

segucáncer



AFORE

BANCO

CASA DE BOLSA

SEGUROS

Objetivo



Es el producto que te permite reembolsar los gastos incurridos por el padecimiento de Cáncer hasta por los límites establecidos, sin importar que el Asegurado haya hecho uso de otro seguro para la atención o tratamiento del mismo, siempre y cuando no sea preexistente a la contratación de la póliza.

Este producto es indistinto de género, lo pueden contratar hombres o mujeres.

La suma asegurada es única y esta distribuida para atender los diversos procedimientos necesarios para este padecimiento.

Suma Asegurada	\$550,000
Deducible	\$0
Coaseguro	0%

Periodo de espera de 30 días

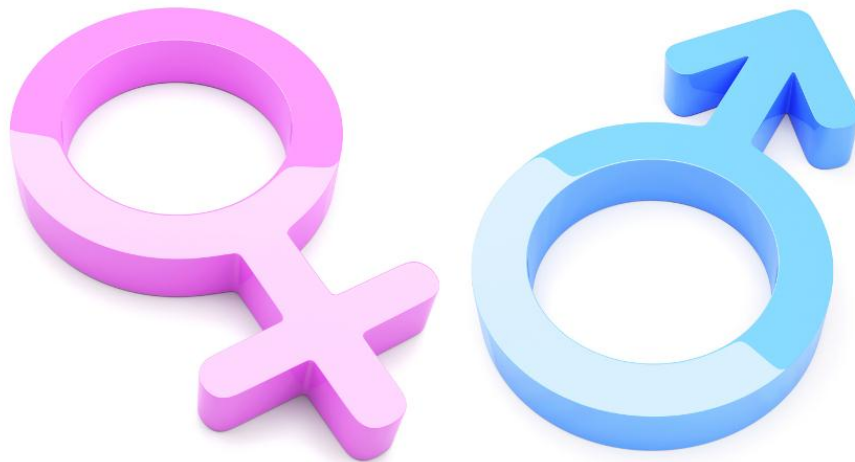
Edad de contratación: de 1 a 60 años

Edad de renovación: Hasta los 70 años



// Indemnización al Diagnóstico

Este producto opera en el momento de que al Asegurado se le diagnostique algún tipo de C nc r Cubierto por la póliza, por lo que Seguros Inbursa le pagar  en forma anticipada y por única vez **\$60,000** de la suma asegurada por este concepto, el resto de la suma asegurada se indemniza de acuerdo a los límites establecidos no importando si el Asegurado hizo uso de otra póliza para la atención o tratamiento del C nc r.



Concepto	Hasta
Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos	\$ 80,000.00
Gastos Totales por Cáncer de piel*	\$ 10,000.00
Anestesiólogo (aplicados sobre Honorarios Médicos)	30%
Primer Ayudante (aplicados sobre Honorarios Médicos)	20%
Segundo Ayudante (aplicados sobre Honorarios Médicos)	10%
Gastos de Hospital o Sanatorio por día	\$ 1,400.00
Cama Extra	Cubierto
Medicamentos y Tratamientos prescritos por el Médico	Cubierto
Gastos de Enfermería (Diarios)	\$ 800.00
Gastos totales por ambulancia (por padecimiento)	\$ 20,000.00
Gastos por Traspotación	\$ 20,000.00
Gastos de Tomografía con Emisión de Positrones	\$ 10,000.00
Terapias de dolor en casa	\$ 50,000.00
Consultas Psiquiátricas (por consulta, máximo 10)	\$ 1,000.00
Consultas con Nutricionista (por consulta, máximo 10)	\$ 1,000.00
Gastos Funerarios por Cáncer Cubierto	\$ 20,000.00
Segunda opinión Médica	\$ 1,000.00
Indemnización por Diagnostico	\$ 60,000.00

*El Melanoma Maligno se cubre con la Suma Asegurada Básica de acuerdo a Condiciones Generales.

- ❖ **Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.** Estarán cubiertos los Honorarios por intervención quirúrgica y/o consulta médica conforme al Tabulador Médico. También se cubren los honorarios de Anestesiólogo y ayudantes.
- ❖ **Cáncer de piel distinto al Melanoma Maligno.** En caso de diagnóstico de algún cáncer de piel, se cubrirá este concepto hasta por el monto indicado en el cuadro de límites.
- ❖ **Hospitalización.** Costo cubierto hasta por el monto indicado en el cuadro de límites por día de un cuarto privado estándar, con baño, medicamento alimentos proporcionados al Asegurado.



- ❖ **Cama extra.** Para el acompañante del Asegurado durante la estancia de este en el Hospital.
- ❖ **Medicamentos y Tratamientos** fuera del Hospital, siempre y cuando sean prescritos por los Médicos tratantes y que sean necesarios para el tratamiento de Cáncer Cubierto.
- ❖ **Honorarios de Enfermeros.** Siempre y cuando su atención sea prescrita por el Médico tratante y serán cubiertos hasta por el monto indicado en el cuadro de límites por día, con un máximo de 60 días.



- ❖ **Ambulancia.** Cubierto el número de veces necesaria hasta agotar el monto indicado en el cuadro de límites.

- ❖ **Transportación.** Se pagará el costo del boleto de ida y vuelta al Asegurado, desde su residencia hasta un Hospital que le proporcione los servicios médicos necesarios para el tratamiento de Cáncer Cubierto, puede ser a otro Estado de los Estados Unidos Mexicanos o al extranjero por medio del transporte que el Asegurado elija.
- ❖ **Tomografía con emisión de positrones.** Se cubrirá una por año para el seguimiento de Cáncer Cubierto y hasta por el monto indicado en el cuadro de límites.



- ❖ **Terapias del dolor en casa.** Se cubrirá este concepto para Asegurados con Cáncer Cubierto en estado terminal que necesiten asistencia sobre terapia de dolor, cuidados paliativos y analgésicos, siempre que sean prescritos por su Médico, cubiertas hasta por el monto indicado en el cuadro de límites. Éstas deberán ser proporcionadas por un Enfermero o personal de salud debidamente acreditado para las mismas.
- ❖ **Consultas con Nutricionistas.** Cubiertas con un máximo de 10 consultas, sin exceder de una consulta diaria, hasta por el monto indicado en el cuadro de límites.
- ❖ **Consultas Psiquiátricas.** Cubiertas con un máximo de 10 consultas, sin exceder de una consulta diaria, hasta por el monto indicado en el cuadro de límites.



- ❖ **Gastos Funerarios.** Cubiertos hasta por el monto indicado en el cuadro de límites, si durante la vigencia de esta póliza ocurre el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un Cáncer Cubierto. El importe correspondiente para este concepto se pagará a el(los) Beneficiario(s).
- ❖ **Segunda Opinión Médica.** Al presentarse un Diagnóstico de Cáncer Cubierto y el Asegurado solicite una segunda opinión estará cubierto hasta por el monto indicado en el cuadro de límites.



Con el servicio de Asistencia Medicalhome el Asegurado tendrá acceso a varios servicios de asistencia médica, quedando a cargo del Asegurado, en su caso, el costo de los mismos a precios preferenciales. Los servicios consisten en:

- a) Recomendaciones médicas vía telefónica**, se proporcionarán las 24 horas del día, los 365 días del año, en situaciones simples o de Emergencia Médica en donde el Asegurado será asesorado por un médico vía telefónica que evaluará la situación, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.
- b) Acceso a una red privada de Médicos y proveedores** de artículos de farmacia, se proporcionarán descuentos en aquellos servicios médicos y especialidades médicas, que se encuentren disponibles, los descuentos se realizarán en tratamientos quirúrgicos, estudios en laboratorios, gabinete e imagen, así como en diversos artículos de farmacia.
- c) Consulta médica domiciliada**, se proporcionará atención médica al Asegurado en el domicilio que éste lo solicite, para atender padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un médico a precios preferenciales.

d) Un servicio de ambulancia terrestre durante la vigencia de la póliza, en caso de Emergencia médica del Asegurado o de sus dependientes económicos que se encuentren en la póliza.

Los servicios que se establecen en los incisos b) y c) de esta sección estarán sujetos a la disponibilidad de los prestadores de servicio.

El Asegurado podrá consultar estos servicios en la página **www.medicallhome.com** y en los teléfonos **5201 7676** o larga distancia sin costo **01 800 633 4265**.

 **Medicall Home**
Tu acceso a la salud.®


** Quieres proteger
a tu familia las 24 hrs?**
Estamos cuando lo necesites en nuestro
Centro de Atención Médica Telefónica
5201•7676

Pólizas Iniciales y de Renovación

Edad	Prima Total	
	No Fumador	Fumador
De 1 a 49	1,816	2,088

Edad	Prima Total	
	No Fumador	Fumador
50	1,975	2,276
51	2,151	2,485
52	2,346	2,716
53	2,562	2,971
54	2,801	3,255
55	3,019	3,514
56	3,257	3,796
57	3,516	4,103
58	3,799	4,437
59	4,106	4,802
60	4,367	5,111

Sólo de Renovación

Edad	Prima Total	
	No Fumador	Fumador
61	4,647	5,443
62	4,946	5,797
63	5,265	6,176
64	5,607	6,581
65	5,973	7,014
66	6,364	7,478
67	6,782	7,973
68	7,230	8,503
69	7,708	9,070
70	8,220	9,677



La prima total incluye derecho de póliza de \$200 e I.V.A. del 16%

El pago de la prima podrá ser:

- ❖ Si no se domicilia: Contado, Semestral Trimestral.
- ❖ Si se domicilia con Inbursa: Contado, Semestral, Trimestral o Mensual sin recargo por pago fraccionado.
- ❖ Si se domicilia con otros bancos aplica recargo por pago fraccionado sobre prima anual del 4.5% (Semestral), 6% (Trimestral) ó 7% (Mensual).



➤ F-1729 Solicitud

En ella se deberá señalar que el producto a contratar es Segucáncer.

➤ F-1531 Condiciones Generales

➤ FP- 476 Díptico



