

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Importante: Por favor verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada por el solicitante, y no debe presentar rayaduras, tachaduras ni enmendaduras. Seguros Atlas, S.A. (en adelante Seguros Atlas) se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, lo que retrasará su proceso de inscripción.

Atención, indispensable leer antes de llenar: Se previene que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguros, el contratante, el solicitante y las personas por asegurar están obligados a declarar de conformidad con el cuestionario correspondiente todos los hechos importantes para la evaluación del riesgo, tal y como los conozca o deba conocer al momento de llenar y firmar esta solicitud. De lo contrario, cualquier omisión, falsa o inexacta declaración de un hecho importante que se pregunte, hará que se considere rescindido de pleno derecho el contrato de seguro que llegara a celebrarse, independientemente y sin perjuicio que también ocasionará la pérdida de los derechos que se deriven del mismo a favor de los asegurados o beneficiarios, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Atlas, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Nueva Solicitud Añadir Dependientes Coberturas Adicionales Reinstalación de Póliza Otro

Si cambió el plan, por favor indique el nombre del plan anterior: _____

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre completo o razón social

R.F.C. con homoclave

C.U.R.P.

Serie FIEL ⁽¹⁾

Folio mercantil ⁽²⁾

Ocupación o giro del negocio

Empresa o razón social donde trabaja
(en caso de ser persona física)

Ingresos mensuales

Nombre del representante legal (en caso de ser persona moral)

Relación con el solicitante

Domicilio (calle y número exterior e interior)

Colonia

Ciudad o población

Delegación o municipio

País

Entidad federativa

C.P.

Teléfono fijo

Teléfono celular

Fax

Correo electrónico

⁽¹⁾ # de Serie FIEL es el número de serie de firma electrónica avanzada. Llene esta información sólo si cuenta con ella.

⁽²⁾ Solo aplica para personas morales.

En cumplimiento del Art. 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas (LISF), por favor proporcione los siguientes datos:

¿Ha desempeñado el contratante algún cargo público? Sí No Fecha en que dejó el cargo: _____

¿Es el contratante o su cónyuge una persona políticamente expuesta, o son parientes de una persona políticamente expuesta? Sí No Tipo de parentesco: _____

En caso de tener nacionalidad extranjera: especifique las razones para efectuar un contrato en territorio nacional:

Contratante propietario real

¿Actúa por cuenta de un tercero? Sí No

En caso de respuesta positiva, solicitar y completar el Formato Conoce a tu Cliente de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas para propietario real.

Documentos del contratante

- Identificación oficial vigente legible (anverso y reverso): Pasaporte o documento que acredite su residencia temporal, permanente o internación en el país
- Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses: Documento que acredite su domicilio particular en el lugar de residencia permanente

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre completo

Masculino Femenino

Género

Soltero(a) Casado(a) Concubina o Concubinario

Estado civil

País y fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Estatura: M

Peso: Kg

Tipo de documento de identificación

Número de documento

País de emisión

Ocupación

Domicilio (calle y número exterior e interior)

Colonia

Ciudad o población

Delegación o municipio

País

Entidad federativa

C.P.

Teléfono fijo

Teléfono celular

Fax

Correo electrónico

Documentos del solicitante Nacional:

- Identificación oficial vigente legible (anverso y reverso)
- Comprobante de domicilio vigente no mayor a 3 meses
- R.F.C. y C.U.R.P.

Extranjero:

- Pasaporte o documento que acredite su residencia temporal, permanente o internación en el país
- Documento que acredite su domicilio particular en el lugar de residencia permanente

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

1 Nombres y Apellidos

Género: M F

Relación con el Titular

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Estatura: M

Peso: Kg

2 Nombres y Apellidos

Género: M F

Relación con el Titular

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Estatura: M

Peso: Kg

3 Nombres y Apellidos

Género: M F

Relación con el Titular

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Estatura: M

Peso: Kg

4 Nombres y Apellidos

Género: M F

Relación con el Titular

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Estatura: M

Peso: Kg

ELIJA SU PLAN SELECCIONE SU DEDUCIBLE (Fuera/Dentro de EE.UU.)

El deducible es en dólares americanos (USD)

<input type="checkbox"/> Medical Elite	<input type="checkbox"/> US\$500/ US\$1,000*	<input type="checkbox"/> US\$1,000/ US\$2,000*	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$3,000*	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000
<input type="checkbox"/> Premier Plus	<input type="checkbox"/> US\$500/ US\$1,250*	<input type="checkbox"/> US\$1,000/ US\$2,500*	<input type="checkbox"/> US\$3,000/ US\$4,000*	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000
<input type="checkbox"/> Global Care	<input type="checkbox"/> US\$500/ US\$1,000*	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000*	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000	
<input type="checkbox"/> Medical Care	<input type="checkbox"/> US\$1,000/ US\$1,000*	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000*	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000	

* Incluye maternidad

COBERTURAS ADICIONALES DISPONIBLES (ENDOSOS)

Complicaciones de Maternidad y del Recién Nacido
(disponible para Premier Plus, Global Care y Medical Care)

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR

- a. ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica local o internacional? Sí No
Si responde "Sí", por favor adjunte una copia de la carátula de la póliza y el comprobante del último pago. (La cobertura local no califica para la eliminación del período de espera.)
- b. ¿Piensa mantener esa cobertura? Sí No
- c. ¿Han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud de seguro de vida o gastos médicos a cualquiera de los solicitantes? Si responde "Sí", por favor adjunte detalles. Sí No

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Usted o alguno de sus dependientes tienen historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer o enfermedades congénitas o hereditarias? Si responde "Sí", por favor explicar: Sí No

Nombre del Solicitante	Relación con el Titular	Desorden o condición médica
Nombre del Solicitante	Relación con el Titular	Desorden o condición médica
Nombre del Solicitante	Relación con el Titular	Desorden o condición médica

HÁBITOS

¿Usted o alguno de sus dependientes fuma o ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si responde "Sí", por favor explicar: Sí No

Nombre del Solicitante	Tipo y cantidad de consumo	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual	Período (Desde-Hasta)
Nombre del Solicitante	Tipo y cantidad de consumo	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual	Período (Desde-Hasta)
Nombre del Solicitante	Tipo y cantidad de consumo	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual	Período (Desde-Hasta)

MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? Si responde "Sí", por favor proporcionar la siguiente información: Sí No

Nombre del Solicitante	Nombre del médico y especialidad	Tel. del médico
Nombre del Solicitante	Nombre del médico y especialidad	Tel. del médico
Nombre del Solicitante	Nombre del médico y especialidad	Tel. del médico

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos dos años? Si responde "Sí", por favor proporcionar la siguiente información: Sí No

Nombre del Solicitante	Descripción (incluya fechas y resultados)
Nombre del Solicitante	Descripción (incluya fechas y resultados)
Nombre del Solicitante	Descripción (incluya fechas y resultados)

CUESTIONARIO MÉDICO

Sección A: Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos diez años (con la excepción de las preguntas (a) y (b), las cuales deben declararse de por vida) haya padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades?

- a. Tumores malignos o benignos, cáncer. Si responde "Sí", por favor indique el tipo: _____ Sí No
- b. Cirugías, alguna condición médica que haya requerido un procedimiento quirúrgico. Si responde "Sí", por favor indique el diagnóstico: _____ Sí No
- c. Desórdenes infecciosos: síntomas, signos o enfermedades tales como sinusitis, hepatitis, bronquitis, neumonía, tuberculosis, SIDA, enfermedades de transmisión sexual. Sí No
- d. Desórdenes del sistema neurológico: síntomas, signos o enfermedades tales como convulsiones, cefalea, parálisis cerebral, demencia, retraso mental o del desarrollo, autismo, neuritis o accidente vascular encefálico. Sí No
- e. Desórdenes mentales: síntomas, signos o enfermedades tales como psicosis, esquizofrenia, neurosis, ansiedad, adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, desórdenes alimenticios, depresión. Sí No
- f. Desórdenes del sistema auditivo, olfatorio, visión, garganta: síntomas, signos o enfermedades tales como cataratas, queratócono, glaucoma, otosclerosis, tinnitus. Sí No
- g. Desórdenes del sistema endocrino: síntomas, signos o enfermedades tales como diabetes, síndrome metabólico, alteraciones de tiroides, hipófisis, páncreas, suprarrenales. Sí No
- h. Desórdenes del sistema cardiovascular: síntomas, signos o enfermedades tales como hipertensión arterial, obstrucción de arterias, enfermedades de válvulas cardíacas, trombosis, embolismo, insuficiencia cardíaca, arritmias, dislipidemias. Sí No
- i. Desórdenes del sistema respiratorio: síntomas, signos o enfermedades tales como asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema. Sí No
- j. Desórdenes hematológicos: síntomas, signos o enfermedades tales como alteración de glóbulos rojos, leucocitos, enfermedades autoinmunes, desórdenes de coagulación, inmunodeficiencias, alergias. Sí No
- k. Desórdenes de la piel: síntomas, signos o enfermedades tales como dermatitis, psoriasis. Sí No
- l. Desórdenes del sistema músculo esquelético: síntomas, signos o enfermedades tales como artrosis, artritis, gota, desórdenes de la columna vertebral, huesos, articulaciones, músculos, fracturas, accidentes, reemplazo articular o material de fijación. Sí No
- m. Desórdenes del sistema digestivo: síntomas, signos o enfermedades tales como úlceras, inflamación, enfermedad de Crohn, colitis, alteraciones del hígado o la vesícula biliar, sangramiento digestivo, hernias. Sí No
- n. Desórdenes del sistema urinario: síntomas, signos o enfermedades tales como insuficiencia renal, cálculos, quistes, enfermedades de la vejiga, uréteres o uretra. Sí No
- o. Género femenino: síntomas, signos o enfermedades relacionados con las mamas, el útero, los ovarios, las trompas o la vagina. Sí No
- p. Embarazos: ¿Está embarazada? En caso afirmativo, especifique edad gestacional: _____. Embarazos por algún método de fertilización ____, número de embarazos: ____, partos normales: ____, cesáreas: ____, motivo de las cesáreas: _____, abortos: ____, motivo de los abortos: _____, complicaciones del embarazo o del parto, embarazos múltiples, hijos con algún defecto del nacimiento, enfermedades congénitas o hereditarias: _____.
- q. Género masculino: síntomas, signos o enfermedades relacionados con la próstata o los órganos reproductores. Sí No
- r. Trasplantes: receptor, candidato, donante de órganos, tejidos o células madre. Sí No
- s. Condiciones congénitas y/o hereditarias: enfermedades congénitas, malformaciones o condiciones hereditarias. Sí No

- t. Otras condiciones: síntomas, signos o enfermedades tales como síndromes, tratamientos o consultas por cualquier condición no mencionada anteriormente. Sí No
- u. Medicamentos: algún medicamento que esté tomando o haya tomado de forma regular. Sí No

Sección B: Además de las enfermedades y condiciones mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos cinco años ...

- a. haya consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo sobre alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A? Sí No
- b. haya tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en la Sección A o en la pregunta (a) de esta Sección por lo cual haya o no consultado a un médico? Sí No

Nombre del paciente

Diagnóstico

Medicamento y dosis diaria

Costo mensual

Fecha del último chequeo médico (mm/dd/aaaa)

Nombre del médico primario

Tel. del médico

Dirección del médico primario

- c. ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, indique: Sí No

Nombre del paciente

¿Cuánto? Kg

¿Qué ocasionó el cambio de peso?

Sección C: Si usted ha indicado "Sí" en alguna pregunta de la Sección A o B, por favor provea información en esta sección y adjunte el reporte médico (puede utilizar una página adicional si requiere más espacio).

1 Nombre del Solicitante

Diagnóstico / Tratamiento

Nombre y dirección del médico/hospital

Fecha (Desde-Hasta)

2 Nombre del Solicitante

Diagnóstico / Tratamiento

Nombre y dirección del médico/hospital

Fecha (Desde-Hasta)

3 Nombre del Solicitante

Diagnóstico / Tratamiento

Nombre y dirección del médico/hospital

Fecha (Desde-Hasta)

4 Nombre del Solicitante

Diagnóstico / Tratamiento

Nombre y dirección del médico/hospital

Fecha (Desde-Hasta)

BENEFICIARIO

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular (cuando éste sea también el Contratante), para propósito de devolución de la prima no devengada y/o reembolso.

Nombres y apellidos

Fecha de nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Relación con el Titular

INFORMACIÓN DE PAGO

Modo de pago:

Anual Trimestral

Semestral Mensual

Tipo de pago:

Cheque Transferencia bancaria

Tarjeta de crédito Otro: _____

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Ciudad de México, teléfono 55.9177.5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, y en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con el establecido en el propio contrato, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información, ponemos a su disposición nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx, en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales).

Consentimiento

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas a tratar y, en su caso, transmitir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que hayamos celebrado o que en su caso se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente ha sido puesto a mi disposición. En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas y a hacer de su conocimiento los lugares en donde ese encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

AL FIRMAR, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- a. Seguros Atlas se reserva el derecho de aceptar o denegar su solicitud. La cobertura de la póliza no entrará en vigor hasta que se haya aprobado la solicitud, y se ha haya emitido la póliza. La cobertura de la póliza entrará en vigor el día primero o el día quince, dependiendo de la fecha que Seguros Atlas aprobó la solicitud.
- b. La información y las respuestas facilitadas son verdaderas, completas, correctas y no son falsas hasta donde tengo conocimiento (Información Completa), están correctamente desglosadas y revisadas por mí de buena fe. Entiendo que la información ofrecida en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la cobertura requerida y que cualquier omisión, tergiversación y/o error en dicha información será razón para la rescisión, cancelación o modificación de la cobertura que estoy solicitando. Acuerdo que en el caso de que aparezcan nuevos síntomas, signos o tratamiento de alguna afección médica en algunos de los solicitantes entre la fecha de la firma de la solicitud y la fecha efectiva de la póliza, debo notificar a Seguros Atlas de inmediato.
- c. Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o medicamento relacionado, aseguradora, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a Seguros Atlas, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a Seguros Atlas, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.

Hago constar que me he enterado debidamente de los alcances y limitaciones del producto que solicito y estoy de acuerdo con sus condiciones generales, las cuales me fueron puestas a disposición en la página web de Seguros Atlas: www.segurosatlas.com.mx.

Acepto que en caso de que sea admitido el contrato de seguro e incumpla con el pago de la prima en cualquiera de sus modalidades, el mencionado contrato de seguro cesará en sus efectos de pleno derecho y sin necesidad de declaración judicial.

Por este medio declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en la presente solicitud son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo del contrato propuesto y, por tanto, servirán de base para la celebración del mismo.

Como solicitante declaro que conozco el estado de salud de mis dependientes al momento de la firma de esta solicitud.

Con la firma de la presente solicitud, solicito a Seguros Atlas la entrega de mi documentación contractual de la siguiente manera:

- En formato PDF (Portable Document Format) a través del correo electrónico indicado en la presente solicitud o a través de los medios digitales empleados por Seguros Atlas.**
- Impresa en papel**

Nombre y firma del Contratante

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre y firma del Titular

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

AGENTE

IMPORTANTE: COMO AGENTE, ACEPTO COMPLETA RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD. DESCONOZCO DE ALGUNA CONDICIÓN QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD, LA CUAL AFECTARÍA LA ASEGURABILIDAD DE LOS SOLICITANTES.

Conozco al contratante y/o al solicitante desde hace _____ Años Meses

Si los conoce recientemente, indique quién se los refirió: _____

¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta Aseguradora? Sí No

¿Le consta que el contratante y/o solicitante llenó y firmó de su puño y letra esta propuesta en su presencia? Sí No

Hacemos de su conocimiento que de conformidad con lo dispuesto en la Fracción II del Art. 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se le impondrá pena y multa que al efecto disponga la autoridad a: “II. Los agentes de seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrarse, oculten a una institución de seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.”

Declaro bajo protesta de decir verdad que previo a la celebración del contrato, yo, agente de seguros, celebré la entrevista personal con el cliente o su apoderado, a fin de recabar los datos y documentos de identificación respectivos. Asimismo, declaro que la información contenida en este documento es verídica y que las copias de los documentos proporcionados por el cliente fueron cotejadas contra los originales, según lo dispuesto en el Art. 492 de la LISF, mismos que Seguros Atlas puede corroborar cuando lo considere necesario.

Nombre y firma del agente

Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)

Estimado solicitante: en cumplimiento a lo establecido en el Art. 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas en vigor, me permito informarle lo siguiente:

Nombre completo del agente

Tipo de autorización

Número de cédula y vigencia

Domicilio

Asimismo, conforme a la disposición convocada, le hago saber:

- Que no cuento con las facultades de representación de Seguros Atlas para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.
- Que sólo podré cobrar primas contra recibo oficial expedido por Seguros Atlas y que las primas así cobradas se entenderán recibidas por ésta.
- Que usted deberá llenar el cuestionario requerido por Seguros Atlas señalando todos los hechos importantes para la evaluación del riesgo que pudieran influir en las condiciones que se convengan.
- Que se da por enterado del alcance de la cobertura solicitada y de la forma de conservarla o darla por terminada, en los términos del formulario de solicitud de seguro que proporcione Seguros Atlas que entregó a usted en este acto.

Seguros Atlas, S.A.

Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B.
Col. Bosques de las Lomas
05120 Ciudad de México
Tel.: 55.9177.5000 Fax: 55.9177.5110
www.segurosatlas.com.mx
segatlas@segurosatlas.com.mx

UNIDAD ESPECIALIZADA

Ponemos a su disposición la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de Seguros Atlas, S.A., ubicada en Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B. Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120, Delegación Cuajimalpa, Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00, así como atención telefónica en los teléfonos 55.9177.5220 o 800.849.3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde se atenderá cualquier consulta o reclamación relacionada con la contratación de esta póliza de seguro.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF, podrá dirigirse a la oficina ubicada en Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle Delegación Benito Juárez, o consulte <https://www.gob.mx/condusef/acciones-y-programas/subdelegaciones-de-condusef> para ubicar la oficina más cercana a su domicilio, o comuníquese al teléfono 55.5340.0999 o al 800.999.8080 o correo electrónico 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 21 de febrero de 2024, con el número CNSF-S0023-0089-2024/CONDUSEF-G-01307-006.



Best Doctors México presta servicios de administración para estos planes internacionales de Seguros Atlas. Esta póliza de seguro ha sido emitida por Seguros Atlas, S.A. en su calidad de Institución Mexicana de Seguros.



Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B. | Col. Bosques de las Lomas | Ciudad de México C.P. 05120
Tel. 55.9177.5000 | segatlas@segurosatlas.com.mx | www.segurosatlas.com.mx