

A close-up photograph of two hands, one from a person in a white lab coat and stethoscope, and another from a person in a white shirt and blue tie, gently holding a pink piggy bank. The piggy bank is the central focus, symbolizing savings or investment. The background is slightly blurred, emphasizing the hands and the piggy bank.

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS





Portal de Agentes

- Comisiones
- Cotizaciones Productos
- Emisión en Línea
- Envío de Kit
- Endosos (sin afectación en prima)

¿Tienes dudas con el portal?

Marcar al 800-8770-200

- Clave incorrecta
- Desbloqueo de usuario
- **Apoyo para dudas como:**
 - Cotizaciones
 - Comisiones
 - Endosos
 - Alta Contratantes
- Call center no da capacitaciones, solo apoya en dudas. Si requieres de capacitación solicítala a tu ejecutivo comercial.



REQUISITOS PARA EMISION MI DOC ATM



1. Solicitud Mi Doc ATM debidamente requisitada con letra de molde y firmada por el asegurado y el agente (en el portal se puede hacer de manera directa).
2. Documentación del contratante:
 - ✓ **Persona Física.**
 - Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla militar).
 - 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 R.F.C.
 - Copia de identificación oficial (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla militar) del representante legal.
 - Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva.
 - Copia del comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono).
3. Formato de Identificación del cliente.

REQUISITOS PARA EMISION MI DOC DEDUCIBLE



1. Solicitud de Mi Doc Deducible debidamente requisitada con letra de molde y firmada por el asegurado y el agente.
2. Póliza Primaria Vigente.
3. Documentación del Contratante:
 - ✓ **Persona Física.**
 - Copia de identificación oficial vigente del contratante (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla militar).
 - 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 R.F.C.
 - Copia de identificación oficial (INE o IFE, pasaporte vigente o cartilla militar) del representante legal.
 - Poderes de los representantes legales, en caso de que estos no estén en el acta constitutiva.
 - Copia del comprobante de domicilio actual del contratante no mayor a 3 meses (recibo de agua, luz o teléfono).
4. Formato de Identificación del cliente.

PROMOCION MESES SIN INTERESES*

(Exclusivas para MiDoc ATM)

RECARGOS POR PAGO FRACCIONADO

Anual

Semestral (RPF 5%)

Trimestral (RPF 7%)

Mensual (RPF 9%)



MODALIDADES DE PAGO

Cargo a TC, a través del llenado del **Formato

Transferencia Electrónica (recibos referenciados)

Deposito Bancario (recibos referenciados)



BANCOS PARTICIPANTES

3, 6, 9 Y 12 MSI



12 MSI

BBVA Bancomer

13 MSI

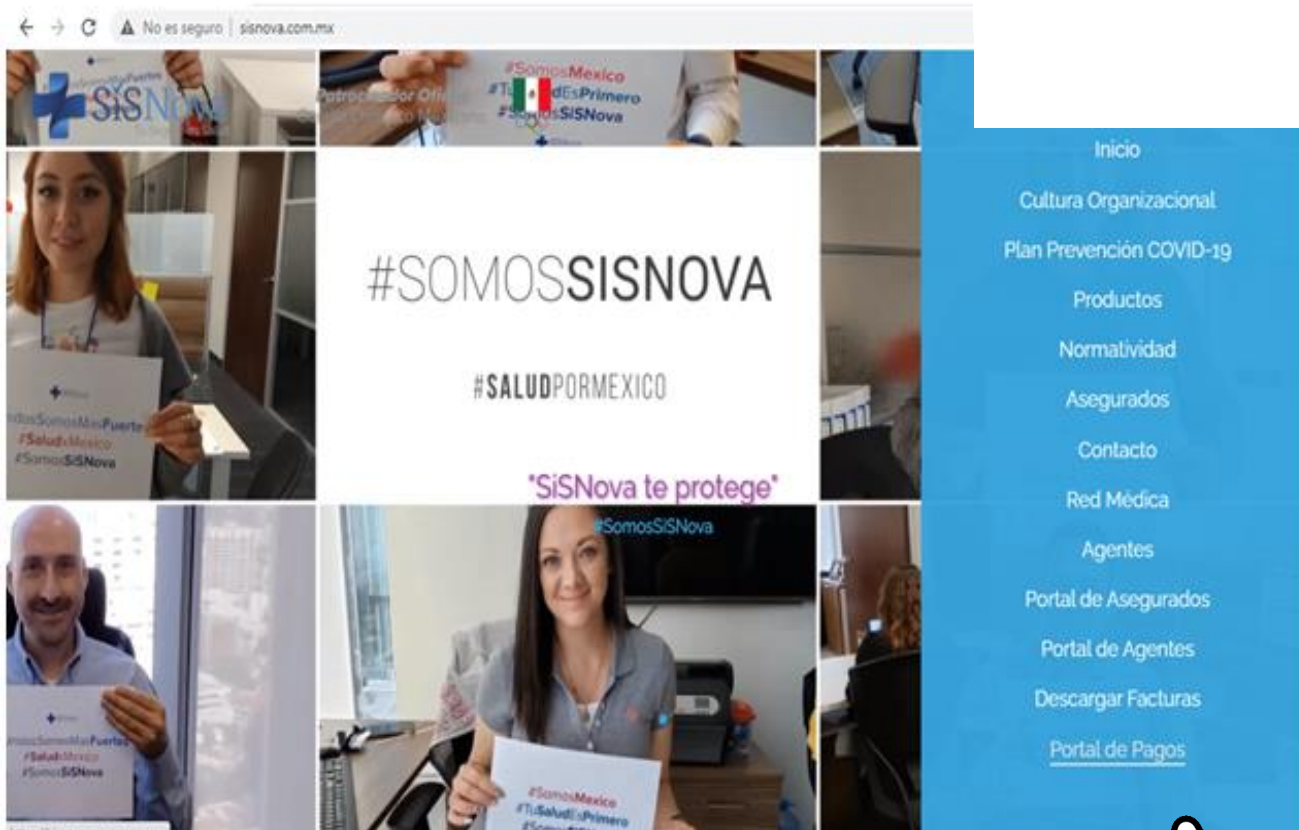
AMERICAN
EXPRESS

*No hay penalización en comisión por pago con tarjeta.

** Plazo para pago de primas, 30 días naturales recibos iniciales y subsecuentes.

** El formato para cargo TC se puede descargar desde www.sisnova.com.mx, dicho formato deberá ser enviado a Pamela Flores a pgflores@sisnova.com.mx o bien marcar al **800 8770 200** para solicitar el cargo y la promoción.

Portal de Pagos en Línea



***Este portal es solo para cargos directos y subsecuentes, aquí no se puede hacer uso de la Promoción de Meses sin Intereses.**

Pago en Línea **NUEVO**

Aplica sólo a pólizas individuales

Visite el sitio: <https://sisnova-pagos.com.mx/>

- 1 Ingrese número de Póliza y RFC (sin guiones) como aparece en la Carátula y/o Aviso de Cobro
- 2 Seleccione el recibo a pagar que corresponda al periodo vigente
- 3 Capture los datos de la tarjeta
- 4 A continuación, confirme la operación con el código de seguridad que será enviado al número celular relacionado con la tarjeta
- 5 Para obtener la confirmación de su pago, ingrese su dirección de correo electrónico

La aplicación de su recibo se realizará en forma automática.

Pago Telefónico

Cargo a tarjeta de crédito y débito

 **55 8995 0676 - Opción 1**

En donde uno de nuestros ejecutivos le atenderá de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas.

Para nosotros es muy importante que esté protegido, por lo que sugerimos realice el pago de sus recibos antes de la fecha de vencimiento.

Descarga de Facturas



COMO OBTENER TU FACTURA

- Ingresa www.Sisnova.com.mx / Menu / Descargar Factura.



[Ver Instrucciones](#)

Se han encontrado facturas. Seleccione la opción de descarga deseada. X

RFC

Número de Póliza

Cualquier duda favor de llamar a nuestra área de Atención a Clientes al número 818-6470-306

- Ingresa RFC (sin guiones y con homoclave) y Numero de Póliza (con guiones).
- Click en el botón "Búsqueda"
- Click en "Obtener XML y PDF" para descargar archivo.
- Se recomienda usar Google Chrome

REHABILITACIONES DE POLIZAS MI DOC ATM



Para poder solicitar la rehabilitación de una póliza **Mi Doc ATM** sólo será necesaria la **Solicitud de Rehabilitación** firmada por el **Contratante/Titular** mas **Identificación Oficial Vigente**.



SÍSNova Tu Seguro en Salud **SOLICITUD DE REHABILITACIÓN** Departamento de Emisión **Patrocinador Oficial** Comité Olímpico Mexicano

Fecha de la solicitud: _____

Póliza para rehabilitar		
Vigencia	del _____	al _____
Asegurado Titular		
Contratante (llenar en caso de ser diferente al Titular)		
Agente		
Clave del Agente		

A quien corresponda,

Por medio del presente, solicito la rehabilitación de la póliza señalada anteriormente que por falta de pago fue cancelada.

A continuación, explico los motivos de la falta de pago:

Hago de su conocimiento que desde el _____ (fecha de recibo pendiente de pago) hasta el día de hoy (fecha de solicitud), ninguno de los integrantes de la póliza en referencia ha recibido atención médica.

Estoy de acuerdo de que en caso de que proceda la autorización para rehabilitar mi póliza, no quedarán cubiertos por la Compañía:

- Cualquier accidente, enfermedad o riesgo cubierto, que haya iniciado entre la fecha de recibo pendiente de pago y el día de hoy, así como sus complicaciones y gastos complementarios.
- Cualquier gasto médico que se haya generado entre la fecha de recibo pendiente de pago y el día de hoy, incluso si ya existen pagos previos relacionados con dichos gastos.

Estoy consciente que de acuerdo con el artículo 52 de la Ley sobre el Contrato del Seguro estoy obligado a declarar aquellos hechos relevantes para la apreciación del riesgo que conozca al momento de firmar este documento, y de que en caso contrario como lo es la no declaración, la inexacta o la falsa declaración, podrá generar que cesen de pleno derecho las obligaciones de la Compañía respecto a la póliza en referencia.

Firma del Titular	Firma del Contratante o Representante Legal	Firma del Agente
-------------------	---	------------------



Esta información deberá ser enviada al correo electrónico
rehabilitacionmty@sisnova.com.mx



La póliza podrán ser rehabilitada una sola ocasión durante la vigencia.

PROCESO DE REPORTE HOSPITALARIO



1

El hospital se comunica al CAT para notificar el ingreso y el CAT revisa condiciones de póliza, registra y proporciona al hospital el # de folio para seguimiento.

2

*El CAT notifica el ingreso al área médica.
El área médica solicita documentación vía correo electrónico al hospital.*

- *Informe medico*
- *Aviso de accidente y/o enfermedad*
- *Notas de evolución*
- *Credenciales*
- *Estudios de imagen*

3

El área médica analiza la información y determina si PROCEDE EL PAGO DIRECTO O NO (autorización y/o rechazo).

IMPORTANTE: Recuerda que el área médica cuenta con 24 hrs para emitir respuesta después de recibir la información completa y 2 hrs para la respuesta en altas hospitalarias.

Si procede se envía carta de autorización al hospital.
No procede se emite carta rechazo al hospital.

PROCESO PARA PROGRAMACION DE CIRUGIA



1

El asegurado envía los siguientes documentos al correo programacionesasegurados@sisnova.com.mx debidamente requisitados.

- Aviso de Accidente y/o Enfermedad
- Informe Medico
- Estudios comprobatorios del diagnostico (resultados e interpretaciones).

2

Si la documentación esta completa se asigna folio y se responde en el mismo correo por el cual se envió la solicitud.

Muy importante el número de folio, con ese se da seguimiento.

3

El área médica analiza la información y determina si PROCEDE LA PROGRAMACIÓN O NO (autorización y/o rechazo).

4

El correo por el que se envía la respuesta es:

programacionesasegurados@sisnova.com.mx

En caso de aclaración o estatus de folio se deberá enviar correo a aclaracionesasegurados@sisnova.com.mx

El tiempo de respuesta de 7 días hábiles, todas las solicitudes ingresadas después de las 3:00 pm se cuentan como ingresadas el siguiente día hábil.

PROCESO PARA REEMBOLSO GMM



1

El asegurado envía los siguientes documentos al correo reembolsosasegurados@sisnova.com.mx debidamente requisitados.

- Carta Remesa
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad
- Estudios confirmatorios del diagnostico
- Indicaciones Medicas (recetas)
- Recibos de honorarios (pdf y xml)
- Factura (pdf y xml) de medicamentos y ticket de compra
- Si fueron indicados estudios incluir, Orden del estudio y copia del estudio
- Factura de los estudios (pdf y xml)
- En caso de hospitalizacion, factura del hospital y desglose (pdf y xml)
- Identificación Oficial vigente y cuanta clabe

2

Si la documentación esta completa se asigna folio y se responde en el mismo correo por el cual se envió la solicitud.
Muy importante el número de folio, con ese se da seguimiento.

3

El área médica analiza la información y determina si PROCEDE EL PAGO O NO (autorización y/o rechazo).

El tiempo de respuesta de 7 días hábiles, todas las solicitudes ingresadas después de las 3:00 pm se cuentan como ingresadas el siguiente día hábil.

Responsable mesa de control Reembolsos y Programaciones de Cirugía
Martin Vidal Castillo correo mvcastillo@sisnova.com.mx
Tel.- (81) 4780-4639 Ext.- 167

4

La respuesta se envía al mismo correo que solicito el folio.

5

Se envía carta rechazo o informativa o en su caso finiquito y comprobante de pago.

PROCESO PARA REEMBOLSO MI DOC DEDUCIBLE



1

El asegurado envía los siguientes documentos al correo reembolsosasegurados@sisnova.com.mx

debidamente requisitados.

- Carta Remesa
- Copia de Informe Medico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad del evento cubierto (Póliza Primaria)
- 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 vigente y cuanta clave
- 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.

2

Si la documentación esta completa se asigna folio y se responde en el mismo correo por el cual se envió la solicitud.

Muy importante el número de folio, con ese se da seguimiento.

3

El área médica analiza la información y determina si PROCEDE EL PAGO O NO (autorización y/o rechazo).

4

La respuesta se envía al mismo correo que solicito el folio.

5

Se envía carta rechazo o informativa o en su caso finiquito y comprobante de pago.

El tiempo de respuesta de 7 a 10 días hábiles, todas las solicitudes ingresadas después de las 3:00 pm se cuentan como ingresadas el siguiente día hábil.

Responsable mesa de control Reembolsos
Martin Vidal Castillo correo mvcastillo@sisnova.com.mx
Tel.- (81) 4780-4639 Ext.- 167

PROCESOS OPERATIVOS

Proceso para Aplicación de pagos.

1.- Enviar comprobante de pago haciendo mención de numero de póliza y numero de recibo a Fátima Mata al correo fmmata@sisnova.com.mx, *Tel.- (81) 8647-0306 Ext 146*

Proceso para Cargos a Tarjeta.

1.- Enviar formato debidamente requisitado y firmado (importante especificar si es cargo único o se programaran el resto de los cargos) a Pamela Flores al correo pgflores@sisnova.com.mx *Tel.- (81) 8647-0306 Ext 155*

2.- Otra opción para cargo a tarjeta es marcar al 01800-8770-200 para hacerlo directamente.

Aclaración de Facturación.

1.- La factura se puede descargar desde el portal en caso de que no este la factura en el portal hay que solicitar la factura a Carla Moreno cvmoreno@sisnova.com.mx, y Héctor Rodríguez hirodriguez@sisnova.com.mx *Tel.- (81) 8647 0306 Ext. 145 y Ext 124.*

Proceso para Comisiones.

1.- Los estados de cuenta se deberán solicitar a Hermilo González hgonzalez@sisnova.com.mx o bien descargarlo desde el portal de agentes en el modulo de Mis Comisiones/Estado de cuenta *Tel.- (81) 8647 0306 Ext 130*

2.- La factura se deberá subir al portal y para seguimiento es con Arlette Rojas arojas@sisnova.com.mx *Tel.- (81) 8647 0306 Ext 160.*

Movimientos posteriores o que no se pueden realizar en portal de agentes.

1.- Se solicitan directamente con Mesa de Control.

MESA DE CONTROL EMISION



Movimientos que se pueden solicitar en Mesa de Control

- Cambios de Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, Sumas Aseguradas, Nivel Hospitalario, Suma cobertura maternidad, Cobertura de Medicamentos, etc.
- Inclusión de coberturas
- Altas de Asegurados en pólizas ya existentes.
- Bajas de Asegurados en pólizas ya existentes.
- Cambios de Forma de Pago (implica reexpedición, se debe solicitar primero la cancelación, y luego el cambio de forma de pago).
- Corrección de Fecha de Nacimiento.
- Corrección en Genero.
- Cambios de Agente, Promotoría, etc.
- Reconocimiento de Antigüedad.
- Corrección de Póliza Primaria (Mi Doc Deducible).
- Cancelación de Póliza.

Es importante que en el **ASUNTO** especifiquen el tipo de movimiento, así como datos clave, esto para un mejor seguimiento e identificación de cada petición, por ejemplo:

Asunto: *ALTA + NUMERO DE POLIZA + NOMBRE DEL CONTRATANTE*

Asunto: *CORRECCION FECHA DE NACIMIENTO + NUMERO DE POLIZA + NOMBRE CONTRATANTE*

El correo que tendrán a su disposición para estas peticiones es el siguiente:

mesadecontrolmty@sisnova.com.mx

Tiempo de respuesta 7 días hábiles

ALTA DE AGENTES

Requisitos para alta de agente (Persona Física).

- 1.- Copia Cedula Agente vigente.
- 2.- Copia de la póliza de Responsabilidad Civil
- 3.- Copia de Inscripción (cedula) del RFC
- 4.- Copia Credencial de Elector
- 5.- Copia de Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)
- 6.- Copia de Estado de Cuenta donde aparezca la cuenta clave de 18 dígitos.

Requisitos para alta de agente (Persona Moral).

- 1.- Copia Cedula Agente vigente.
- 2.- Copia de la póliza de Responsabilidad Civil
- 3.- Copia de Inscripción (cedula) del RFC
- 4.- Copia Credencial de Elector (representante legal)
- 5.- Copia de Comprobante de Domicilio (antigüedad no mayor a 3 meses)
- 6.- Copia de Estado de Cuenta donde aparezca la cuenta clave de 18 dígitos.
- 7.- Copia Acta Constitutiva
- 8.- Poder del Representante Legal.

Toda esta información se deberá **enviar directamente a Hermilo Gonzalez** hgonzalez@sisnova.com.mx y a Arlette Rojas arojas@sisnova.com.mx o si eres promotor puedes cargar la información directamente en portal.

A close-up photograph of two hands, one from a person in a white lab coat and the other from a person in a white shirt, gently holding a large, translucent pink heart. The heart is the central focus, symbolizing care and gratitude. The background is slightly blurred, showing the lab coats and stethoscopes of the individuals.

Muchas Gracias!!!



Personas y Familias