) del representante legal

Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva

Si el Asegurado Titular es distinto al contratante: Copia del comprobante de domicilio actual no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono).

INFORMACIÓN GENERAL				
Nombre de la persona entrevistada:		Actúa por cuenta propia o por un tercero:		
Producto solicitado y/o de interés:		Número de pagos estimados (mensual)		
Monto estimado de la Prima (mencionarlo en pesos MX) \$		Nombre del proveedor y/o Propietario real de los recursos		
Nombre del contratante, Grupo Asegurable y/o Colectividad				
Nacionalidad	Mexicana ☒	Extranjera ☐	Extranjera con residencia temporal o permanente en el país ☐	
Nombre del Asegurado y/o Asegurados y/o Grupo o Colectividad Asegurable				
¿El Asegurado o contratante ha desempeñado en los últimos doce meses, funciones públicas, actividades públicas o actividades políticas destacadas en el territorio nacional o en el extranjero?		☐ Si ☐ No	Defina Cargo	
¿Es usted familiar por consanguinidad, afinidad o tiene algún vínculo patrimonial con alguna persona con las características anteriores?		☐ Si ☐ No	Parentesco	
PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS Y ANEXOS				
Del Asegurado o Contratante	Si	No	Tipo	Número/Folio
1. Identificación Oficial Vigente y Legible (ambos lados)	☐	☐		
2. CURP	☐	☐		
3. Cédula de Identificación Fiscal (RFC)	☐	☐		
4. Comprobante de Domicilio no mayor a 3 meses	☐	☐		
5. Comprobante de inscripción para FIEL	☐	☐		
6. Documento que acredite su calidad migratoria **	☐	☐		

Formato de Identificación Inicial del cliente

Requisito adicional MiDoc **ATM**®

- Para este producto es necesario incluir la **Carta de Selección de Riesgos**.

NOTA: Para este producto Colectivo se requiere última Cotización firmada por el cliente como la aceptación de la última cotización.

En todos los casos se turnará a selección de riesgos, pudiéndose requerir información médica adicional, que será solicitada a través del Agente y/o Ejecutivo Comercial. Una vez teniendo la información completa, en un lapso de 5 días hábiles se dará respuesta de Aceptación, Rechazo, Exclusión del riesgo.

Una vez ingresada y validada la solicitud de gastos médicos mayores se dará inicio al proceso de análisis de los antecedentes médicos declarados para valorar adecuadamente el riesgo y estar en posición de brindar la mejor oferta de cobertura al cliente.

Por lo anterior, le recordamos responder de forma detallada cada pregunta contenida en la sección del cuestionario médico de la solicitud. En algunos casos se puede necesitar de información adicional, así como cuestionarios y expedientes médicos. Se recomienda que cuando un asegurado declara antecedentes médicos, se anexen desde un inicio reportes médicos con los que cuente.

Derivado de la evaluación del riesgo, la póliza podrá aprobarse ya sea de manera estándar, con exclusión(es) o podrá ser no asegurable.

- **Estándar:** Sin restricciones, salvo los límites establecidos en las condiciones generales del producto contratado.
- **Exclusión:** Eliminará cualquier opción de cobertura para tratamiento, seguimiento, investigación, manifestación, complicación y/o secuela, relacionados con la condición excluida.
- **No asegurable:** Si el propuesto asegurado es considerado con una condición de riesgo elevado y no se puede ofertar ninguna opción de cobertura, será declinado y se ofertará cobertura al resto de la familia previa evaluación. Cualquier restricción en la póliza puede ser revisada en la fecha aniversario, siempre y cuando se entregue información médica actualizada y que demuestre un cambio favorable en la condición médica del asegurado.

Nota: Si la vigencia de la póliza será al momento que la selección de riesgo firma la aceptación del riesgo, la carta de selección debe adjuntarse a la emisión.

Reconocimiento de Antigüedad

Pólizas de otras compañías se requiere alguno de los siguientes documentos:

- **Carátula de póliza y último recibo con sello de pagado de la aseguradora o comprobante de pago.**
- **Carta de asegurabilidad emitida por otra compañía de seguros, donde se encontraba asegurado.**

*En caso de solicitar respetar la antigüedad mayor de 30 días al descubierto se requiere carta de **No Siniestro** firmada por el Cliente.*

Para uso interno de Sisnova, se requiere para todos los planes el layout técnico.

Requisitos para Renovación

- **Petición formal del cliente o Cotización firmada por el cliente**
- **Comprobante de domicilio actualizado.**
- En caso de que **cambie el contratante, se requiere todo el art 492** descrito en la página 17 (referente a persona física o moral).

Movimientos

Administrativos

Los movimientos se realizan dentro de los primeros 30 días

Cambio de Contratante

- Petición formal del cliente
- Documentos del Art 429 para persona física o Moral de nuevo Contratante

Alta de recién nacido

- Petición formal de cliente
- Acta de Nacimiento, Copia de carta de recién nacido vivo emitida por el Hospital o Clínica donde se atendió el parto

Alta de Asegurado mayores de 2 años

- Orden de trabajo como petición del cliente
- Llenar el cuestionario médico de la solicitud correspondiente Baja del Asegurado
- Orden de trabajo como petición del cliente

Cambios de nombre de asegurados, fecha de nacimiento, género

- Petición formal del cliente
- Copia de Identificación Oficial vigente o Copia de acta de nacimiento

Cambio de forma de pago

- Petición formal del cliente, indicando el cambio de forma de pago y firmada

Cambio de Agente

- Petición formal del cliente con firma, indicando el nombre del nuevo agente

Bajas de los asegurados

- La petición formal, por escrito del contratante, para realizar la baja de alguno de los asegurados en la póliza

A photograph of two call center agents, a man and a woman, both smiling and wearing headsets with microphones. The man is in the foreground, looking towards the camera, while the woman is slightly behind him, looking down. They are both wearing light-colored shirts. The background is blurred, suggesting an office environment.

AGENTES TELEFÓNICOS

Centro de Atención Telefónica

Las 24hrs del día y durante los 365 días del año, nuestro Centro de Atención Telefónica brinda asesoría u orientación a nuestros asegurados para:



Programar, reprogramar o cancelar consultas con los médicos de nuestra red de servicio.



Ingresos y altas en los hospitales que integran nuestra red de servicio.



Resolver dudas sobre las condiciones y coberturas de las pólizas adquiridas.



Programar cirugías, estudios de laboratorios y/o entrega de medicamentos de alta especialidad.



Resolver dudas en el **trámite y seguimiento de reembolsos por servicios médicos.**



Resolver dudas sobre la **entrega de medicamentos** en las distintas **farmacias** que forma parte **de nuestra red de servicio.**

Centro de Atención a Clientes



 **01 800 022 6436**

Citas | Orientación Médica | Atención a Clientes



SINIESTROS

Nuestro proceso de Siniestros tiene dos modalidades:



• De gastos médicos

Esta modalidad permite que el Asegurado solicite la devolución de los gastos realizados por una atención médica amparada en su póliza.

• Deducible

En esta modalidad el Asegurado puede solicitar la devolución del Deducible erogado en una atención de gasto médico mayor cubierto por una póliza primaria, siempre y cuando esté amparado por una póliza vigente de SisNova®.

Para solicitar un Reembolso, el asegurado debe enviar los siguientes documentos al mail reclamaciones@sisnova.com.mx debidamente requisitados:

Reembolso de gastos médicos

- Archivo XML y PDF de las facturas a nombre del asegurado titular (indicando el nombre del asegurado afectado).
- Copia simple de identificación oficial.
- Formato Carta Remesa debidamente requisitado.
- Aviso de Accidente y Enfermedad.
- Informe Médico.
- Copia simple de los resultados de los estudios realizados que corroboren el diagnóstico.
- Copia simple de las recetas donde se indiquen los medicamentos y/o estudios prescritos.
- Copia simple de la carátula del estado de cuenta bancario (CLABE a 18 dígitos) a nombre del asegurado titular.

Reembolso de deducible

- Carta Remesa.
- Copia de carátula de la póliza
- Original que utilizó en su cobertura de Gastos Médicos.
- Carta Pase de la cobertura de su atención hospitalaria de su seguro de Gastos Médicos.
- Identificación Oficial del Asegurado Titular.
- En caso que la reclamación de su seguro de Gastos Médicos sea por reembolso, anexar el finiquito correspondiente.
- Comprobante del Pago del deducible realizado en su atención médica.
- Se solicita el comprobante en PDF y XML del pago del Deducible cuando la atención de Gasto Médico se haya realizado por pago directo, y el finiquito en caso de haber aplicado el procedimiento de reembolso.
- Copia simple de la carátula del estado de cuenta bancario (CLABE a 18 dígitos) a nombre del asegurado titular.
- Informe médico y Aviso de accidente del trámite del evento cubierto en la póliza primaria.



- **Programación**

En esta modalidad el asegurado puede solicitar la programación de un servicio por una atención médica cubierta en su póliza para que SiSNova® pague directamente al proveedor médico hospitalario.

Los servicios pueden ser; rehabilitaciones, cirugía, radioterapias, entre otros.

- **Reporte Hospitalario**

En esta modalidad el Asegurado tiene la posibilidad de solicitar la cobertura de pago directo por un ingreso hospitalario no programado o de urgencia.

Para solicitar un Reembolso, el asegurado debe enviar los siguientes documentos al mail reclamaciones@sisnova.com.mx debidamente requisitados:

- Copia simple de identificación oficial.
- Aviso de Accidente y Enfermedad.
- Informe Médico.
- Copia de los resultados de los estudios que corroboren el diagnóstico.
- En caso de programar estudios, medicamentos, rehabilitaciones u otros servicios es necesario presentar la receta médica.

Acceso

El **paciente - asegurado** se identificará con la credencial de **SiSNova®** y una Identificación oficial con fotografía (esta última siempre se debe solicitar).



En caso de no contar con credencial de SisNova® y el paciente mencione que es nuestro asegurado, llamar al CAT: 01 800 022 6436 ó al *747

Reporte

1



El hospital **reporta el ingreso al CAT** para verificar vigencia y cobertura del Asegurado

2



El hospital entrega **formato de aviso de accidente o enfermedad** al paciente

3



El hospital **entrega informe médico** al médico tratante

4



El hospital enviará escaneado al correo electrónico:
reportehospitalario@sisnova.com.mx

el informe médico y aviso de accidente/enfermedad, así como las notas médicas y resultados de estudios de laboratorio y gabinete para que el Médico Dictaminador asignado se encargué de dar seguimiento médico y administrativo dentro del Hospital.

Dictamen

SisNova® entregará al **Hospital a través del Médico Dictaminador**, algunos de los siguientes documentos:

Informe Médico

Carta Remesa

Aviso de Accidente

[illegible][illegible][illegible]

Nota: En cualquiera de los trámites los documentos se deben de enviar en archivos PDF legibles. La aseguradora podrá solicitar información adicional necesaria para concluirlo.

Todos nuestros formatos de siniestros están disponibles en www.sisnova.com.mx

Ingresa en el menú “AGENTES”



COBRANZAS Y COMISIONES

Pago de Primas

El pago de las primas de **Avisos de Cobro** emitidos, con independencia de la forma de pago, se debe cubrir en los **30 días de vigencia** para el primer Aviso de Cobro y en el inicio de vigencia para los Avisos de Cobro subsecuentes.

Las formas de pago son las siguientes:

- Pago Referenciado (Convenio CIE)
- Depósito / Transferencia



Cuenta de Cheques	0142507293
CLABE CUENTA CHEQUES	012580001425072939
No. Convenio CIE	001443038
CLABE CONVENIO CIE	012914002014430382



Cuenta de Cheques	001274590013
CLABE CUENTA CHEQUES	058580012745900132



Cuenta de Cheques	0684125482
CLABE CUENTA CHEQUES	072180006841254828



Cuenta de Cheques	65506017512
CLABE CUENTA CHEQUES	014580655060175124

● **Tarjeta Débito / Crédito**



Cargos a tarjeta de crédito, débito y American Express
(mediante formato de autorización)

BENEFICIOS

3 meses sin intereses
compra mínima \$300.00 pesos

6 meses sin intereses
compra mínima \$600.00 pesos

9 meses sin intereses
compra mínima \$900.00 pesos

12 meses sin intereses
compra mínima \$1,200.00 pesos

y

13 meses sin intereses
a partir de \$1,300.00 pesos

BANCOS PARTICIPANTES

AFIRME	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	SCOTIANBANK	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses
BANJERCITO	3, 6, y 12 meses sin intereses	INVEX	3, 6 y 9 meses sin intereses
BAJIO	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	BANCOMER	12 meses sin intereses a partir de \$1,000 pesos
BANORTE	3, 9 y 12 meses sin intereses	SANTANDER	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses
BANREGIO	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	IXE BANCO	3 y 6 meses sin intereses
HSBC	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	MIFEL	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses
FAMSA	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	MULTIVA	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses
INBURSA	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	BANCO	12 meses sin intereses
LIVERPOOL	3, 6, 9 y 12 meses sin intereses	IXE	9 meses sin intereses
SANTANDER	3, 6 y 9 meses sin intereses	AMEX	13 meses sin intereses a partir de \$1,300 pesos

● Cargos Automáticos Recurrentes

Para la generación de cargos automáticos se requiere el **“Formato de Autorización de Cargo Automático”**, (acompañado de una copia de Identificación oficial vigente) en el cual el cliente *indica los datos de la tarjeta de crédito, débito y cuenta de cheques* a la que se realizará el cargo, así como la fecha en que se debe aplicar el cobro, el *número de cargos e importe de estos*.



Se emiten y se envían al agente/cliente los avisos de cobro de las pólizas, en los que se especifican los datos bancarios de las diferentes cuentas de SisNova®, así como la referencia correspondiente al aviso de cobro.

AUTORIZACIÓN DE CARGO AUTOMÁTICO				
Por medio del presente autorizo a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V., a que a través del banco de su elección y con base en el(los) contrato(s) de apertura de crédito o débito de mi(s) tarjeta(s) afiliada(s) a Visa, MasterCard o American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales y subsecuentes de la Póliza contratada. El cargo se realizará en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio establecido por Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el inicio de vigencia de la póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el(los) cargo(s) en el Estado de Cuenta Bancario notificaré a la Aseguradora.				
☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito ☐ Cargo Cuenta de Cheques				
Datos del Contratante				
Nombre(s) y Apellido Completo y/o Razón Social:		Número de Póliza:		Vigencia de la Póliza:
Nombre del Tarjetahabiente (Como aparece en la tarjeta):			Parentesco o Relación con el Tarjetahabiente:	
Banco:	No. De Plástico (Crédito o Débito) 16 Dígitos:	CLABE (18 Dígitos):		
Código de Seguridad: Al reverso del plástico	Vencimiento (Mes/Año):	Monto Cargo Inicial: \$	Monto Cargo Subsecuentes: \$	No. Cargos:
Meses Sin Intereses Visa y Mastercard, excepto tarjetas Banamex				
☐ 3 meses* cargo mínimo \$300 ☐ 6 meses* cargo mínimo \$600 ☐ 9 meses* cargo mínimo \$900 ☐ 12 meses cargo mínimo \$ 1,200 *Para tarjetas BBVA Bancomer, NO APLICA 3, 6 y 9 meses.				
Tarjeta American Express (monto mínimo de \$1,300 MXN)				
Escribe sobre la línea el número de cargos a realizar en su tarjeta, e dos dígitos: mínimo 02 máximo 13 (cargos). _____ meses sin intereses.				
Declaro estar enterado y de acuerdo en que Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. dejará de prestarme este servicio por las siguientes causas:				
1) Cancelación de la póliza 2) Rechazo bancario 3) Cancelación del Instrumento bancario, no notificada a la Aseguradora				
El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.				
Lugar y Fecha:	Firma del Tarjetahabiente _____		Firma del Agente _____	
PARA PERSONAS FÍSICAS - Art. 492 (LGISMS)				
Usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado:				
a) ¿Desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional? ☐ SI ☐ NO				
b) ¿Ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos? ☐ SI ☐ NO				
Describa el puesto _____ Tiempo _____ Parentesco _____				
c) ¿Esa persona, ¿tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? ☐ SI ☐ NO				
d) ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? ☐ SI ☐ NO				
Nombre del Accionista _____ Porcentaje de la Participación _____				
Lugar y Fecha:	Firma _____			

Batallón de San Patricio 111, Piso 14, Col. Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C. P. 66269 / Tel: (81) 8647 0306 / RFC: SIS0309056K1

Aviso de Cobro de Primas

SisNova
Tu Seguro en Salud

Núm. Póliza	Periodo que cubre este recibo	Saldo del Recibo	Monto recibo
XXXXXXXXXX	del 01/01/2017 al 31/12/2017	XXXXXX	XXXXXX
Detalles de Pago			
Forma de Pago		Monto	
Cuenta de Débito		XXXXXX	
Datos del contratante			
Nombre completo		Lugar y fecha de expedición	
XXXXXXXXXX		San Pedro Garza García, Nuevo León	
Código de agente		Código de agente	
XXXXXXXXXX		XXXXXXXXXX	
Detalle de cargos			
Núm.	Descripción	Importe	
1	Prima	XXXXXX	
2	Seguro	XXXXXX	
3	Seguro	XXXXXX	
Subtotal		XXXXXX	
Impuestos		XXXXXX	
Total		XXXXXX	

Notas:

1. El presente aviso de cobro es emitido por el Agente de Seguros de la Póliza contratada, el cual es responsable de la correcta emisión y entrega del mismo.

2. El presente aviso de cobro es emitido por el Agente de Seguros de la Póliza contratada, el cual es responsable de la correcta emisión y entrega del mismo.

3. El presente aviso de cobro es emitido por el Agente de Seguros de la Póliza contratada, el cual es responsable de la correcta emisión y entrega del mismo.

4. El presente aviso de cobro es emitido por el Agente de Seguros de la Póliza contratada, el cual es responsable de la correcta emisión y entrega del mismo.

**Pago de Póliza a SisNova®**

El cliente realiza el pago de su póliza mediante depósito, transferencia, tarjeta de crédito/Debito a SisNova®

**Notificación de pago a SisNova®**

El cliente y/o agente deberá de notificar vía correo electrónico al área de Cobranza de SisNova® para su aplicación. Excepto en los casos en que el cliente realiza su pago referenciado (CIE).

**Aplicación del Aviso de Cobro**

Diariamente se generan reportes bancarios de las diferentes cuentas, para realizar la aplicación de la cobranza recibida, previa identificación

Reporte de Comisiones

El viernes de cada semana se realiza el corte de cobranza para la generación de los estados de cuenta de comisiones correspondientes.

El área de cobranza genera y envía el reporte de la cobranza semanal por agente al área de Comisiones.

En base al reporte de cobranza, el área de Comisiones genera los estados de cuenta por agente, en el que se indica el total de comisiones por pagar y se detalla la información de las pólizas, avisos de cobro, prima y porcentaje.

Envío de Información al Agente

El área de Comisiones envía los estados de cuenta a los Agentes y Promotores el lunes de cada semana, solicitando la factura correspondiente y su envío a SisNova® a más tardar el miércoles, para realizar la programación de pago el viernes.

Recepción y Revisión de Factura

A la recepción de la factura, el área de Comisiones realiza la revisión de los archivos PDF y XML de la factura, la cual debe reunir los requisitos establecidos por el SAT.

La factura debe reunir los requisitos fiscales para proceder a su pago:

Nombre y/o Razón Social y RFC del emisor

Datos del receptor:

- **Razón Social** Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
- **RFC** SIS0309056K1
- **Domicilio** Batallón de San Patricio No. 111, Piso 14 L.1401 Col. Valle Oriente, San Pedro Garza García, N.L. C.P. 66269
- **Uso CFDI:** 03 Gastos Generales
- **Clave de Servicio** 80141600 Actividades de ventas y promoción de negocios
- **Clave Unidad de Medida** E48 Unidad de Servicio
- **Descripción Comisiones** (Agregar texto que ayude a identificar a que póliza está ligada la comisión)
- **Forma de pago:** 99 Por Definir (Recepción y revisión de factura previo al pago)
- **Método pago:** PPD Pago en Parcialidades o Diferido (Recepción y revisión de factura previo al pago)

Aprobación de Pago

- 1 A la recepción de la factura, el área de **Comisiones** realiza la revisión de los archivos.
- 2 El área de **Comisiones** **envía a Contraloría la documentación completa**, previa validación de la factura, para su autorización y posterior programación de pago.
- 3 Contraloría **entrega solicitud autorizada a Tesorería** para su pago.
- 4 Tesorería **recibe solicitud de pago** de comisiones y **realiza la programación y pago correspondiente**.
- 5 Tesorería **envía comprobante de pago al Área de Comisiones** para su notificación al **Agente y/o Promotor**.

Facturación a Clientes



El cliente **recibe Factura** en el correo previamente registrado



El cliente **realiza el pago de primas**



SisNova realiza **aplicación de pago**



El cliente **recibe CRP** según la forma de pago recibido en cuenta de Sisnova®

ART.492 ANTES ART.140

IDENTIFICACIÓN DE CLIENTES

Disposición de carácter general a que se refiere el Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF) publicado en el diario oficial de la federación el 4 de abril del 2013.

Tiene por objeto establecer, conforme a lo previsto en el Art. 492 de la LGISMS las medidas y procedimientos mínimos que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deberán observar para prevenir, detectar y reportar los actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión del delito previsto en el Art. 139 del Código Penal Federal (Terrorismo), o que pudiese ubicarse en los supuestos del Art. 400 Bis (Operaciones con recursos de procedencia ilícita) del mismo ordenamiento legal.

REQUISITOS

- **La entrevista**

El agente de seguros debe celebrar una entrevista personal con el contratante de la póliza o con su representante legal, con la finalidad de recabar (mediante cotejo) la documentación referente a las Disposiciones del Art. 492.

- **Solicitud de seguros debidamente requisitada**

Es muy importante recordar que la solicitud debe estar debidamente requisitada, es decir con los campos llenados de manera correcta y obligatoria.

DATOS DE LA SOLICITUD PERSONAS FÍSICAS

- Apellido paterno, apellido materno, nombre (s)
- Fecha de nacimiento
- País de nacimiento
- Nacionalidad
- Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio al que se dedique el Cliente
- Domicilio particular en su lugar de residencia
- Teléfono en que se puede localizar
- Correo electrónico

REQUISITOS

• **Recolección de documentos**

El agente de seguros debe celebrar una entrevista personal con el contratante de la póliza o con su representante legal, con la finalidad de recabar (mediante cotejo) la documentación referente a las Disposiciones del Art. 492.

Al momento de ingresar la solicitud de seguro, deberá estar acompañada por las copias de la siguiente documentación:

PERSONAS FÍSICAS

Pólizas nuevas:

- Solicitud de seguro antes mencionada.
- Identificación oficial vigente. (Perfectamente legible y clara)
- Comprobante de domicilio (3 meses de antigüedad máximo).
- En caso de dar de alta asegurados mayores de 18 años, Identificación oficial vigente.

Además, para Personas Extranjeras:

- Documento que acredite legal estancia en el país.
- Pasaporte vigente

Renovaciones:

- Comprobante de domicilio actualizado (3 meses de antigüedad máximo).

Documentos Válidos como identificación con foto

- Credencial para Votar del INE
- Pasaporte
- Cedula Profesional
- Cartilla del Servicio Militar
- Credenciales y/o Carnés de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
- Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
- Licencia para conducir
- Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales o municipales
- Certificado de Matricula Consular
- Tarjeta Única de Identidad Militar

Documentos Válidos como comprobantes de domicilio

No más de 3 meses de antigüedad a la fecha de la firma del contrato:

- Recibo de la Luz
- Recibo del Agua
- Recibo del Teléfono (telefonía y celular sujeto a plan de pago)
- Recibo del Predial
- Gas Natural
- Estados de Cuenta Bancarios
- Testimonio o copia certificada que acredite que el Cliente es legítimo propietario del inmueble que señaló como domicilio actual y permanente.

POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

Los requisitos para Art. 492 (antes Art 140) aplican de acuerdo con la personalidad fiscal con la que el Contratante esté dado de Alta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), independientemente de la modalidad de Seguro contratado. En Renovaciones, comprobante de domicilio con no más de 3 meses de antigüedad. El Agente deberá asegurarse de cotejar que los documentos que nos está ingresado como copias simples correspondan a su original.

CAMBIO DE CONDUCTO

Es el cambio de Agente designado para la administración de una Póliza de GMM o Salud. A continuación, se enlistan algunas causas de cambio de conducto:

- a) El Contratante y/o Asegurado desean cambiar de Agente por algún motivo.
- b) Fallecimiento del Agente designado por el Contratante.
- c) Abandono de cartera por parte del Agente.
- d) Cesión o traspaso de cartera.

REQUISITOS

Cambio de conducto a solicitud del contratante:

- Llenar orden de trabajo para Trámite y Emisión (firmado por el Contratante)

- Carta del Contratante en la que se indique:

- Número de Póliza y vigencia
- Motivo del cambio de conducto
- Nombre y firma del Contratante

- Copia de identificación oficial vigente del Contratante (IFE, pasaporte, Cédula profesional o Cartilla militar)

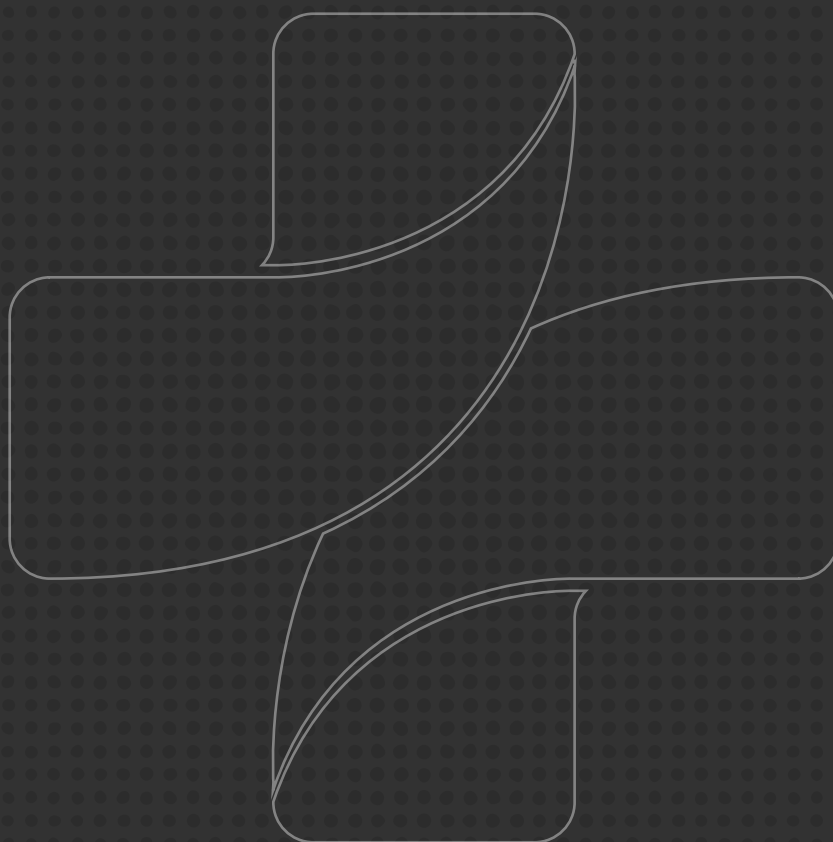
Cesión o traspaso de cartera:

- Carta del Agente anterior en la que se indique:

- Número de Póliza(s) y vigencia(s)
- Motivo del cambio de conducto
- Nombre y firma del Agente anterior y actual
- Copia de identificación oficial vigente del Agente anterior y Agente actual (IFE, pasaporte, Cédula profesional o Cartilla militar)

POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN

- **SisNova®**, se reserva el derecho de aceptación o rechazo dependiendo del riesgo suscrito.
- La aceptación o rechazo del cambio de conducto, únicamente podrá ser autorizada por algún funcionario del área operación, comercial y/o Dirección General (Director).
- Los cambios de conducto para Agentes “vetados” o “cancelados” serán considerados como rechazos definitivos, a menos de que sea autorizado por el Área Comercial.



Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.

Batallón de San Patricio 111, Piso 14, Col. Valle Oriente,
San Pedro Garza García, N.L., C.P. 66269.

Tel: +52 (81) 8647 0306

www.sisnova.com.mx