



MANUAL DEL ASEGURADO



1. INDICACIONES

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A., denominada en adelante como **General de Salud** pone a su disposición el Manual del Asegurado, el cual ha sido diseñado para ofrecerle, un instructivo de consulta en un lenguaje sencillo y ameno, teniendo como función principal proveer información acerca del funcionamiento de su Plan de Salud.

El instructivo se ha dividido en dos capítulos y una sección de Guías de Acceso a los servicios, que lograrán el entendimiento del plan.

Le sugerimos lo siguiente:

- 1) Lea detalladamente las condiciones de su plan, recuerde que su seguro cuenta con limitantes y exclusiones, y solamente están cubiertas algunas de las complicaciones de la diabetes enlistadas en la sección de “Coberturas Básicas” cumpliendo con el periodo de espera y supervivencia.
- 2) Lleve siempre consigo sus datos de acceso a la aplicación digital, es muy importante para poder disfrutar de los beneficios de su plan.
- 3) Si tiene alguna duda, problema o sugerencia, ponemos a su disposición el número de la línea telefónica de atención a asegurados **55 8869 3926**, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 19:00 horas o bien, el correo electrónico amae_atencionclientes@gsalud.com.mx.



CONTENIDO

CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PLAN	4
CAPÍTULO II. PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS	6
CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS	13



CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PLAN

1. APLICACIÓN DIGITAL

Usted recibirá un correo para que confirme su cuenta de correo electrónico que proporcionó al contratar la póliza, y configure su contraseña para el acceso a la aplicación digital (app), mediante dichos datos usted será identificado y podrá acceder a los beneficios de la póliza.

Esta aplicación incluye su nombre, Plan de Salud contratado, así como las coberturas correspondientes que lo cubren. Los servicios que tendrá disponibles son:

- Acceso a información y recomendaciones para modificar el estilo de vida de acuerdo con lo descrito en la cobertura de Seguimiento Médico.
- Llamar al número telefónico de atención médica de **General de Salud**
- Localizar laboratorios para las pruebas de hemoglobina glucosilada
- Códigos de autorización de las pruebas de hemoglobina glucosilada
- Consulta de resultados de las pruebas de hemoglobina glucosilada
- Consultar y reenviar la documentación contractual
- Consulta de estatus de pago de primas
- Notificaciones que **General de Salud** tenga para usted
- Cambio de correo electrónico de Asegurado o del Contratante
- Consulta de facturas
- Modificar medio de pago de prima (Tarjeta de crédito/Tarjeta de débito)
- Solicitud de pago de la indemnización
- Alta de cuenta bancaria para casos de devolución de prima o indemnización
- Solicitud de cancelación de la Póliza
- Designación y cambio de beneficiarios
- Cambio de periodicidad de pago
- Entre otros

2. ATENCIÓN A ASEGURADOS: INFORMACIÓN DEL PLAN

Estamos a sus órdenes para aclarar cualquier duda y asistirlo en lo que necesite. Esto ayudará a evitar malentendidos e interpretaciones erróneas. Por favor no dude en llamarnos o escribirnos por correo electrónico, si se presenta algún problema o queja, nuestro personal de atención a asegurados está familiarizado con las políticas y procedimientos para resolver rápidamente su situación.

Los servicios que le proporciona son:

A. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Si tiene alguna duda acerca de los servicios que cubre su Plan de Salud, el personal de atención a asegurados cuenta con las Coberturas de su Plan.



Comuníquese a la línea telefónica de atención a asegurados al teléfono **55 8869 3926**, de lunes a viernes en un horario de 9:00 a 19:00 horas o escríbanos al correo electrónico **amae_atencionacientes@gsalud.com.mx**.

B. SEGUIMIENTO MÉDICO

Su póliza tiene como parte la cobertura de Seguimiento Médico, Usted puede contactar a un médico de **General de Salud** para atender cualquier duda en relación con su salud.

Línea telefónica médica las 24 horas, los 365 días del año.

800 4360013

¡No dude en comunicarse!

C. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Agradeceremos nos haga saber sus comentarios o quejas a tiempo para poder controlar la calidad en los servicios y tomar medidas correctivas de manera ágil y oportuna. Atenderemos cualquier comentario o sugerencia tanto del área médica como administrativa de manera inmediata o a más tardar en los siguientes tres días hábiles.

Queremos que se encuentre satisfecho con el servicio que recibe, por favor no dude en contactarnos si tiene alguna duda, problema o sugerencia, la Línea Telefónica de Atención a Asegurados, ¡está para servirle!

3. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

General de Salud se compromete a cumplir con su Plan de Salud otorgándole un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Como Asegurado, usted asume ciertos derechos y responsabilidades que son importantes los conozca:

USTED TIENE DERECHO A:

- Ser tratado de una manera que respete su privacidad y dignidad como persona.
- Recibir asistencia oportuna, de manera cortés y responsable.
- Privacidad y Confidencialidad: todos los servicios a los que acuda se conservarán en profundo respeto, así mismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.
- Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su Plan de cuidado de la salud, cualquier exclusión o limitación asociada con éste.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Comprender completamente la información otorgada por su Plan con respecto a los beneficios otorgados.



- Conocer el uso correcto de los Servicios y Beneficios de su Plan.
- Expresar sus opiniones, inquietudes y quejas de manera respetuosa y constructiva a las personas apropiadas de **General de Salud**.
- Notificar con oportunidad a **General de Salud**, sobre el cambio de correo electrónico a través de la aplicación.
- Realizar en forma oportuna el pago de su prima de seguro.
- Realizarse las pruebas de laboratorio que incluye el Plan.

4. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Es importante resaltar el esfuerzo invertido para que todos los servicios brindados por el Plan de **General de Salud** cuenten con estándares de calidad reconocidos. Brindar la atención adecuada donde sobresalga la calidad y calidez en el servicio otorgado es nuestro objetivo fundamental.

5. RED DE PROVEEDORES

Usted podrá consultar la red de proveedores actualizada en nuestra página web www.generaldesalud.com.mx, www.amae.com.mx, o en la aplicación digital (app) ya que ésta puede variar al integrarse nuevos proveedores.

CAPÍTULO II. PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

COBERTURAS BÁSICAS

El Plan de **General de Salud** le proporciona las siguientes coberturas bajo las condiciones y límites indicados en las Condiciones Generales de su Plan y que forman parte integral del contrato de seguro:

1. Pruebas de Hemoglobina Glucosilada
2. Seguimiento Médico
3. Enfermedad Vascul ar cerebral/ Accidente Vascul ar Cerebral o Apoplejía
4. Amputación
5. Coma Diabético
6. Ataque cardíaco
7. Insuficiencia renal crónica terminal
8. Ceguera por Diabetes Mellitus

General de Salud le ofrece las siguientes coberturas como parte de la prevención y mantenimiento de su salud:



1. Pruebas de Hemoglobina Glucosilada

Mediante esta cobertura cuenta con dos pruebas de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) durante la vigencia de su póliza, que le ayudarán a medir el nivel promedio de glucosa en la sangre durante los últimos 3 meses, conocer el nivel de este indicador le permitirá conocer la etapa de la enfermedad para tomar acciones oportunas y evitar las complicaciones o mantener un estado de salud con apoyo de la cobertura de Seguimiento Médico.

Lo anterior con el objetivo de **prevenir, controlar o detectar** algún cambio en su salud. Podrá realizarse las pruebas de laboratorio indicadas en esta cobertura en la red médica de **General de Salud**, tenga disponible sin hacer un pago adicional, de acuerdo con lo siguiente:

- Primera prueba: a partir del día 91 de la vigencia de su póliza y hasta el vencimiento de ésta.
- Segunda prueba: a partir del día 271 de la vigencia de su póliza y hasta el vencimiento de ésta.

Si se realiza las pruebas de hemoglobina dentro de los primeros 30 días después del día 90 y 270, respectivamente para cada una de las pruebas y el resultado de éstas es menor a 6.5, se hará acreedor a una tarifa preferencial en la renovación de su póliza.

Cuando se realice alguna de las pruebas podrá consultar sus resultados a través de la aplicación digital (app) o bien llamando a la línea telefónica de atención a asegurados.

2. Seguimiento Médico

Mediante esta cobertura tendrá acceso a una aplicación digital (app) para proveerle de información y recomendaciones para modificar su estilo de vida. Los servicios que obtendrá son los siguientes:

- Recibirá información necesaria para comprender qué es la Diabetes Mellitus II, referenciados a bibliografía específica.
- Monitoreo y seguimiento de indicadores médicos de acuerdo con la información proporcionada por usted.
- Planes nutricionales con cálculo y balanceo de porciones, guías de preparación de alimentos, platillos regionalizados y económicos.
- De acuerdo con su grupo de riesgo, se le proveerán rutinas de ejercicios adecuados.
- Alertas y recordatorios para programar su toma de medicamentos, consultas, visitas al laboratorio con el fin de fortalecer el apego al tratamiento que lleve como parte de su cuidado.

Asimismo, será contactado por **General de Salud** una vez al mes para brindarle un acompañamiento médico telefónico, donde recibirá información y asesoría para el **mantenimiento de su salud** con relación a la Diabetes Mellitus II, que le permitirá tener mayor conocimiento y control de su salud. Los servicios que se le proporcionarán son los siguientes:

- Atención a dudas sobre el manejo general de la Diabetes Mellitus II, en cuanto a alimentación, ejercicios y cuidado médico de la enfermedad.



- Seguimiento del resultado de las pruebas de hemoglobina glucosilada, aclaraciones y dudas.
- Seguimiento a las recomendaciones de la aplicación digital.

Adicionalmente, podrá comunicarse con un médico a través de la línea telefónica **800.4360013**, las 24 horas, los 365 días del año para atender cualquier duda en relación con su salud.

En complemento a las acciones de prevención realizadas, el presente producto le ofrece un respaldo económico ante la presentación de alguna de las siguientes complicaciones:

3. Enfermedad Vascular Cerebral/ Accidente Vascular Cerebral o Apoplejía

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir una Enfermedad vascular cerebral o accidente vascular cerebral o apoplejía, para esto es indispensable que un médico certificado haga el diagnóstico definitivo de un episodio agudo de apoplejía y este diagnóstico debe confirmarse con hallazgos en estudios de imagen cerebral. Deberá existir muerte irreversible de tejido cerebral por la falta de aporte sanguíneo o hemorragia en la sustancia cerebral o en el espacio subaracnoideo. La apoplejía deberá dar como resultado déficit neurológico objetivo permanente, irreversible, evidente al examen físico.

Periodo de supervivencia

Deberá persistir por un periodo continuo de por lo menos 30 días después del inicio de la Enfermedad vascular cerebral/ accidente vascular cerebral o apoplejía.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de Enfermedad vascular cerebral/ accidente vascular cerebral o apoplejía.

No serán consideradas como accidente vascular cerebral las siguientes condiciones:

- **Ataque Isquémico Transitorio (AIT).**
- **Daño en el cerebro por accidente o lesión.**
- **Trastornos de los vasos sanguíneos que afectan al ojo, incluido el infarto del nervio óptico o la retina.**
- **Eventos vasculares que afectan la médula espinal.**
- **Apoplejía asintomática silenciosa como hallazgo en un estudio de imagen.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**



4. Amputación

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a ser sometido a la amputación o desarticulación de al menos la totalidad de un dedo de la mano o del pie para tratar la gangrena que ha ocurrido como complicación de diabetes mellitus.

Periodo de supervivencia

Esta cobertura no tiene periodo de supervivencia.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de amputación.

No serán consideradas como amputación o desarticulación las siguientes condiciones:

- **Cualquier amputación traumática o accidental.**
- **Cualquier otra causa de amputación o desarticulación que no sea consecuencia de gangrena por diabetes mellitus.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

5. Coma diabético

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir un coma diabético, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de coma donde no hay reacción a estímulos externos o necesidades internas como consecuencia de la elevación severa (cetoacidosis diabética o hiperosmolar) o reducción (hipoglucemia) de la glucosa en sangre. El coma debe dar como resultado un déficit neurológico objetivo permanente e irreversible que sea evidente durante la exploración física que haya persistido durante un período continuo de al menos 30 días después del inicio del coma.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de por lo menos 30 días después del inicio del coma diabético.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de



espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de coma diabético.

No serán consideradas como coma diabético las siguientes condiciones:

- **Coma secundario a cualquier condición diferente a Diabetes Mellitus.**
- **Coma médicamente inducido.**
- **Coma resultante del abuso de alcohol o drogas.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

6. Ataque Cardíaco

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir un ataque cardíaco, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe realizar el diagnóstico definitivo de infarto agudo al miocardio. Debe existir la muerte de una porción del músculo cardíaco como resultado del aporte sanguíneo inadecuado. Todos los siguientes tres (3) criterios deben estar presentes y ser consistentes con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio:

- Síntomas clínicos;
- Cambios característicos en el electrocardiograma (ECG) y
- Elevación de marcadores bioquímicos específicos del corazón, por encima de los valores normales aceptados.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha del ataque cardíaco.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de ataque cardíaco:

- **No serán consideradas como ataque cardíaco las siguientes condiciones:**
- **Angina, miocarditis, insuficiencia cardíaca y todas las demás formas de síndromes coronarios agudos.**
- **Cardiomiopatía por estrés (Takotsubo).**
- **Lesión miocárdica aguda debida a arritmias, trauma, embolismo pulmonar**



o septicemia.

- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

7. Insuficiencia Renal Crónica Terminal

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir una insuficiencia renal crónica terminal, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de falla renal en etapa terminal como consecuencia de diabetes mellitus cuando se presenta insuficiencia irreversible y total de la función de ambos riñones.

Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha de la insuficiencia renal crónica terminal.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de insuficiencia renal crónica terminal:

No serán consideradas como insuficiencia renal crónica terminal las siguientes condiciones:

- **Insuficiencia renal aguda, aun cuando en su tratamiento se utilice la diálisis temporal.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

8. Ceguera por Diabetes Mellitus

General de Salud le indemnizará la Suma Asegurada contratada si llegase a sufrir ceguera por Diabetes Mellitus, para que dicha indemnización sea procedente un médico certificado debe hacer el diagnóstico definitivo de ceguera, donde existe pérdida permanente e irreversible de la visión de ambos ojos secundaria a diabetes mellitus. El examen de la agudeza visual debe mostrar uno (1) de los siguientes:

- Pérdida de la visión en el mejor ojo, logrando una agudeza visual corregida menor de 20/200 (<0.1); o
- Restricción del campo visual a 20 grados o menos en ambos ojos.



Periodo de supervivencia

El periodo de supervivencia será de siete (7) días naturales a partir de la fecha de la ceguera por Diabetes Mellitus.

Periodo de espera

El periodo de espera será de noventa (90) días naturales a partir de la fecha de su inclusión en la póliza. Si contrata una segunda Póliza con cualquier opción de Suma Asegurada, el periodo de espera será de noventa (90) días nuevamente a partir de su fecha de inclusión en la póliza, es decir, éste será aplicable para cada póliza que contrate. En la renovación de la póliza siempre que la cobertura no se interrumpa, ya no se considerará necesario superar un nuevo periodo de espera.

Exclusiones de ceguera por Diabetes Mellitus:

No serán considerados como ceguera los siguientes eventos:

- **La ceguera no debe ser corregible con auxiliares o procedimientos quirúrgicos.**
- **La ceguera que no sea consecuencia de Diabetes Mellitus.**
- **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

Recuerde que, si contrata más de una póliza de este Plan de Salud, los periodos de espera son independientes para cada póliza, por lo que no aplica el tiempo transcurrido de otra póliza para cumplir con el periodo de espera de otra que Usted contrate.

EXCLUSIONES GENERALES

- A. Enfermedades preexistentes excepto Diabetes Mellitus Tipo II, la alteración de la glucosa en ayunas o la alteración de la glucosa preexistente.**
- B. Diabetes tipo I incluyendo todas sus complicaciones.**
- C. Síndromes coronarios agudos menores, Insuficiencia coronaria aguda, todos los tipos de angina de pecho, incluyendo angina de pecho estable e inestable y angina decúbito, síndrome intermedio, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST en el electrocardiograma y angioplastia sin infarto.**
- D. Paraplejia, hemiplejia o cuadriplejia incompleta, paraparesia, hemiparesia o cuadriparesia, hemiplejia cortical.**
- E. Cualquier Beneficio no definido como cubierto en las presentes Condiciones Generales.**
- F. El pago de indemnizaciones por daños y perjuicios o daño moral; que no tengan nexo causal directo con el siniestro.**



CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS

Para una mayor claridad sobre los procedimientos de cancelación de su póliza y pago de indemnizaciones a continuación le describimos los pasos para acceder a ellos:

1. Terminación de la obligación contractual a petición del Asegurado y/o Contratante

Para terminar anticipadamente este Contrato, Usted o el Contratante deberá dar aviso a **General de Salud** de este hecho a través de la aplicación digital (app) o en la línea telefónica de atención a asegurados.

Proceso de cancelación a través de la aplicación digital

1. Ingresar usuario y contraseña en la aplicación.
2. Elegir la opción de cancelación de la póliza.
3. Capturar la información y/o cargar los documentos: identificación oficial, comprobante de domicilio, estado de cuenta y cualquier otro documento necesario para dar cumplimiento a la normatividad vigente al momento de la cancelación.
4. Se genera endoso de cancelación con el importe de prima a devolver y se hace llegar al correo electrónico que se tenga registrado.
5. Si la documentación está completa y correcta se enviará la transferencia electrónica en un plazo no mayor a 30 días.

Proceso de cancelación a través de la línea telefónica de atención a asegurados

1. Llamar a la línea telefónica de atención a asegurados **55 8869 3926**.
2. Otorgar los datos de identificación y de la póliza.
3. Enviar los documentos solicitados por correo electrónico: identificación oficial, comprobante de domicilio, estado de cuenta y cualquier otro documento necesario para dar cumplimiento a la normatividad vigente al momento de la cancelación.
4. Se genera endoso de cancelación con el importe de prima a devolver y se le hace llegar al correo electrónico que se tenga registrado.
5. Si la documentación es completa y correcta se enviará la transferencia electrónica en un plazo no mayor a 30 días.

2. Procedimiento para el pago de indemnizaciones

Usted o sus Beneficiarios deberán llenar el Aviso de Reclamación que podrá encontrar en www.generaldesalud.com.mx y www.amae.com.mx/pages/proceso-de-indemnizacion, éste será entregado a **General de Salud** junto con los documentos necesarios para comprobar fehacientemente la materialización del riesgo de que se trate, a través de nuestros puntos de servicio: aplicación digital (app) y en la línea telefónica de atención a asegurados dentro de los



primeros 5 días después de haber cubierto con el periodo de supervivencia y la afectación de cualquiera de las Coberturas amparadas, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Proceso de solicitud de indemnización

A través de la aplicación digital

1. Ingresar usuario y contraseña en la aplicación.
2. Elegir la opción de solicitud de indemnización.
3. Capturar la información solicitada.
4. Cargar los documentos solicitados:
 - a. Identificación oficial del Asegurado y comprobante de domicilio.
 - b. Aviso de Reclamación, requisitado en forma completa y legible.
 - c. Informe Médico de **General de Salud**, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos tratantes que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Debe incluir datos del médico: cédula, especialidad y anexarse copias de estudios médicos realizados que corroboren la afectación de la cobertura reclamada.
 - d. Estado de cuenta a nombre del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.
 - e. Cualquier otro documento que **General de Salud** considere necesario para la apreciación de la reclamación.
5. Se le hará llegar al correo electrónico registrado la información del registro del trámite, y se le proporcionará un número de folio para el seguimiento.
6. El trámite pasará al área de **Dictamen Médico** y en un plazo no mayor a 30 días naturales se determinará la procedencia de la reclamación.
7. En caso de determinarse procedente la reclamación recibirá la transferencia electrónica.

A través de la línea telefónica de atención a asegurados

1. Llamar a la línea telefónica de atención a asegurados **55 8869 3926**.
2. Otorgar los datos de identificación y de la póliza del cliente a **General de Salud**.
3. Enviar los documentos solicitados por correo electrónico a **General de Salud**:
 - a. Identificación oficial del Asegurado y comprobante de domicilio.
 - b. Aviso de Reclamación, requisitado en forma completa y legible.
 - c. Informe Médico de **General de Salud**, éste debe ser requisitado por cada uno de los médicos tratantes que atendieron al Asegurado que recibió la atención, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se deben anexar tantos informes como Médicos hayan participado. Debe incluir datos del médico: cédula, especialidad y anexarse copias de estudios médicos realizados que corroboren la afectación de la cobertura reclamada.
 - d. Estado de cuenta a nombre del Asegurado con vigencia menor a 3 meses.



- e. Cualquier otro documento que **General de Salud** considere necesario para la apreciación de la reclamación.
4. Se le hará llegar al correo electrónico registrado la información del registro del trámite, y se le proporcionará un número de folio para el seguimiento.
5. El trámite pasará al área de **Dictamen Médico** y en un plazo no mayor a 30 días naturales se determinará la procedencia de la reclamación.
6. En caso de determinarse procedente la reclamación recibirá la transferencia electrónica.

General de Salud podrá efectuar las comprobaciones necesarias para verificar la procedencia del siniestro, por lo que le corresponde al reclamante facilitar la información que para tal efecto requiera **General de Salud**, así como autorizar a su médico tratante y lugares de atención médica en que fue atendido, para que los mismos proporcionen a los médicos de **General de Salud** toda la información requerida para efectos de dicha cobertura, misma que será manejada confidencialmente, deberá incluirse la autorización del Asegurado para tener acceso a la información médica correspondiente.

En caso de fallecimiento del Asegurado el pago de la indemnización será liquidada por **General de Salud** a los Beneficiarios designados y a falta de designación de Beneficiarios, a la sucesión del Asegurado.

Cualquier actualización de los medios de comunicación antes indicados, estará disponible en las páginas web www.amae.com.mx y www.generaldesalud.com.mx en el apartado de Términos y Condiciones.

La indemnización se le pagará una sola vez en la vigencia de la póliza y con ello se dará por concluida la relación contractual. En caso de que usted cuente con más de una póliza del Producto Diabetes la acumulación de Sumas Aseguradas contratadas no podrá ser mayor a MXN 200,000.

3. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Usted como asegurado deberán comunicar a **General de Salud**, a través de los medios que se indican en la sección “**Comunicaciones**” en las **Condiciones Generales**, las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si Usted omitiera el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Si no cumple con dichas obligaciones, **General de Salud** no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que no se realice las tomas de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) indicadas durante la vigencia de la póliza se podrá considerar que incurre en una agravación de riesgo, por lo que **General de Salud** se reserva el derecho de rescindir el Contrato de Seguro quedando liberada de toda responsabilidad contractual presente o futura.



4. UNIDAD ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE GENERAL DE SALUD.

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de **General de Salud** a los teléfonos (55) 5278.8883, (55) 5278.8806 y del Interior de la República marca 800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo #266, colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, código postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionclientes@gasalud.com.mx o visita www.generaldesalud.com.mx

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), avenida Insurgentes Sur número 762, colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, código postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica (55) 5340 0999 y 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.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 03 de agosto de 2020, con el número CNSF-H0707-0066-2020/CONDUSEF-004246-03.