

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL PARA MÉDICOS, CIRUJANOS DENTISTAS Y ENFERMERAS

No. Registro: CNSF-S0094-0049-2011/CONDUSEF-000538-01

ÍNDICE

DEFINICIONES	2
CLÁUSULA 1 OBJETO DEL SEGURO	4
CLÁUSULA 2 COBERTURA	4
CLÁUSULA 3 COBERTURAS ADICIONALES	6
CLÁUSULA 4 SUMA ASEGURADA	8
CLÁUSULA 5 PRIMA	11
CLÁUSULA 6 VIGENCIA	11
CLÁUSULA 7 IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	9
CLÁUSULA 8 RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO	11
CLÁUSULA 9 REPORTE DE SINIESTRALIDAD	11
CLÁUSULA 10 GARANTÍA DE SERVICIO	12
CLÁUSULA 11 ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	12
CLÁUSULA 12 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	13
CLÁUSULA 13 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	14
CLÁUSULA 14 PÉRDIDA DE DERECHO A SER INDEMNIZADO	18
CLÁUSULA 15 PAGO DE INDEMNIZACIÓN	18
CLÁUSULA 16 PAGO DE INTERESES MORATORIOS	18
CLÁUSULA 17 TERRITORIALIDAD	20
CLÁUSULA 18 RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO	20
CLÁUSULA 19 PRESCRIPCIÓN	20
CLÁUSULA 20 COMPETENCIA	20
CLÁUSULA 21 SUBROGACIÓN	21
CLÁUSULA 22 PARTICIPACIÓN DEL AGENTE	21
CLÁUSULA 23 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO)	22
CLÁUSULA 24 NOTIFICACIONES	22
CLÁUSULA 25 MONEDA	22

DEFINICIONES

Para la adecuada interpretación de las presentes Condiciones Generales, las partes acuerdan las siguientes definiciones:

ASEGURADO: Médicos, cirujanos dentistas y enfermeras, todos de base y en servicio activo de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud y en los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas; así como los profesionistas en período de adiestramiento y que realicen estudios y prácticas de postgrado en dichas dependencias y entidades.

ASEGURADORA: La Aseguradora de Seguros que en este caso, Seguros Afirme S.A. de C.V., Afirme Grupo Financiero.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento expedido por la ASEGURADORA que contiene los datos del ASEGURADO, así como vigencia, cobertura, suma asegurada y prima.

CONAMED: La Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

COMISIONES ESTATALES DE ARBITRAJE MÉDICO: Los órganos desconcentrados, organismos descentralizados y organismos autónomos creados por los gobiernos de las entidades federativas para resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de servicios médicos.

CONTRATANTE: La Secretaria de Salud.

CONTRATO: Las Condiciones Generales, la carátula de la póliza, los endosos, los recibos de pago de primas forman parte del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Aseguradora.

DAÑO MORAL: Se entiende por daño moral la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas, de acuerdo a lo previsto por el artículo 1916 del Código Civil Federal.

ENDOSO: Documento por medio del cual se formalizan las modificaciones posteriores a la emisión de la póliza para que formen parte integral del contrato de seguro.

ERROR MÉDICO: Procedimiento médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Médicos Profesionales prestados por el Asegurado.

HECHOS U OMISIONES NO DOLOSAS: Son aquellos actos u omisiones que provocan un daño a un tercero, ocasionados por el asegurado sin intervención de su voluntad y como resultado de sus actividades.

INDEMNIZACIÓN: Es el resarcimiento del daño ocasionado por la realización del Riesgo amparado por el contrato de seguro.

PÓLIZA: Documento expedido por la Aseguradora en el que se harán constar las condiciones particulares y generales de la cobertura; así como, los derechos y obligaciones de las partes.

PERIODO DE COBERTURA ADICIONAL PARA NOTIFICAR RECLAMOS: Periodo de tiempo con extensión de cobertura que se otorga para cubrir reclamaciones que sean formuladas por primera vez en contra del Asegurado por errores médicos cometidos durante el período cubierto por la póliza.

PRESCRIPCIÓN: Pérdida del derecho del Asegurado para hacer valer cualquier acción derivada del contrato de seguro en contra de la Aseguradora, por el transcurso del tiempo.

PRIMA: Monto de la contraprestación que el Contratante se obliga a pagar a la Aseguradora en términos del contrato de seguro.

REHABILITACIÓN: Es el restablecimiento de las coberturas contratadas en la Póliza de seguros.

RIESGO: Evento futuro de realización incierta.

SINIESTRO: Es la realización del Riesgo cubierto en el presente Contrato de Seguro.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad que asume la Aseguradora respecto a los riesgos cubiertos por el contrato de seguro.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN: Documento (tarjeta plástica) expedido por la Aseguradora que contiene los datos individuales del Asegurado.

TERCERO RECLAMANTE: Usuario del servicio médico o representante legal o beneficiario con capacidad jurídica que estima que el Asegurado incurrió en una probable responsabilidad por hechos u omisiones no dolosos y que, en su caso, será el beneficiario de la indemnización resultado del siniestro.

USUARIO.- Persona física que recibe atención médica por parte del Asegurado.

CLÁUSULA 1

OBJETO DEL SEGURO

A través del presente seguro, la Aseguradora se obliga a cubrir la indemnización que el Asegurado deba a un tercero por el daño ocasionado, determinado mediante el ejercicio de acciones civiles, penales o administrativas en materia de responsabilidad profesional que se promuevan en su contra, por hechos u omisiones no dolosos cometidos por el Asegurado en el ejercicio de sus funciones al servicio de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud, y en los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas, o bien cuando se encuentre en período de adiestramiento o realizando estudios y prácticas de postgrado en dichas dependencias y entidades.

CLÁUSULA 2

COBERTURA

El presente seguro otorgará la siguiente protección al Asegurado sin exceder la suma asegurada establecida en la cláusula tercera de las presentes condiciones.

2.1 RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL

La Aseguradora se obliga a pagar los daños, el perjuicio y daño moral cuando sea consecuencia directa e inmediata de los daños, que el Asegurado cause a terceros derivado de un error médico cuando este tenga como consecuencia un detrimento a la salud o la muerte del usuario y por los que el Asegurado deba responder conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos, por hechos realizados sin dolo, ya sea por culpa negligente o imperita (acciones u omisiones) o por el uso de los mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosos por sí mismos y que dan lugar a responsabilidad civil. Estos aparatos pueden ser todos los usados para fines del diagnóstico o de la terapéutica, en cuanto estén reconocidos por la ciencia médica. Cuando el Asegurado se encuentre al servicio de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la Secretaría, y en los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas en los términos de las presentes condiciones.

Ámbito temporal de la reclamación

La Aseguradora cubrirá la indemnización que el Asegurado deba a un tercero, conforme a las presentes condiciones generales, por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a la Aseguradora, en el curso de la vigencia de esta póliza o dentro del siguiente año a la terminación de su vigencia.

póliza se extenderá a cubrir hechos no conocidos y reclamaciones al Asegurado ocurridos a partir del 1º de noviembre de 2003, siempre cuando la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a la Aseguradora, durante la vigencia de la póliza o durante el año siguiente.

Dentro de este apartado, se incluye la responsabilidad profesional del Asegurado derivada de:

- Las actividades que lleve a cabo en el desarrollo de la prestación del servicio para la salud conforme a las presentes condiciones.
- El uso de los mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, utilizados en el desempeño de su profesión, que dan lugar a responsabilidad civil, estos aparatos pueden ser todos los usados para fines del diagnóstico y de la terapéutica, en cuanto estén reconocidos por la ciencia médica.
- El suministro de materiales médicos, dentales o quirúrgicos a los pacientes y medicamentos necesarios para el tratamiento, siempre que los mismos hayan sido elaborados según receta médica que goce de licencia o autorización oficial.
- De cualquier virus de inmunodeficiencia humana (VIH), complejos relacionados con el SIDA o agentes patógenos del SIDA o de hepatitis por suministro de sangre o plasma de los bancos de sangre.
- Los daños causados en el ejercicio de su actividad, a compañeros y/o empleados de la Secretaría en el ejercicio de la actividad profesional contratada.
- La actividad de los alumnos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina y enfermería, que se encuentren a cargo del profesional médico, cirujano dentista y personal de enfermería así como los profesionistas en período de adiestramiento y que realicen estudios y prácticas de postgrado, quedarán cubiertas hasta un sublímite máximo de \$ 1'500,000.00 M. N. (un millón quinientos mil pesos moneda nacional), incluyendo los gastos de defensa legal, por cada uno de los sujetos aquí señalados.
- La práctica de la cirugía correctiva de anomalías congénitas, como la reconstructiva postraumática y la puramente estética; en esta última, así como la práctica de la odontología estética, se aclara que no se cubre la responsabilidad por la garantía de que el resultado obtenido no coincida con el proyectado.

2.2 DEFENSA LEGAL

La Aseguradora proporcionará defensa legal al Asegurado, por conducto de los servicios profesionales de un abogado en los casos en que el Asegurado se vea involucrado en uno o más procesos o procedimientos, en los términos de las presentes condiciones.

La Aseguradora asignará abogado(s) al Asegurado para que asuma la defensa legal de éste y atienda profesionalmente la controversia, civil, penal o administrativa, que se suscite hasta su total conclusión.

En todos los casos, el(los) Abogado(s) asignados por la Aseguradora para la defensa del Asegurado, deberán ser Licenciados en Derecho con cédula profesional vigente.

2.3 GASTOS DE DEFENSA.

A la Aseguradora corresponderá en todos los casos sufragar, tramitar y exhibir las fianzas o cauciones que la autoridad competente determine durante la substanciación de las averiguaciones previas, procesos, y procedimientos, derivados de la responsabilidad civil profesional cubierta, incluyendo la defensa legal judicial y extrajudicial de demandas para el cumplimiento de las obligaciones procesales correspondientes.

La Aseguradora cubrirá los honorarios del abogado que asigne al Asegurado para su defensa jurídica; así como los de los peritos que en su caso se requieran, en los términos del presente contrato.

Asimismo, la Aseguradora deberá cubrir los gastos y costas judiciales en que se incurra con motivo de la defensa del Asegurado.

2.4 INDEMNIZACIÓN

En el caso de que las autoridades competentes decreten la inhabilitación o suspensión del Asegurado y la inhabilitación o suspensión proceda de un ilícito civil no doloso o de un delito penal no doloso, la Aseguradora, pagará al Asegurado, por los meses completos o por su fracción por día, el importe del ingreso mensual comprobable y hasta un máximo de \$20,000.00 M.N. (veinte mil pesos 00/100 M. N.), hasta el tercer mes, a partir del mes siguiente en que la inhabilitación o suspensión haya sido determinada.

CLÁUSULA 3 COBERTURAS ADICIONALES

En adición a la cobertura básica, la Aseguradora a solicitud expresa del Asegurado y mediante el pago de una prima adicional, podrá extender la protección del seguro a través de las siguientes coberturas.

3.1 EXTENSIÓN AL EJERCICIO PRIVADO

La Aseguradora podrá hacer extensivas las coberturas descritas en la cláusula 2 de las presentes condiciones generales, para el desempeño de la profesión del Asegurado fuera de la Secretaría de Salud, los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y las Entidades Federativas, mediante la contratación voluntaria de una suma asegurada adicional a la especificada en la cobertura básica.

Dicha suma asegurada será empleada exclusivamente para la reparación del daño, el perjuicio y el daño moral, especificados en la cobertura básica en el ejercicio profesional del Asegurado fuera de la Secretaría de Salud.

Las sumas aseguradas que podrán elegir los Asegurados son las siguientes:

Suma Asegurada para Extensión al Ejercicio Privado:

\$1,000,000.00 M.N.

\$3,000,000.00 M.N.

\$5,000,000.00 M.N.

\$10,000,000.00 M.N.

3.2 AMPLIACIÓN DE SUMA ASEGURADA PARA EL EJERCICIO DENTRO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

La Aseguradora podrá hacer un incremento en la suma asegurada básica, descrita en la cláusula cuatro de las presentes condiciones generales, destinada para cubrir indistintamente la reparación del daño, el perjuicio y el daño moral, especificados en la cobertura básica y que se haya generado cuando el Asegurado se encuentre al servicio de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud, y en los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas.

Los incrementos en la suma asegurada básica se describen a continuación.

\$3,000,000.00 M.N.

\$5,000,000.00 M.N.

\$10,000,000.00 M.N.

En caso de que el Asegurado voluntariamente desee potenciar la suma asegurada de la póliza o hacer extensiva la cobertura para el desempeño de su profesión fuera de la Secretaría de Salud, los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y las Entidades Federativas, deberán personalmente solicitarlo ante la Aseguradora y pagar en su totalidad el costo de la diferencia entre la suma básica asegurada y dicha potenciación y/o la diferencia correspondiente a la extensión de la cobertura, bajo los mismos esquemas que operan para el pago de la suma asegurada básica.

3.3. PERIODO DE COBERTURA ADICIONAL PARA NOTIFICAR RECLAMOS

La Aseguradora podrá otorgar un periodo adicional para notificar reclamos mediante el pago de la prima correspondiente, por un periodo de hasta seis años a los Asegurados que así lo soliciten en caso de que la Póliza no sea renovada, o bien cuando el Asegurado termine su relación laboral con la entidad en la que fue contratada la póliza.

CLÁUSULA 4 SUMA ASEGURADA

La suma asegurada básica por Asegurado será hasta por \$3'500,000.00 (tres millones quinientos mil pesos 00/100 M.N.), los cuales serán utilizados para cubrir indistintamente la reparación del daño, el perjuicio y el daño moral, cuando sea consecuencia directa e inmediata de los daños causados por el Asegurado, así como fianzas, cauciones y honorarios derivados del siniestro.

Los pagos efectuados por la Aseguradora derivados de un siniestro en ningún caso generaran el pago de coaseguro ni deducible.

En el supuesto que se presente un siniestro que disminuya la suma básica asegurada, esta podrá ser reinstalada a solicitud del Asegurado, siendo a su cargo el costo de dicha reinstalación, bajo los mismos esquemas de pago que operen para el pago de la suma básica.

CLÁUSULA 5 PRIMA

5.1. LUGAR Y FORMA DE PAGO

La prima total que el Contratante pagará a la Aseguradora, será la suma de la prima correspondiente a cada Asegurado, la cual será determinada conforme a la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la prima se efectuará de manera fraccionada: las Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud y Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas cubrirán el cincuenta por ciento y los ASEGURADOS el otro cincuenta por ciento.

El cincuenta por ciento que corresponde a las Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados de la Secretaría y Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas se pagará conforme al siguiente calendario:

TRIMESTRE PERÍODO PRESENTACIÓN DEL REPORTE TRIMESTRAL PARA PAGO DE PRIMAS FECHA DE PAGO

1 (*)

ENERO

A

MARZO

DEL 1 AL 7 DE ABRIL DEL 2011

27 DE ABRIL DE 2011

2 (***)

ABRIL

A

JUNIO

DEL 1 AL 7 DE JULIO DEL 2011

27 DE JULIO DE 2011

(**)

AJUSTE POR

DIFERENCIAS AL

2o. TRIMESTRE

DEL 8 AL 15 DE JUNIO 2011

05 DE JULIO DE 2011

3 (***)

JULIO

A

SEPTIEMBRE

DEL 1 AL 7 DE OCTUBRE DEL

2011
27 DE OCTUBRE DE 2011
4 (***)
OCTUBRE
A
DICIEMBRE
DEL 4 AL 8 DE ENERO DE 2012
27 DE ENERO DE 2012
(**)
AJUSTE POR
DIFERENCIAS AL
4o TRIMESTRE
DEL 11 AL 15 DE ENERO DEL
2012
05 DE FEBRERO DE 2012
5 (***)
ENERO
A
MARZO
DEL 1 AL 7 DE ABRIL DEL 2012
27 DE ABRIL DE 2012
6 (***)
ABRIL
A
JUNIO
DEL 1 AL 7 DE JULIO DEL 2012
27 DE JULIO DE 2012
(**)
AJUSTE POR
DIFERENCIAS AL
5o TRIMESTRE
DEL 9 AL 22 DE JULIO 2012
10 DE AGOSTO DE 2012
7 (***)
JULIO
A
SEPTIEMBRE
DEL 1 AL 7 DE OCTUBRE DEL
2012
26 DE OCTUBRE DE 2012
8 (***)
OCTUBRE
A
DICIEMBRE
DEL 3 AL 7 DE ENERO DE 2013
25 DE ENERO DE 2013
(**)
AJUSTE POR
DIFERENCIAS AL
7o TRIMESTRE
DEL 10 AL 21 DE ENERO DEL
2013

11 DE FEBRERO DEL 2013

(*) Las primas del primer trimestre se pagarán conforme a la plantilla ocupacional de médicos, cirujanos dentistas, personal de enfermería de las Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas.

(**) El ajuste de primas de los trimestres se efectuará al término de cada uno. De resultar diferencias a favor de la Aseguradora, ésta emitirá el aviso de adeudo para que le sea cubierto el importe. En caso de que la diferencia sea a cargo de la Aseguradora, la Secretaría de Salud emitirá el aviso de adeudo para que la Aseguradora reintegre el importe excedente.

(***) Las primas de cada trimestre se pagarán con la información del trimestre anterior.

Los ajustes de primas que se originen trimestralmente por la diferencia entre la plantilla ocupacional y la plantilla funcional de los médicos, cirujanos dentistas y personal de enfermería se realizarán en el trimestre inmediato siguiente del trimestre de que se trate.

Los pagos correspondientes a Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la SECRETARÍA se llevarán a cabo en las fechas establecidas en el calendario, arriba señalado, en las oficinas de la Dirección de Personal, de la Dirección General de Recursos Humanos, sita en Av. Paseo de la Reforma No. 10 Edificio Torre Caballito, Piso

24, Col. Tabacalera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06030, México, D.F., en un horario de las 9:00 a las 18:00 horas. Los correspondientes a los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas serán enteradas a la Aseguradora por sus direcciones de administración u homólogas, cuya ubicación física será proporcionada por la Dirección General de Recursos Humanos a través de la Dirección General Adjunta de Relaciones Laborales, la que proporcionará los domicilios y los nombres de los funcionarios responsables en cada uno de los Organismos Públicos Descentralizados y en las Entidades Federativas, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la firma del contrato, a la cuenta bancaria que la Aseguradora habilite para tal fin; El cincuenta por ciento correspondiente a cada Asegurado se pagará de la siguiente forma: El importe correspondiente a las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados lo llevará a cabo la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales, sita en Av. Paseo de la Reforma No. 10 Edificio Torre Caballito, Piso 2, Col. Tabacalera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06030, México, D.F., el correspondiente a los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas se realizará en el edificio sede de cada Dirección de Administración u homóloga, cuya ubicación física será proporcionada por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud en un plazo no mayor a los 10 días hábiles posteriores a la firma del contrato.

Para tal efecto, la Aseguradora deberá establecer los mecanismos de enlace y comunicación pertinentes, a efecto de que las retenciones generadas por el pago de primas, sean radicadas de manera ágil y sistemática.

El padrón global detallado será proporcionado a la Aseguradora por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud para la emisión de la póliza. La Aseguradora deberá emitir las facturas que sean requeridas por la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, derivadas de la póliza y de cada uno de los endosos.

En caso de que las facturas entregadas por la Aseguradora para su pago presenten errores o deficiencias, la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría o en su caso el Organismo Público Descentralizado correspondiente, indicará por escrito a ésta las deficiencias que deberá corregir

5.2. CESACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO

En caso de que la Prima, o cualquier fracción de la misma, no hubiera sido pagada dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 doce horas del último día de dichos plazos. Lo anterior de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 6 VIGENCIA

La vigencia del contrato iniciará a las 00:01 horas del día 1o. de enero de 2011 y concluirá a las 24:00 horas del 31 de diciembre del 2012, sin perjuicio de los plazos establecidos en para la cobertura del seguro que se establezcan en las presentes condiciones.

La póliza entrará en vigor para los Asegurados de nuevo ingreso a partir de que cause alta en las Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados de la Secretaría de Salud y Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas.

CLÁUSULA 7 IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

Con base en la información de los Asegurados que le proporcione el Contratante, la Aseguradora, dentro de los 30 días hábiles siguientes, emitirá junto con los certificados una tarjeta de identificación (tarjetas plásticas) para cada Asegurado, la cual se deberá presentar para el pago de cualquier reclamación. Tanto los certificados como las tarjetas se deberán remitir a las 32 entidades federativas, en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos a través de la Dirección Adjunta de Relaciones Laborales de la Secretaría de Salud, la que proporcionará a la Aseguradora los domicilios y nombres de los funcionarios responsables de cada uno de los Organismos Públicos Descentralizados.

CLÁUSULA 8 RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA

En caso de que, por negligencia de la Aseguradora, caso fortuito o fuerza mayor, el Asegurado quedara bajo cualquiera de los siguientes supuestos: a) privado de su libertad, b) suspendidos en su ejercicio profesional, c) privado de sus ingresos y/o d) resienta un desprestigio profesional, la Aseguradora tendrá que asumir en su totalidad los daños y perjuicios derivados de la actualización de tales supuestos independientemente de la suma asegurada.

CLÁUSULA 9 REPORTE DE SINIESTRALIDAD

La Aseguradora deberá entregar conforme al calendario establecido en la cláusula de prima, tanto en el meido magnético que determine el Contratante como impreso, los reportes y requisitos de administración en forma particular a los Organismos Públicos Descentralizados y Entidades Federativas y en forma global a la Secretaría de Salud, en la siguiente forma: Reporte de siniestralidad, de prima total devengada, de siniestralidad por montos pagados, anexando copia del formato de liquidación firmado por el Asegurado y/o Abogado en convenio, según sea el caso, y cualquier otro reporte que la Aseguradora pueda ofrecer o la Secretaría requiera.

CLÁUSULA 10 GARANTÍA DE SERVICIO

La Aseguradora deberá contar con Oficinas de atención al personal que garanticen la prestación del servicio a todas las Unidades Centrales, Órganos Desconcentrados, así como a los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas; y a tener una línea telefónica con servicio las 24 horas (01-800), los 365 días del año y cobertura a nivel nacional, que proporcione información sobre coberturas, procedimientos, etc.

CLÁUSULA 11 ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

La administración de la PÓLIZA del seguro, así como la calificación y determinación de los incumplimientos en que incurra la Aseguradora corresponderá en su ámbito general a la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud y en el ámbito específico a cada uno de los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y a los de las Entidades Federativas.

En caso de incumplimiento en la prestación del servicio, corresponderá a los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal, así como de las Entidades Federativas, presentar ante la Aseguradora las reclamaciones que correspondan, a través de su Dirección de Administración u homóloga, generadas por la administración u operación del seguro hasta agotar los procedimientos administrativos ante la Aseguradora. En lo que respecta a las Unidades Centrales y los Organos Desconcentrados de la Secretaría, la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría, será la instancia responsable de hacerlo.

En caso de que el incumplimiento en la prestación del servicio respecto de los endosos de los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas, exija la interposición de acciones y defensas legales, corresponderá ejercitarlas y hacerlas valer a sus respectivas áreas jurídicas. Por lo que hace, a las Unidades

Centrales y los Órganos Desconcentrados, la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría será la competente para hacerlo.

Lo anterior, sin menoscabo de los derechos, acciones y defensas que pudieran corresponder a los Asegurados en los términos de las presentes condiciones generales.

Los organismos públicos descentralizados de carácter federal y de las entidades federativas tendrán las siguientes obligaciones:

- a) Mantener actualizado el padrón de Asegurados conforme a las directrices que señale la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría.
- b) Proporcionar la información que requiera la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría o la Aseguradora para la debida administración la póliza, los endosos y los certificados individuales.
- c) Cumplir en todos sus términos las obligaciones inherentes a ellos.

CLÁUSULA 12

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) El Asegurado se obliga a reintegrar a la Aseguradora el importe de la caución depositada en su nombre, en cuanto la autoridad respectiva realice la devolución de la misma;
- b) Cuando el Asegurado, legalmente notificado, no asista a las audiencias, actuaciones y diligencias ordenadas por la autoridad competente, incurriendo en desacato y/o rebeldía y a consecuencia de esto, no sea posible la recuperación de la caución depositada, éste se obliga a reintegrar el importe de la misma a la Aseguradora, en el momento en el que se requiera. Además, la Aseguradora quedará exenta de otorgar por segunda vez una caución para garantizar la libertad del Asegurado;
- c) El Asegurado, una vez que sea legalmente emplazado a juicio, citado o presentado ante la autoridad ministerial o judicial o notificado de cualquier diligencia o actuación judicial o derivada de un procedimiento alterno al judicial en su contra, tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento de la Aseguradora en un plazo que no exceda de veinticuatro horas;
- d) Si el Asegurado cuenta con otros seguros por los mismos riesgos, deberá declararlos a solicitud de la Aseguradora o al actualizarse cualquiera de los riesgos cubiertos;
- e) El Asegurado se obliga a ejercitar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en derecho que le sean planteadas por la Aseguradora;
- f) El Asegurado se obliga a comparecer en todo proceso, procedimiento, diligencias o actuaciones derivados de las acciones legales que se ejerzan en su contra y;
- g) El Asegurado se obliga a otorgar la representación jurídica que corresponda a favor del o los abogados que la Aseguradora designe para su defensa. En caso de que el Asegurado opte por otorgar la representación jurídica a un abogado ajeno a la Aseguradora, perderá los beneficios de la póliza.

CLÁUSULA 13

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

a) Aviso de reclamación: El Asegurado se obliga a comunicar a la Aseguradora, tan pronto tenga conocimiento, las reclamaciones o demandas recibidas por él o por sus representantes, a cuyo efecto, le remitirá los documentos o copias de los mismos, que con ese motivo se le hubieren entregado y la Aseguradora se obliga a manifestarle, de inmediato y por escrito, que no asume la dirección del proceso, si éste fuera su decisión.

Si no realiza dicha manifestación en la forma prevista, se entenderá que la Aseguradora ha asumido la dirección de los procesos seguidos contra el Asegurado y éste deberá cooperar con ella, en los términos de los siguientes incisos de esta cláusula.

En el supuesto de que la Aseguradora no asuma la dirección del proceso, expensara, por anticipado, al Asegurado, hasta por la cantidad que se obligó por este concepto, para que éste cubra los gastos de su defensa, la que deberá realizar con la diligencia debida.

b) Cooperación y asistencia del Asegurado con respecto a la Aseguradora: El Asegurado se obliga, en todo procedimiento que pueda iniciarse en su contra, con motivo de la responsabilidad cubierta por el seguro: - A proporcionar los datos y pruebas necesarias, que le hayan sido requeridos por la Aseguradora para su defensa, en caso de ser ésta

necesaria o cuando el Asegurado no comparezca, - A ejecutar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en Derecho.

- A comparecer en todo procedimiento.

- A otorgar poderes a favor de los abogados que la Aseguradora designe para que los representen en los citados procedimientos, en caso de que no pueda intervenir en forma directa en todos los trámites de dichos procedimientos.

Todos los gastos que efectúe el Asegurado, para cumplir con dichas obligaciones, serán sufragados con cargo a la suma asegurada relativa a gastos de defensa.

Si la Aseguradora obra con negligencia en la determinación o dirección de la defensa, la responsabilidad en cuanto al monto de los gastos de dicha defensa no estará sujeta a ningún límite.

c) Reclamaciones y demandas: La Aseguradora queda facultada para efectuar la liquidación de las reclamaciones extrajudicial o judicialmente, para dirigir juicios o promociones ante autoridad y para celebrar convenios.

d) Beneficiario del seguro: El presente contrato de seguro atribuye el derecho a la indemnización directamente al tercero dañado, quien se considerará como su beneficiario, desde el momento del siniestro.

e) Reembolso: Si el tercero es indemnizado en todo o en parte por el Asegurado, éste será reembolsado proporcionalmente por la Aseguradora.

PROCEDIMIENTO CONAMED

El presente procedimiento se observará en los casos de quejas que se presenten en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o en las comisiones estatales de arbitraje médico en contra de las unidades centrales y órganos desconcentrados de la Secretaría de Salud, así como de los organismos descentralizados de carácter federal y de las entidades federativas en los que se encuentren adscritos los médicos, cirujanos dentistas

y enfermeras, todos de base, los residentes y los pasantes, todos ellos cubiertos por la póliza, siempre y cuando el motivo y pretensiones de la queja sean materia de cobertura de la póliza del Seguro.

1. La Dirección General de Conciliación o la Comisión Estatal de Arbitraje médico que corresponda, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que haya recibido el expediente clínico de la atención médica motivo de la queja, dará aviso mediante escrito o correo electrónico a la Aseguradora de la queja recibida. El aviso correspondiente contendrá la siguiente información:

a. Nombre de la institución de salud involucrada.

b. El servicio en donde presumiblemente se identifican las irregularidades.

c. El motivo de la queja.

d. El nombre del director de la institución de salud o del responsable de los recursos humanos en la misma.

2. La Aseguradora, recibido el aviso designará al personal que atenderá el

caso, el cual se presentará en las oficinas de Conamed para revisar la documentación que le permita identificar si alguno o algunos de los asegurados participó en la atención médica motivo de la queja y el alcance de su participación.

3. El área responsable de recursos humanos de la institución de salud proporcionará a la Aseguradora la información que le permita a ésta ponerse en contacto con el o los profesionales de que se trate. Dicha información se referirá por lo menos al nombre completo del profesional y un número telefónico en el cual se le pueda contactar.

4. La Aseguradora se pondrá en contacto con el o los profesionales involucrados a efecto de contar con su colaboración para el análisis del asunto, y en su caso informarle de cómo puede representarlo.

5. La Dirección General de Conciliación o la comisión estatal de arbitraje médico de que se trate podrá permitirle a la aseguradora, en sus oficinas, la consulta del expediente clínico relativo a la atención médica motivo de la queja, a fin de que la Aseguradora realice el análisis técnico jurídico del caso que le permita plantear una solución. En los casos en que se determine probable responsabilidad de la institución de salud, total o compartida, se dará aviso a Conamed y a la propia institución de salud con el fin de coadyuvar con ésta para encontrar la mejor solución del caso.

6. La Dirección General de Conciliación o la comisión estatal de arbitraje médico de que se trate, con por lo menos cinco días hábiles de anticipación, dará aviso por correo electrónico a la Aseguradora de la celebración de la audiencia de conciliación.

7. Un abogado de la Aseguradora acompañará al representante de la institución de salud a la audiencia de conciliación, en los casos en que se haya determinado una probable responsabilidad médica por parte de uno o varios asegurados, quien formulará y hará frente a las propuestas económicas que permitan la solución de la queja.

8. De no lograrse la conciliación, el asunto se turnará para su resolución mediante el arbitraje de la Conamed o de la comisión estatal de arbitraje médico que corresponda; si el quejoso lo acepta y se podrán incluir como involucrados en la

queja al profesional o profesionales de la salud que hubieran participado en la atención médica. De darse dicho supuesto la Aseguradora asignará a un abogado que asista a los profesionales médicos en el procedimiento y de ser desfavorable para ellos el laudo, responderá en términos de la póliza.

9. Los contactos establecidos en el presente procedimiento se darán a través de los siguientes enlaces:

Conamed:

Subcomisionado Médico; 54 20 70 23

Directora General de Conciliación; 54 20 70 13

Comisiones estatales de arbitraje médico

La aseguradora: Juan Carlos Morales 51 40 30 40

10. Cualquier duda que surja o algún aspecto no contemplado en el presente procedimiento será resuelto de común acuerdo entre la Conamed y la Aseguradora.

a) La ASEGURADORA se obligará a plantear al tercero reclamante, en primera instancia la viabilidad de resolver la controversia mediante la vía alterna a la disputa judicial, federal o local en su caso, a través de la CONAMED o su equivalente en las Entidades Federativas en las que se cuente con este servicio.

b) En los casos en que el tercero reclamante acepte someter su caso al procedimiento arbitral, la Aseguradora resarcirá el daño de conformidad con lo estipulado en el convenio al que lleguen las partes, habiendo tomado en cuenta las propuestas que emita la CONAMED o su equivalente en las Entidades Federativas, o conforme al laudo que ésta pronuncie, para cubrir el monto del resarcimiento del daño, hasta el límite de la suma asegurada y de conformidad con las condiciones de la póliza.

c) Si la Aseguradora obra con negligencia o abandono de la defensa jurídica, el Asegurado podrá optar por contratar los servicios de un abogado externo a la Aseguradora, en cuyo caso la Aseguradora tendrá que cubrir al Asegurado el monto total de los gastos de defensa, así como los montos totales de las sentencias pecuniarias que se llegasen a dictar, hasta el total de la suma asegurada;

d) La Aseguradora tendrá que ejercitar las acciones, defensas, promociones y actuaciones necesarias para la substanciación de los procedimientos y/o procesos en los que se vea involucrado el Asegurado; y, en su caso, podrá convenir con el tercero reclamante, salvaguardando los mejores intereses jurídicos y patrimoniales del Asegurado.

e) La Aseguradora no reconocerá transacción, convenio o acto jurídico alguno que implique aceptación de responsabilidad del Asegurado, concertado sin consentimiento de la propia Aseguradora. La confesión de materialidad de un hecho por el Asegurado no puede ser asimilada al reconocimiento de una responsabilidad;

La indemnización a que haya lugar será liquidable en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

f) La responsabilidad de la ASEGURADORA respecto de los siniestros que se susciten durante la vigencia de la PÓLIZA, subsisten en el tiempo, pudiendo exigirse su cumplimiento aún concluida la vigencia de la póliza, de acuerdo a lo estipulado en la cobertura de RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL.

CLÁUSULA 14

PÉRDIDA DE DERECHO A SER INDEMNIZADO.

Las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas:

a) Si se demuestra que el Asegurado, el Tercero reclamante o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacer incurrir en error a la Aseguradora, disimulan o declaran inexactamente hechos relativos al siniestro que excluyan o puedan restringir sus obligaciones.

b) Si con igual propósito, el Asegurado no entrega a la Aseguradora con la debida oportunidad procesal la documentación o información necesaria para llevar a cabo la defensa jurídica; y c) Si hubiere en el Siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Asegurado, del Tercero reclamante o cualquiera de los representantes de éstos.

d) Si se demuestra que el Asegurado, el Tercero reclamante o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Aseguradora solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

e) Si el Asegurado incurre en el incumplimiento de las obligaciones a su cargo, pactadas en la cláusula "Obligaciones del Asegurado" de las presentes condiciones generales.

CLÁUSULA 15

PAGO DE INDEMNIZACIÓN.

Para el pago de las Indemnizaciones que en su caso se deriven del presente contrato, la Aseguradora puede requerir al Asegurado toda la información que sea necesaria para conocer el Siniestro, así como las circunstancias de su realización, esto de conformidad con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

La Aseguradora pagará la indemnización que resulte procedente conforme al presente contrato, dentro de los 10 días siguientes a que haya recibido todos los documentos e información que le permitan conocer las circunstancias del siniestro.

CLÁUSULA 16 INTERÉS POR MORA.

En caso de que la Aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la Indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio de conformidad con lo siguiente:

Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

La Aseguradora pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo de antecede, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Aseguradora se obliga a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden los párrafos 3 y 4 del presente punto, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre 365 trescientos setenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la Indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a los párrafos 2, 3 y 4 de este punto y se calcularán sobre el importe del costo de la reparación o reposición.

Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en esta cláusula. El pacto que pretenda extinguirlos o renunciarlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

CLÁUSULA 17 TERRITORIALIDAD.

Las coberturas amparadas por esta Póliza, se aplicarán en caso de reclamaciones ocurridas dentro del territorio de la República Mexicana.

CLÁUSULA 18 RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO.

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, todos los hechos importantes que deban ser conocidos por la Aseguradora para la correcta apreciación del Riesgo, y que hayan sido omitidos o declarados de manera inexacta por parte del Asegurado, dará lugar a que la Aseguradora pueda rescindir el contrato de seguro.

Asimismo, el Contrato será nulo o simplemente no producirá sus efectos si en el momento de su celebración el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado.

CLÁUSULA 19 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La Prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Aseguradora.

CLÁUSULA 20 COMPETENCIA

En caso de controversia entre el Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora, el Asegurado o reclamante podrá plantear su inconformidad ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Aseguradora, o bien, hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo en éste último caso determinar, a su elección, la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones. Lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

Las reclamaciones a que se refiere la presente cláusula deben ser presentadas dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho de que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Aseguradora a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el Juez del domicilio de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del Asegurado acudir ante la propia Aseguradora de Seguros, ante la CONDUSEF o ante los tribunales judiciales, para resolver la controversia que se haya suscitado.

CLÁUSULA 21 SUBROGACIÓN.

En los términos de la ley, una vez pagada la totalidad de la Indemnización correspondiente, la Aseguradora se subrogará hasta por la cantidad pagada en los derechos del Asegurado, así como las correspondientes acciones, contra los autores o responsables del Siniestro. Si la Aseguradora lo solicita y a costa de la misma, el Asegurado hará constar la Subrogación en escritura pública.

Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide totalmente la Subrogación, la Aseguradora quedara liberada de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la Subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

CLÁUSULA 22 PARTICIPACIÓN DEL AGENTE

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Aseguradora le informe el porcentaje de la prima que por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en el contrato de seguro. La Aseguradora proporcionará dicha información, por escrito por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la solicitud.

CLÁUSULA 23

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA (ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO)

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones.

CLÁUSULA 24 NOTIFICACIONES

Queda expresamente convenido que las notificaciones, requerimientos y comunicaciones a la Aseguradora por parte del Contratante o de los Asegurados deberán realizarse en el domicilio social de aquella, el cual se señala en la carátula de la Póliza de seguro contratada y en el entendido de que solo las que se realicen en dicho domicilio serán válidas y surtirán sus efectos legales.

Asimismo las notificaciones, requerimientos y comunicaciones que la Aseguradora deba realizar al Contratante y/o Asegurado, serán válidas y surtirán sus efectos legales cuando se realicen en el último domicilio que de ellos tenga registrado la Aseguradora.

CLÁUSULA 25 MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

“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 quedaron registradas ante la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**, a partir del día **20 de mayo de 2011 con el número CNSF-S0094-0049-2011**”.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE): Av. Ocampo 220 pte. Zona Centro, C.P. 64000. Tel: (81) 8318 3800 ext. 23901, correo electrónico: alejandro.cruz.diaz@afirme.com

Comisión Nacional de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF): Av. Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, D.F., Teléfono (55) 53400999, www.condusef.gob.mx

SEGUROS AFIRME, S.A. DE C.V., AFIRME GRUPO FINANCIERO

Ocampo 220 Poniente, Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, México
Teléfono: (81) 8318-3800 | Lunes a Viernes de 8:30 a 16:30 horas | www.afirme.com
Siniestros: 01-800-723-47-63 | Las 24 horas del día, los 365 días del año

**REVERSO DEL CERTIFICADO
SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL
PARA PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE LA SECRETARIA DE SALUD**

Alcance de la Cobertura

Tipo de seguro	Seguro de Responsabilidad Profesional
Objeto del Seguro	Seguro para proteger a médicos, cirujanos dentistas, personal de enfermería que en ejercicio de sus funciones al servicio de Secretaría de Salud, Unidades Centrales y Organos Desconcentrados, y los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas; así como los profesionistas en período de adiestramiento que realicen estudios y prácticas de postgrado en dichas dependencias y entidades sean objeto de acciones civiles, penales y/o administrativas en materia de responsabilidad profesional, por hechos u omisiones no dolosos, siempre y cuando la reclamación se presente por primera vez y por escrito al Asegurado y a la Aseguradora en el curso de la vigencia de la póliza o dentro del periodo extendido para reclamaciones.
Vigencia	Del 1 de enero del 2011 al 31 de diciembre del 2012.
Coberturas	Responsabilidad Civil y Penal:
	<p>SEGUROS AFIRME cubrirá la responsabilidad del ASEGURADO derivada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los daños, el perjuicio y daño moral cuando sea consecuencia directa e inmediata de los daños, que el ASEGURADO cause a terceros derivado de un ERROR MÉDICO y este tenga como consecuencia un detrimento a la salud o la muerte del USUARIO, y por los que el ASEGURADO deba responder conforme a la legislación aplicable en materia de responsabilidad civil vigente en los Estados Unidos Mexicanos, por hechos realizados sin dolo, ya sea por culpa negligente o imperita (acciones u omisiones). • La responsabilidad profesional del ASEGURADO derivada por el uso de los mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, utilizados en el desempeño de su profesión, que dan lugar a responsabilidad civil, estos aparatos pueden ser todos los usados para fines del diagnóstico y de la terapéutica, en cuanto estén reconocidos por la ciencia médica. • La responsabilidad profesional del ASEGURADO a consecuencia del suministro de materiales médicos, dentales o quirúrgicos a los pacientes y medicamentos necesarios para el tratamiento, siempre que los mismos hayan sido elaborados según receta médica en el establecimiento del asegurado que goce de licencia o autorización oficial. • La responsabilidad profesional imputable al ASEGURADO, que de acuerdo al desempeño de su profesión cause un daño derivado de cualquier virus de inmunodeficiencia humana (VIH), complejos relacionados con el SIDA o agentes patógenos del SIDA o de hepatitis por suministro de sangre o plasma de los bancos de sangre. • La responsabilidad profesional por los daños causados en el ejercicio de su actividad, a compañeros y/o empleados de la Secretaría de Salud en el ejercicio de la actividad profesional contratada. • La responsabilidad profesional por la práctica de la cirugía correctiva de anomalías congénitas, como la reconstructiva postraumática y la puramente estética; en esta última, así como la práctica de la odontología estética, se aclara que no se cubre la responsabilidad por la garantía de que el resultado obtenido no coincida con el proyectado. <p>Asegurado en el curso de la vigencia de la póliza o dentro del periodo extendido.</p>
	Defensa Legal:

	<p>SEGUROS AFIRME:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionará al ASEGURADO en los casos en que se vea involucrado en uno o más procesos o procedimientos en los términos de la póliza, la Defensa Legal a través de los servicios profesionales de un abogado designado por la propia compañía. <p>Gastos de Defensa:</p>
	<p>SEGUROS AFIRME:</p> <ul style="list-style-type: none"> Corresponderá en todos los casos, de sufragar, tramitar y exhibir las fianzas o cauciones que la autoridad competente determine durante la substanciación de las averiguaciones previas, procesos, y procedimientos, por concepto de la responsabilidad civil, incluyendo la defensa legal judicial y extrajudicial de demandas para el cumplimiento de las obligaciones procesales correspondientes. Cubrirá los honorarios del abogado que asigne al ASEGURADO para su defensa jurídica; así como los de los peritos que en su caso se requieran en los términos de la póliza.
Suma Asegurada	\$3,500,000.00 M.N. , en el caso de profesionistas médicos, cirujano dentista y personal de enfermería.
	\$1,500,000.00 M.N. , en el caso de alumnos de pregrado y pasantes de servicio social de medicina y enfermería que se encuentran a cargo del profesional médico, cirujano dentista y personal de enfermería, así como los profesionistas en periodo de adiestramiento y que realicen estudios y prácticas de postgrado
Beneficios Adicionales Optativos (Potenciación)	Ampliación de Suma Asegurada para el Ejercicio dentro de la Secretaría:
	En caso de que el ASEGURADO desee incrementar el límite de su Suma Asegurada lo podrá hacer de forma opcional, cubriendo un costo adicional al de su cobertura básica. Los incrementos podrán ser por: \$1,000,000.00 M.N., \$3,000,000.00 M.N., \$5,000,000.00 M.N. y \$10,000,000.00 M.N.
	Extensión al Ejercicio Privado:
	En caso de que el ASEGURADO voluntariamente desee hacer extensiva la cobertura para el desempeño de su profesión fuera de la Secretaría de Salud, los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y las Entidades Federativas, deberán solicitarlo previamente a SEGUROS AFIRME y pagar el costo correspondiente a dicha cobertura. La presente cobertura podrá ser contratada con las siguientes Sumas Aseguradas: \$1,000,000.00 M.N., \$3,000,000.00 M.N., \$5,000,000.00 M.N. y \$10,000,000.00 M.N.
Periodo extendido para la notificación de siniestros	1 año posterior al termino de vigencia,
	El ASEGURADO tendrá la opción de contratar un Periodo de Cobertura Adicional para Notificar Reclamos de hasta 6 años posteriores al termino de la vigencia, con un costo adicional, dependiendo del número de años que desee la cobertura.
Obligaciones del Asegurado	a) El ASEGURADO se obliga a reintegrar a la ASEGURADORA el importe de la caución depositada en su nombre, en cuanto la autoridad respectiva realice la devolución de la misma;

- b) Cuando el ASEGURADO, legalmente notificado, no asista a las audiencias, actuaciones y diligencias ordenadas por la autoridad competente, incurriendo en desacato y/o rebeldía y a consecuencia de esto, no sea posible la recuperación de la caución depositada, éste se obliga a reintegrar el importe de la misma a la ASEGURADORA, en el momento en el que se requiera. Además, la ASEGURADORA quedará exenta de otorgar por segunda vez una caución para garantizar la libertad del ASEGURADO;
- c) El ASEGURADO, una vez que sea legalmente emplazado a juicio, citado o presentado ante la autoridad ministerial o judicial o notificado de cualquier diligencia o actuación judicial o derivada de un procedimiento alterno al judicial en su contra, tendrá la obligación de hacerlo del conocimiento de la ASEGURADORA en un plazo que no exceda de veinticuatro horas;
- d) Si el ASEGURADO cuenta con otros seguros por los mismos riesgos, deberá declararlos a solicitud de la ASEGURADORA o al actualizarse cualquiera de los riesgos cubiertos;
- e) El ASEGURADO se obliga a ejercitar y hacer valer las acciones y defensas que le correspondan en derecho que le sean planteadas por la ASEGURADORA;
- f) El ASEGURADO se obliga a comparecer en todo proceso, procedimiento, diligencias o actuaciones derivados de las acciones legales que se ejerzan en su contra y;
- g) El ASEGURADO se obliga a otorgar la representación jurídica que corresponda a favor del o los abogados que la ASEGURADORA designe para su defensa. En caso de que el ASEGURADO opte por otorgar la representación jurídica a un abogado ajeno a la ASEGURADORA, perderá los beneficios de la póliza.

Definiciones

ASEGURADO: Médicos, cirujanos dentistas y enfermeras, todos de base que en ejercicio de sus funciones al servicio de las Unidades Centrales y Órganos Desconcentrados de la SECRETARÍA, y en los Organismos Públicos Descentralizados de carácter federal y de las Entidades Federativas; así como los profesionistas en período de adiestramiento y que realicen estudios y prácticas de postgrado en dichas dependencias y entidades, sean objeto de acciones civiles y/o penales en materia de responsabilidad profesional, por hechos u omisiones no dolosos.

ERROR MEDICO: Procedimiento médico u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los Servicios Médicos Profesionales prestados por el Asegurado.

USUARIO: Persona física que recibe atención médica por parte del ASEGURADO.

TERCERO RECLAMANTE: Usuario del servicio médico o representante legal o beneficiario con capacidad jurídica que estima que el ASEGURADO incurrió en una probable responsabilidad profesional por hechos u omisiones no dolosos y que en su caso, será el beneficiario de la indemnización resultado del siniestro.

El presente documento es solo un resumen de las condiciones generales que fueron acordadas con la Secretaría de Salud, con base en la LICITACION PUBLICA NACIONAL MIXTA No. 00012001-026-10 para la "Contratación del Seguro de Responsabilidad Profesional para Médicos, Cirujanos Dentistas y Enfermeras todos de Base y Residentes 2011 – 2012" y ha sido constituido para fines exclusivamente informativos.

GUIA. ¿QUE HACER EN CASO DE SINIESTRO?

Agradecemos siga las siguientes recomendaciones:

1. Guardar la calma.
2. Dar aviso a las Autoridades Competentes: Bomberos, Ministerio Público, Protección Civil, etc., según sea el caso.
3. Tomar las medidas necesarias para evitar pérdidas mayores.
4. Reportar de inmediato el Siniestro a Seguros Afirme:

En Monterrey, N.L.
8318-3874

De cualquier parte de la República Mexicana
01 800 SAFIRME

Servicio las 24 horas

los 365 días del año