



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

En la Ciudad de México, Distrito Federal, a las 11:00 horas del día 12 de mayo de 2008, en la sala de juntas 3 de Planta Baja del edificio ubicado en Av. de los Insurgentes Sur No. 452, Col. Roma Sur, C.P. 06760, Delegación Cuauhtémoc, México D.F., se reunieron los servidores públicos del Instituto FONACOT designados para presidir los trabajos de la Licitación Pública Nacional No. 14100001-011-08 y los licitantes que adquirieron las bases con el objeto de celebrar la Segunda Junta de Aclaraciones a las Bases de la Licitación referida.

Los nombres, cargos y firmas de los servidores públicos que asisten al presente acto son los que aparecen a continuación:

Lic. Jacqueline P. Gutiérrez Bautista	Representante de la Subdirección General de Administración.
Lic. Celia Nájera Alarcón	Representante del Área Jurídica.
Lic. Arturo Pérez Martínez	Representante del Órgano Interno de Control en el Instituto Fonacot.
Lic. Mario Reyna Sánchez	Representante del Área Técnica.
Dr. Javier López Gómez	Representante del Área Técnica.

Por parte de los prestadores del servicio que adquirieron las bases de la licitación y que se presentaron a esta junta de aclaraciones son:

SEGUROS ATLAS, S.A.	Patricia Vivanco Guillen
PLAN SEGURO, S.A. DE C.V.	Roberto Guerrero Martínez
METLIFE MEXICO, S.A.	Luis Armando Peralta Rodríguez
GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.	Juan Osorio Granados
SEGUROS BANORTE GENERALI, S.A. DE C.V.	José Manuel Muñoz Muñoz
GRUPO FINANCIERO BANORTE	

La Lic. Jacqueline P. Gutiérrez Bautista, Experto Funcionario en Adquisiciones, Arrendamiento e Inventarios, dio la bienvenida a los licitantes que participaron.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

A continuación, se procedió a dar lectura a las respuestas de las preguntas presentadas por los licitantes, las cuales se atendieron de conformidad con el punto 3.2.1, de las Bases de la licitación que nos ocupa, las que tienen un carácter orientador que permitirá a los licitantes presentar en forma correcta sus propuestas.

GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.

1. PUNTO 10.1 INCISO H) FAVOR DE CONFIRMAR QUE ESTE PUNTO SE CUMPLE ÚNICAMENTE PRESENTANDO EL ESCRITO SOLICITADO O EN SU CASO EL INDICAR QUE GNP RETENDRÁ AL 100% LA OFERTA PRESENTADA.

R= SE CONFIRMA.

2. ANEXO 1. FAVOR DE CONFIRMAR QUE EL ANEXO DE PERSONALIDAD (ANEXO 1) DEBERÁ DE SER EL PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN AUTORIZADO POR LA SHCP YA QUE DENTRO DEL FORMATO DE ACREDITACIÓN DE EXISTENCIA DE PERSONALIDAD JURÍDICA SE INDICA EN EL PUNTO DE RELACIÓN DE ACCIONISTAS COLOCAR RFC DE LOS MISMOS, POR LO CUAL AGRADECEREMOS A LA CONVOCANTE MENCIONAR QUE NO SERÁ NECESARIO MENCIONAR RFC DE CADA UNO, EN EL ENTENDIDO QUE LA OMISIÓN DE DICHO REQUISITO NO ESTARÁ AFECTANDO LA SOLVENCIA DE LA PROPUESTA, Y NO SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, EL ANEXO NO. 1 DEBERA SER LLENADO CONFORME A LAS BASES DE LICITACION.

3. ANEXO 1. SOLICITAN ACTA CONSTITUTIVA DEBIDAMENTE INSCRITA EN EL REGISTRO PUBLICO DE COMERCIO, ASÍ COMO SUS MODIFICACIONES. AL RESPECTO QUEREMOS INFORMAR QUE MI REPRESENTADA, EN CUMPLIMIENTO CON LA LEY DE MERCADO DE VALORES, CAMBIÓ SU DENOMINACIÓN DE GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A., A GRUPO NACIONAL PROVINCIAL S.A.B., POR LO QUE EL REGISTRO SOLICITADO SE ENCUENTRA EN TRAMITE, POR LO QUE SOLICITAMOS SE NOS PERMITA CUMPLIR CON ÉSTE PUNTO, PRESENTANDO NUESTRA ACTA CONSTITUTIVA ACTUAL, ADICIONANDO OFICIO NOTARIADO DE QUE EL REGISTRO ESTA EN TRAMITE.

R= SI.

4. PUNTO 3.6. VIGENCIA Y FIRMA DE CONTRATO. AMABLEMENTE SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE CONFIRMAR QUE NO SERÁ NECESARIO INCLUIR DENTRO DE NUESTRA PROPUESTA EL ANEXO 10 CORRESPONDIENTE AL MODELO DE CONTRATO, ASÍ MISMO RATIFICAR QUE DICHO CONTRATO SEA CONVENIDO DE COMÚN ACUERDO CON EL LICITANTE ADJUDICADO, CONSIDERANDO LAS MODIFICACIONES QUE DE ESTA JUNTA DE ACLARACIONES SE DERIVEN. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, ES NECESARIO ANEXAR EL MODELO DE CONTRATO Y ESTE NO PODRA SER CONVENIDO CON EL LICITANTE GANADOR Y SE ELABORARA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN BASES Y LO DERIVADO DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.

5. PUNTO 13 PENAS CONVENCIONALES. AMABLEMENTE SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE ADICIONAL A LO ESTABLECIDO EN SUS BASES DE LICITACIÓN EN ESTE PUNTO APLICAR LAS PENAS CONVENCIONALES, CONFORME AL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y AL ARTICULO 2 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, ARTICULO 53 DE LA LEY GENERAL DE



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y ARTICULO 64 Y ARTICULO 58 REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE ACEPTA.

6. AGRADECEREMOS A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE LA OFERTA TÉCNICA PODRÁ PRESENTARSE EN FORMATO LIBRE Y LA MISMA PODRÁ CONFORMARSE DE LA TRASCRIPTIÓN DEL ANEXO 4, INCLUYENDO LAS MODIFICACIONES QUE SE DESPRENDAN DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.

R= SI, ES CORRECTA SU APRECIACION, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS EN LAS BASES Y EN LA JUNTA DE ACLARACIONES.

7. OFERTA ECONÓMICA. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE LA OFERTA ECONÓMICA PODRÁ CONFORMARSE DE LA TRASCRIPTIÓN DEL ANEXO 7, INCLUYENDO LAS MODIFICACIONES QUE SE DESPRENDAN DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.

R= SI, ES CORRECTA SU APRECIACION.

8. ANEXO 4. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE QUE SE ELIMINE LA ENTREGA DE LOS FOLLETOS YA QUE LOS MÉDICOS ASÍ COMO LOS HOSPITALES ESTÁN EN CONSTANTE CAMBIO Y LO QUE OFRECE MI REPRESENTADA A CAMBIO ES UNA CONSULTA DE MÉDICOS Y HOSPITALES EN LA PAGINA DE INTERNET DE GNP EN LA CUAL SE PODRÁ REALIZAR LA CONSULTA A CUALQUIER HORA LOS 365 DÍAS DEL AÑO Y CON ACTUALIZACIONES EN MÉDICOS Y HOSPITALES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= PARA EL CASO DEL LICITANTE GANADOR, SE ACEPTA NO ENTREGAR FOLLETOS, SIN EMBARGO DEBERAN ENTREGAR EN UN CD EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED Y SERA RESPONSABILIDAD DEL LICITANTE MANTENERLO ACTUALIZADO EN SU PAGINA DE INTERNET. ASÍ MISMO DEBERAN ENTREGAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA RECLAMO DE SINIESTROS, PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

9. AGRADECEREMOS NOS PROPORCIONE LA SINIESTRALIDAD DE LAS ÚLTIMAS 3 VIGENCIAS, EN MEDIO MAGNÉTICO(ARCHIVO EN EXCEL) QUE INCLUYA AL MENOS: LA DESCRIPCIÓN DE CADA UNO DE LOS PADECIMIENTOS CUBIERTOS, EL MONTO PAGADO POR CADA UNO Y FECHA DEL PRIMER GASTO; ESPECIFICANDO CLARAMENTE EL PERIODO QUE COMPRENDE LA INFORMACIÓN.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.

10. INDICAR SI LA SINIESTRALIDAD REPORTADA INCLUYE COMPLEMENTOS O COLAS DE RECLAMACIONES DE VIGENCIAS ANTERIORES AL PERIODO REPORTADO, ASÍ COMO PAGOS ESPECIALES Y CUANTO ES EL MONTO DE LOS PAGOS ESPECIALES, O SI SOLO CORRESPONDE A RECLAMACIONES QUE HAYAN INICIADO EN EL PERIODO DE COBERTURA SEÑALADO.

R= SI INCLUYE COMPLEMENTOS O COLAS DE RECLAMACIONES DE VIGENCIAS ANTERIORES AL PERIODO REPORTADO, ASÍ COMO PAGOS ESPECIALES.

11. INDICAR SI LA SINIESTRALIDAD REPORTADA INCLUYE IVA (INDICAR PORCENTAJE).

R= NO INCLUYE IVA.

12. FAVOR DE PROPORCIONAR EN MEDIO MAGNÉTICO EL LISTADO DE LOS PARTICIPANTES INCLUYENDO AL MENOS: FECHA DE NACIMIENTO Ó EDAD Ó RFC, SEXO, PARENTESCO QUE GUARDA CON EL TITULAR (EN CASO DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS) Y SU UBICACIÓN GEOGRÁFICA (CIUDAD O LOCALIDAD EN QUE RADICA).





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

13. SOLICITAMOS SE NOS PROPORCIONEN LOS SIGUIENTES DATOS PARA LA COTIZACIÓN DEL CONTRATANTE EN REFERENCIA;

DETALLE DE POBLACIÓN EN MEDIO MAGNÉTICO INDICANDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO (M,F), SUBGRUPO, PARENTESCO Y COBERTURA (NACIONAL O EMERGENCIA INTERNACIONAL).

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

LA COBERTURA INTERNACIONAL ESPECIFICAMENTE ES PARA LOS SIGUIENTES TITULARES Y SUS DEPENDIENTES:

NOMBRE	TIPO	SEXO
ARTEE FREANER JAVIER	TITULAR	M
CORRAL TELLAECHÉ MARTHA ELOISA	TITULAR	F
CRUZ CABRERA FERNANDO JAVIER	TITULAR	M
DIAZ ESCALANTE ARSENIÓ	TITULAR	M
FRANCO CIURANA ENRIQUE	TITULAR	M
FRANCO GALLEGOS LETICIA IRENE	TITULAR	F
LASA ARANA JOSE IGNACIO	TITULAR	M
MERCADO ZERTUCHE PATRICIO EUGENIO	TITULAR	M
MEZA MARQUEZ MANUEL DE JESUS	TITULAR	M
PINEDA MAYA MARIA DE LOURDES	TITULAR	F
POSTLETHWAITE PRECIADO FRANCISCO E.	TITULAR	M
SALGADO SALGADO MARIA TERESA	TITULAR	F
VAZQUEZ BARROSO RICARDO	TITULAR	M
ZUÑIGA HERNANDEZ ANTONIO ADOLFO	TITULAR	M
LOPEZ SALAZAR MARTHA CRISTAL	TITULAR	F
MEJORADO RUIZ RICARDO	TITULAR	M

REPORTE DE SINIESTRALIDAD DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS INDICANDO AFECTADO, PADECIMIENTO, FECHA DE OCURRIDO, MONTO PAGADO Y PERIODO DE SINIESTRALIDAD DEL (DD/MM/AA) AL (DD/MM/AA). FAVOR DE MANIFESTARSE AL RESPECTO DE CADA INCISO.

R= LA SINIESTRALIDAD INCLUYE: PADECIMIENTO, FECHA DE OCURRIDO, MONTO PAGADO Y PERIODO DE SINIESTRALIDAD.

14. VIGENCIA. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ES DE LAS 12:00 HRS. DEL 31 DE MAYO DE 2008 A LAS 12:00 HRS DEL 31 DE MAYO DE 2009.

R= SE ACLARA QUE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA ES DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE MAYO DE 2008 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2009.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

15. CONVERSIÓN A INDIVIDUAL - AGRADECEREMOS A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE ES CORRECTA NUESTRA APRECIACIÓN DE QUE EN CASO DE QUE UN ASEGURADO DEJE DE PERTENECER A LA COLECTIVIDAD ASEGURADA Y HAGA USO DE SU DERECHO A CONTRATAR UNA PÓLIZA DE GMM INDIVIDUAL, LAS RECLAMACIONES ABIERTAS SE LE SEGUIRÁN PAGANDO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL Y SIEMPRE QUE RESULTE PROCEDENTE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL SEGURO INDIVIDUAL. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE SEGUIRAN PAGANDO COMPLEMENTOS EN BASE A LA POLIZA GRUPAL.

16. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD, PAGINA 31. AGRADECEREMOS A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE PARA RECONOCER LA ANTIGÜEDAD DE LOS ASEGURADOS, LA CONVOCANTE NOS PRESENTARÁ EL REGISTRO DE ASEGURADOS DE LA ASEGURADORA ACTUAL PARA DEMOSTRAR LA FECHA SOLICITADA Y EL RECONOCIMIENTO OPERARÁ PARA REDUCIR, O EN SU CASO ELIMINAR, LOS PERIODOS DE ESPERA.

R= SE CONFIRMA.

17. FAVOR DE CONFIRMAR SI LA TABLA DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS ES DE 30 SMGM. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE ACLARA QUE SON 39 SMGM

18. FAVOR DE CONFIRMAR SI LOS HIJOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS SE CUBRIRÁN HASTA LOS 18 AÑOS DE EDAD. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS (HIJOS) QUEDARÁN CUBIERTOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS 24 (VEINTICUATRO) AÑOS O MIENTRAS CONTINÚEN ESTUDIANDO. LOS HIJOS QUE SEAN DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN EDAD A PARTIR DE LOS 19 (DIECINUEVE) AÑOS, QUEDARÁN ASEGURADOS CON LAS MISMAS CONDICIONES CON CARGO AL INSTITUTO FONACOT Y POR CUENTA DEL TITULAR QUE EXPRESAMENTE LO SOLICITE POR ESCRITO.

19. SOLICITAMOS A LA CONVOCANTE QUE PARA LA COBERTURA DE COMPLICACIONES DE EMBARAZO SE CUBRA DE LA SIGUIENTE MANERA:

EN CASO DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, LA ASEGURADORA SÓLO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA LA MADRE ASEGURADA POR LA ATENCIÓN QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES:

- A) EMBARAZO EXTRAUTERINO
- B) ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO
- C) MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)
- D) SEPSIS PUERPERAL (FIEBRE PUERPERAL)
- E) PLACENTA PREVIA
- F) PLACENTA ACRETA

ESTA COBERTURA APLICARÁ, SIEMPRE Y CUANDO LA ASEGURADA CUMPLA CON AL MENOS 10 MESES DE COBERTURA CONTINUA EN LA PÓLIZA CON LA ASEGURADORA A LA FECHA DEL NACIMIENTO.

FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= EN CASO DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO, LA ASEGURADORA DEBERA SER RESPONSABLE DE PAGAR LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE INCURRA LA MADRE ASEGURADA POR LA ATENCIÓN QUE RECIBA A CONSECUENCIA DE LAS SIGUIENTES

- A) EMBARAZO EXTRAUTERINO**
- B) ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO**
- C) MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR)**





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

- D) FIEBRE PUERPERAL
- E) PLACENTA PREVIA
- F) PLACENTA ACRETA
- G) ÓBITO INTRAUTERINO O ABORTO, INDEPENDIENTEMENTE DE SUS CAUSAS O COMPLICACIONES.
- H) CÉRCLAJE CERVICAL.
- I) ATONÍA UTERINA
- J) EMBARAZO ANEMBRIÓNICO

Y ESTA COBERTURA APLICARÁ, SIEMPRE Y CUANDO LA ASEGURADA CUMPLA CON AL MENOS 10 MESES DE COBERTURA CONTINUA EN UNA PÓLIZA CONTRATADA PARA GASTOS MEDICOS MAYORES.

20. EN RELACIÓN CON LA CONSTITUCIÓN DEL FONDO, ENTENDEMOS QUE INDEPENDIENTEMENTE DEL COSTO DE LA PÓLIZA, FONACOT AL INICIO DE VIGENCIA ENTREGARÁ LA CANTIDAD DE \$150,000.00 A LA ASEGURADORA PARA CONSTITUIR EL FONDO QUE SE MENCIONA.

R= NO, DEBERAN INCLUIRLO EN EL COSTO DE LA PRIMA.

21. PENAS CONVENCIONALES: SOLICITAMOS AMABLEMENTE SE NOS ACLARE A QUE SE REFIERE "PARA EL CASO DE PAGO DE UN REEMBOLSO, SE APLICARÁ EL 10% POR CADA DÍA DE ATRASO SOBRE EL MONTO DEL DEDUCIBLE HASTA CONSUMIRLO, ASÍ COMO POR CADA 15 MINUTOS EN LA ATENCIÓN DE LA PÓLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES" ESTO EN VIRTUD DE QUE EN EL PUNTO 13. SE INDICA QUE SE APLICARAN LAS PENAS CON RESPECTO AL ART. 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE ELIMINA LA CORRESPONDIENTE A LOS 15 MINUTOS, SIN EMBARGO INDEPENDIENTEMENTE A LO QUE ESTABLECE EL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, LA CONVOCANTE, PARA EL CASO DE PAGO DE UN REEMBOLSO APLICARA EL 10% POR CADA DÍA DE ATRASO SOBRE EL MONTO DEL DEDUCIBLE HASTA CONSUMIRLO.

22. PENAS CONVENCIONALES: SOLICITAMOS AMABLEMENTE SE NOS ACLARE A QUE SE REFIERE 'POR CADA DÍA HÁBIL DE RETRASO EN EL PLAZO PARA ENTREGAR LA PÓLIZA INICIAL O UN ENDOSO, LA CONVOCANTE, APLICARÁ EL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL IMPORTE DEL DERECHO DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA O ENDOSO RETRASADO CON INDEPENDENCIA DEL IMPORTE DE ESTOS, SIN LÍMITE.' ESTO EN VIRTUD DE QUE EN EL PUNTO 13. SE INDICA QUE SE APLICARAN LAS PENAS CON RESPECTO AL ART. 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= INDEPENDIENTEMENTE A LO QUE ESTABLECE EL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, LA CONVOCANTE APLICARA UNA PENA CONVENCIONAL POR CADA DÍA HÁBIL DE RETRASO EN EL PLAZO PARA ENTREGAR LA PÓLIZA INICIAL O UN ENDOSO, EL 10% (DIEZ POR CIENTO) DEL IMPORTE DEL DERECHO DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA O ENDOSO RETRASADO CON INDEPENDENCIA DEL IMPORTE DE ESTOS, SIN LÍMITE.

23. SINIESTRALIDAD: LA ASEGURADORA DEBERÁ ENTREGAR A LA DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE FACTOR HUMANO DURANTE LOS 5 DÍAS NATURALES POSTERIORES A CADA MES UN REPORTE DE SINIESTRALIDAD ACUMULATIVO. POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL MISMO, SE APLICARÁ UNA PENALIZACIÓN CORRESPONDIENTE A PENAS CONVENCIONALES POR EL COSTO TOTAL DE LA PÓLIZA.. ESTO EN VIRTUD DE QUE EN EL PUNTO 13. SE INDICA QUE SE APLICARAN LAS PENAS CON RESPECTO AL ART. 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= INDEPENDIENTEMENTE A LO QUE ESTABLECE EL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, LA CONVOCANTE APLICARA POR CADA DÍA DE ATRASO EN LA ENTREGA DEL REPORTE DE SINIESTRALIDAD, PENALIZACIÓN CORRESPONDIENTE A PENAS CONVENCIONALES POR EL COSTO TOTAL DE LA PÓLIZA.

SEGUROS ATLAS, S.A.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

1. **PÁGINA 3/61, NUMERAL 2.- ACREDITACIÓN DE LA EXISTENCIA Y PERSONALIDAD JURÍDICA DEL LICITANTE.-** SOLICITAMOS QUE PARA EL CASO DEL ANEXO 1 SE ELIMINE LA RELACIÓN DE SOCIOS QUE PARTICIPAN EN LAS REFORMAS, YA QUE ESTA INFORMACIÓN NO FORMA PARTE DEL FORMATO PÚBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN CON FECHA 11-04-1997.

R= NO APLICA, EN VIRTUD DE QUE DICHO REQUISITO SE SOLICITA DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 36, FRACCIÓN I, DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO.

2. **PÁGINA 9/61 NUMERAL 3.6.- VIGENCIA Y FIRMA DEL CONTRATO.-** FAVOR DE RATIFICAR LA VIGENCIA DEL CONTRATO YA QUE SE INDICA DE LAS 12:00 HRS DEL 31 DE MAYO DE 2008 Y HASTA LAS 12:00 HRS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2009, SIENDO QUE LA VIGENCIA QUE SE SOLICITA PARA LA PÓLIZA (ANEXO 4) ES HASTA LAS 12:00 HRS DEL 31 DE MAYO DE 2009.

R= SE ACLARA QUE LA VIGENCIA DEL CONTRATO ES DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE MAYO DE 2008 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2009.

3. **PÁGINA 9/61, NUMERAL 3.6.- VIGENCIA Y FIRMA DEL CONTRATO.-** FAVOR DE RATIFICAR QUE TODO LO RELACIONADO AL SEGURO EN CUESTIÓN, SE SOLICITARA POR PARTE DE ESE INSTITUTO A LA COMPAÑÍA ADJUDICADA, Y LA FIGURA DEL ASESOR DE SEGUROS ES EXCLUSIVAMENTE EN APOYO A ESE INSTITUTO.

R= SI.

4. **PÁGINA 18/61, NUMERAL 10.1.- PROPUESTA TÉCNICA, INCISO H).-** FAVOR DE CONFIRMAR QUE SE CUMPLE ESTE REQUISITO, ENTREGANDO ESCRITO ALUDIDO CON LA INDICACIÓN DEL REGISTRO ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS DE CADA REASEGURADOR.

R= NO, SE REQUIERE LA CARTA EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL, EN LA QUE DECLARE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE, SU REPRESENTADA CUENTA CON ESQUEMAS DE REASEGURO ADECUADOS, INCLUYENDO REASEGURADORAS DE PRIMER ORDEN REGISTRADAS ANTE LA SHCP, INDICANDO SU REGISTRO ANTE DICHA DEPENDENCIA.

5. **PÁGINA 27/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 1. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO.-** CONTRATACIÓN DE UN SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL CASO DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE REQUIERAN TRATAMIENTO MÉDICO, CIRUGÍA U HOSPITALIZACIÓN, PARA EL PERSONAL DE ESTRUCTURA DEL INSTITUTO FONACOT, ASÍ COMO A SU CÓNYUGE E HIJOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS DE HASTA 18 AÑOS CON COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. AL RESPECTO:

- FAVOR DE CONFIRMAR QUE PARA ENTRAR EN LA COLECTIVIDAD, LA EDAD DE LOS HIJOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS ES HASTA 18 AÑOS.

R= LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS (HIJOS) QUEDARÁN CUBIERTOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS 24 (VEINTICUATRO) AÑOS O MIENTRAS CONTINÚEN ESTUDIANDO. LOS HIJOS QUE SEAN DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN EDAD A PARTIR DE LOS 19 (DIECINUEVE) AÑOS, QUEDARÁN



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

ASEGURADOS CON LAS MISMAS CONDICIONES CON CARGO AL INSTITUTO FONACOT Y POR CUENTA DEL TITULAR QUE EXPRESAMENTE LO SOLICITE POR ESCRITO.

- RATIFICAR QUE A PARTIR DE LOS 19 AÑOS EL SEGURO SERÁ CON CARGO AL TITULAR Y PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO, EN SU CASO INFORMAR COMO SE PAGARÁN A LA ASEGURADORA ESTAS PRIMAS.
- R= LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS (HIJOS) QUEDARÁN CUBIERTOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS 24 (VEINTICUATRO) AÑOS O MIENTRAS CONTINÚEN ESTUDIANDO. LOS HIJOS QUE SEAN DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN EDAD A PARTIR DE LOS 19 (DIECINUEVE) AÑOS, QUEDARÁN ASEGURADOS CON LAS MISMAS CONDICIONES CON CARGO AL INSTITUTO FONACOT Y POR CUENTA DEL TITULAR QUE EXPRESAMENTE LO SOLICITE POR ESCRITO.**
6. **PÁGINA 29/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 2. CONCEPTOS QUE SE DEBERÁN INTEGRAR PARA LA INTEGRACIÓN DE SU PROPUESTA, REPORTE DESDE EL HOSPITAL.-** RESPECTO A ESTE PUNTO, ENTENDEMOS QUE SE CUMPLE PRESENTADO EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD, DONDE LA ASEGURADORA INFORMA AL INSTITUTO LAS RECLAMACIONES QUE SE HAN REGISTRADO, ASÍ COMO SU PROCEDENCIA.

R= SE ACEPTA

7. **PÁGINA 29/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 2. CONCEPTOS QUE SE DEBERÁN INTEGRAR PARA LA INTEGRACIÓN DE SU PROPUESTA, TABLA DE HONORARIOS MEDICOS.-** FAVOR DE RATIFICAR QUE AL REFERIRSE A LA TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS DEBEMOS ENTENDER COMO TAL NUESTRO CATALOGO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ASÍ MISMO SOLICITAMOS DEJAR SIN EFECTO LO CORRESPONDIENTE A CONSULTAS MÉDICAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS YA QUE ESTAS SON VARIABLES DE ACUERDO AL TIPO Y AVANCE DE LA ENFERMEDAD.

R= SE ACEPTA SIEMPRE Y CUANDO SE OTORQUE EL PLAN DE PAGO DE HONORARIOS MAS ALTO QUE SE REGISTRE EN LA ASEGURADORA CON BASE A 39 SMGM.

8. **PÁGINA 29/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 2. CONCEPTOS QUE SE DEBERÁN INTEGRAR PARA LA INTEGRACIÓN DE SU PROPUESTA, EDAD.-** EN ESTE PUNTO SE INDICA QUE LA EDAD DE ACEPTACIÓN, ES CON LA QUE SE CUENTA AL MOMENTO DEL INGRESO AL INSTITUTO Y HASTA SU SEPARACIÓN, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SEAN MAYORES DE 64 AÑOS. FAVOR DE RATIFICAR.

R= SE ACLARA QUE LA EDAD DE ACEPTACIÓN PARA ESTE CONTRATO ES CON LA QUE SE CUENTE AL MOMENTO DEL INGRESO AL INSTITUTO FONACOT Y HASTA SU SEPARACIÓN DEL INSTITUTO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SE REBASE LA EDAD DE 66 (SESENTA Y SEIS) AÑOS PARA TITULARES Y CÓNYUGES.

9. **PÁGINA 30/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 3. CONDICIONES.-** SOLICITAMOS ACLARAR CUAL ES LA BASE PARA EL GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO, 30 SMGMDF Ó 45 SMGMDF?

R= 39 SMGMDF



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

10. **PÁGINA 32/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 4. COBERTURAS, INCISO A) GASTOS CUBIERTOS.-** RESPECTO A LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DERIVADOS DE LA PRACTICA DE LOS SIGUIENTES DEPORTES:

- MOTOCICLISMO.
- ESQUÍ ACUÁTICO Y EN NIEVE.
- DEPORTES AÉREOS.
- BUCEO.
- CHARRERÍA.
- JOCKEY.
- EQUITACIÓN.
- ALPINISMO, MONTAÑISMO, ESPELEOLOGÍA Y RAPEL.
- TAUROMAQUIA.
- GO KARTS.
- JET SKI.
- CICLISMO.
- BOX.
- LUCHA LIBRE Y GRECO ROMANA.

FAVOR RATIFICAR QUE ESTE COBERTURA SERÁ EN LA PRACTICA AMATEUR, NO DE FORMA PROFESIONAL.

R= SE RATIFICA.

11. **PÁGINA 36/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 5. SUMA ASEGURADA.-** RATIFICAR QUE PARA LAS COBERTURAS DE PARTO Y CESAREA SE APLICAN HASTA 40 SMGMDF, SIN DEDUCIBLE NI COASEGURO.

R= SE RATIFICA.

12. **PÁGINA 37/61, ANEXO TÉCNICO NO. 4, 7.3. CLÁUSULA DE CONVERSIÓN.-** ACLARAR QUE CUANDO SE APLICA EL DERECHO DE CONVERSION, EN LA POLIZA INDIVIDUAL APLICAN LAS CONDICIONES VIGENTES DEL PRODUCTO DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL, CON LA MISMA SUMA ASEGURADA, DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA POLIZA DE GRUPO.

R= ES CORRECTA SU APRECIACION.

13. **PREGUNTAS GENERALES.-** FAVOR DE PROPORCIONAR LA PRIMA NETA DE LA VIGENCIA ANTERIOR, ASÍ COMO LÍMITES, COBERTURAS Y CONDICIONES.

R= NO SE TIENE EN VIRTUD A QUE SE EFECTUARON DIVERSOS ENDOSOS POR AMPLIACION DE VIGENCIA.

14. **PREGUNTAS GENERALES.-** SOLICITAMOS LA EXPERIENCIA DE SINIESTRALIDAD DE AL MENOS 3 AÑOS, SOLICITANDO EL NOMBRE DEL AFECTADO, PARENTESCO, MONTO REGLAMADO, MONTO PAGADO, PADECIMIENTO Y FECHA DE OCURRIDO DEL SINIESTRO.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES

15. **PREGUNTAS GENERALES.-** FAVOR DE PROPORCIONAR LA BASE DE DATOS DE ASEGURADOS, CON NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, SEXO, PARENTESCO Y PUESTO.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

METLIFE MEXICO, S.A.

1. Página 7/61, inciso H., solicitamos a la convocante confirmar que debe decir "...exigidos en el punto 10 ..." y no en el punto 9.1 como se indica en bases. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE CONFIRMA

2. Página 9/61, punto 3.6 Vigencia y firma del Contrato, apreciaremos a la convocante confirmar que la vigencia de la póliza será de las 12:00 horas del día 31 de mayo del 2008 y hasta las 12:00 horas de 31 de diciembre de 2009 (19 meses de vigencia), lo anterior se debe por que en la página 30/61 numeral 3, Condiciones, indican una vigencia de las 12:00 horas del 31 de mayo de 2008 hasta las 12:00 horas de 31 de mayo de 2009 (12 meses de vigencia). **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACLARA QUE LA VIGENCIA DEL CONTRATO ES DE LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE MAYO DE 2008 A LAS 12:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2009.

3. En alcance a la pregunta anterior y dado que nuestras pólizas de seguro son planes temporales a un año, se solicita a la convocante confirmar que se presentará la propuesta por la vigencia solicitada y en caso de que mi representada resulte adjudicada se emitirá la póliza a entregar por la vigencia de las 12:00 horas del 31 de mayo de 2008 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2008, posteriormente se entregará un endoso de ampliación de vigencia que abarcará de las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2008 a las 12:00 horas del 31 de diciembre de 2009, en el entendido que para el periodo de vigencia total aplicarán las mismas tarifas y condiciones. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO SE ACEPTA, SE DEBERÁ ENTREGAR UN A PÓLIZA QUE CUBRA DE LAS 12:00 HORAS DEL DÍA 31 DE MAYO DEL 2008 Y HASTA LAS 12:00 HORAS DE 31 DE DICIEMBRE DE 2009.

4. Página 9/61, numeral 3.6, Vigencia y Firma del Contrato, segundo párrafo, en cuanto al Contrato que



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

habrá de suscribirse se solicita a la Convocante se sirva aclarar que dicho documento deberá ser ajustado de común acuerdo entre las partes. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO, SERA CONFORME AL MODELO DE CONTRATO ESTABLECIDO EN LAS BASES Y LO DERIVADO DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.

5. Página 9/61, numeral 3.6, Vigencia y Firma del Contrato, en cuanto a la intervención de un asesor externo de seguros, al momento de suscribirse el contrato de servicio respectivo, se solicita a la Convocante se sirva ratificar que la contratación de dicho asesor quedará bajo la estricta responsabilidad de esa H. Convocante, atento a lo dispuesto por los "Lineamientos relativos a la contratación de seguros sobre bienes patrimoniales y de personas que realicen las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal", emitidos por la Secretaría de la Función Pública el día 20 de octubre de 2003. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE RATIFICA.

6. En alcance a la preguntas anterior se solicita a la Convocante se sirva aclarar que la intervención de dicho asesor deberá de documentarse en el contrato de servicio correspondiente a efecto de legitimar su actuación en el presente procedimiento. Lo anterior en virtud de que no pueden establecerse obligaciones a cargo de un tercero el cual no interviene de manera alguna en el presente procedimiento de licitación y por tanto, las obligaciones establecidas a cargo de éste sin la manifestación de su voluntad, no le sean oponibles. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE VERA EN SU MOMENTO CON EL LICITANTE GANADOR.

7. Página 14/61, numeral 7.1, Evaluación de las proposiciones técnicas, agradeceremos a la Convocante confirmar que esta Aseguradora cumplirá con su requerimiento presentando el Proyecto Póliza de Condiciones Generales donde se considere la descripción detallada de los requerimientos solicitados en el Anexo Técnico No. 4 además de las modificaciones o precisiones que se deriven de la junta de aclaraciones, por lo que no será necesario presentar el Anexo Técnico No. 4. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA QUE PRESENTE EL PROYECTO DE POLIZA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS EN EL ANEXO NO. 4 QUE INTEGRAN LAS BASES, ASÍ COMO LO ESTABLECIDO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES.

8. Página 14/61, numeral 7.2, Evaluación de las proposiciones económicas, solicitamos a la convocante confirmar que los costos presentados en el Anexo No.7A de la página 45/61 son por el total de la vigencia y que además se presentarán las tarifas en formato libre por rangos de edad y sexo que aplicarán durante la vigencia de la póliza de acuerdo a la forma de pago elegida. **Favor de pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR SU PROPUESTA ECONÓMICA DE ACUERDO AL ANEXO 7A, EL CUAL FUE ENTREGADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PASADO 8 DE MAYO. LAS TARIFAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO QUE APLICARAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DEBERAN SER ENTREGADAS POR EL LICITANTE GANADOR.

9. Página 14/61, numeral 7.1, Evaluación de las Proposiciones Técnicas, tercer párrafo, agradeceremos a la convocante ratificar que éstas se realizarán previo acuerdo entre las partes a efecto de determinar las condiciones sobre las cuales las mismas se llevaran a cabo. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= PARA ESTA LICITACION NO SE REALIZARAN VISITAS.

10. Página 14/61, numeral 7.2, Evaluación de las propuestas económicas, tercer y cuarto párrafos, página 46/61 Anexo No. 7B, considerando que la contratación de la potenciación es opcional y contributoria, se solicita a la Convocante confirmar que se deberán presentar las tarifas por rango de edad y sexo en formato libre. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= DEBERAN PRESENTAR LAS TARIFAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN FORMATO LIBRE.

11. En alcance a la pregunta anterior, y dado que la Convocante no proporciona la relación de asegurados que contratarán la potenciación, indicando además la opción elegida (hasta 1,000 SMGM o sin límite), no es posible determinar la prima resultante para la colectividad que manifieste su aceptación para su contratación, por lo que estaremos confirmar que la presentación de la prima total por potenciación en el ANEXO No. 7 B no es aplicable. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO APLICA, EN BASE A LA RESPUESTA ANTERIOR.

12. Página 14/61, numeral 7.2, Evaluación de las propuestas económicas, tercer y cuarto párrafo, página 46/61 Anexo No. 7B, referente a planes de conversión, se solicita a la Convocante confirmar que no se presentarán costos ya que estos serán de acuerdo a la edad y sexo del asegurado al momento de la contratación, dentro de los productos de Seguro Individual comercializados por "LA ASEGURADORA". **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE CONFIRMA QUE NO SE PRESENTARAN COSTOS PARA LA CLAUSULA DE CONVERSION, SIN EMBARGO LA ASEGURADORA OTORGARÁ DICHA CLAUSULA RESPETANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO ACTUALES Y SIN SUSCRIPCION, UTILIZANDO LA TARIFA DE POLIZA DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL DE LA ASEGURADORA, PARA AQUELLAS PERSONAS QUE ASI LO SOLICITEN, DE CONFORMIDAD AL PUNTO 7.3 DEL ANEXO TECNICO DE LAS BASES.

13. Página 16/61, numeral 8.2, No Negociación de Condiciones, se solicita a la Convocante se sirva reconocer que no se considerará como un supuesto de negociación de condiciones, el acatamiento de las observaciones y/o modificaciones que al efecto emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en el ejercicio de la facultad que le otorga el



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

artículo 2° de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, toda vez que esta Aseguradora podría someter para su revisión y registro del citado Organismo, el producto derivados del presente procedimiento. Lo anterior en cumplimiento a lo dispuesto en la Circular S-8.1, emitida en su última actualización el 14 de diciembre de 2007 por la citada Comisión. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO SE ACEPTA.

14. Página 18/61, inciso H) y página 25/6, primera fila, solicitamos a la convocante confirmar que cumplimos este requerimiento presentando manifiesto bajo protesta de decir verdad, que MetLife México S.A. retiene al 100% el riesgo y no requiere colocación de reaseguro. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO, SE REQUIERE LA CARTA EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL, EN LA QUE DECLARE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE, SU RERESENTADA CUENTA CON ESQUEMAS DE REASEGURO ADECUADOS, INCLUYENDO REASEGURADORAS DE PRIMER ORDEN REGISTRADAS ANTE LA SHCP, INDICANDO SU REGISTRO ANTE DICHA DEPENDENCIA.

15. Página 19/61, numeral 11.2, Pagos, apreciaremos a la convocante ratificar que la forma de pago del Plan Básico será en una sola exhibición por la vigencia de la póliza. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= EL INSTITUTO FONACOT REALIZARA EL PAGO DE LA POLIZA EN DOS EXHIBICIONES, LA PRIMERA DE ELLAS SE PAGARA DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DIAS NATURALES DE PRESENTADA LA POLIZA DEL EJERCICIO 2008, Y LA SEGUNDA DENTRO DE LOS 30 DIAS NATURALES POSTERIORES A LA PRESENTACION DEL RECIBO DE PAGO DE PRIMA, MISMO QUE SE PODRA PRESENTAR A PARTIR DEL 15 DE ENERO DE 2009.

16. Página 20/61, numeral 13, Penas Convencionales, se solicita a la convocante ratificar que el derecho indemnizatorio a que se alude, corresponde al acreedor (asegurado o beneficiario) y no así a la Convocante, tal y como lo establece el artículo 135-Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Los efectos de esta aclaración se hacen extensivos al modelo de contrato que se agrega como Anexo No. 10. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

17. En alcance a la pregunta anterior y a efecto de no establecer indiscriminadamente mecanismos de penalidad regulados por la propia Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se solicita a la Convocante aclarar que en el caso de retraso en el pago de reembolsos, la penalidad correspondiente se aplicará en términos del artículo 135 Bis de la citada Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mientras que la penalidad para el caso de retraso en la entrega de



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

la póliza y/o endosos correspondientes, se aplicará en función de los servicios no prestados oportunamente, según lo dispone el artículo 53 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y 58 de su Reglamento. Los efectos de esta aclaración se hacen extensivos a la cláusula Décima Tercera del Modelo de Contrato que se agrega a las bases como Anexo No. 10. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= APEGARSE A BASES.

18. Página 21/61, Penas convencionales, indican que para el caso de pago de un reembolso, se aplicará el 10% por cada día de atraso sobre el monto del deducible hasta consumirlo, así como por cada 15 minutos en la atención de la póliza de Gastos Médicos Mayores, en relación con este punto solicitamos eliminen los 15 minutos en la atención de la póliza, ya que no es claro como funcionaria y a criterio de quien aplicaría. **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= SE ELIMINA LA PARTE CORRESPONDIENTE A LOS 15 MINUTOS.

Anexo Técnico No. 4

19. Página 27/61, numeral 2, tercer párrafo, Reembolso, solicitamos a la convocante confirmar que se cumple con dicho requerimiento mediante el siguiente texto, mismo que se tiene autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que actualmente opera en su póliza:

"REEMBOLSO.

En caso de que no se llegaran a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la Red Médica por el Asegurado, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán mediante reembolso con sujeción a los términos y condiciones de la presente póliza, los cuales no deberán exceder del gasto usual y acostumbrado, aplicando además el deducible y coaseguro indicados en la carátula y/o endosos de esta póliza.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a "LA ASEGURADORA" la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de Declaración del Reclamante debidamente requisitado y firmado.
2. Formato de Declaración del Médico Tratante debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
3. Facturas originales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho.
4. Los comprobantes o tickets que satisfagan los requisitos fiscales de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados.

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del Asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de Declaración del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

Aplicación del Deducible y Coaseguro.- En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema de Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él. El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en la carátula y/o endosos de la presente póliza. **"Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

20. Página 27/61, numeral 2, Conceptos que se deberán considerar para integración de su propuesta, párrafos del cuarto al sexto y página 28/61, párrafos del primero al séptimo, se solicita a la Convocante incluir además de los párrafos solicitados en bases, el siguiente texto, dado que su póliza lo incluye actualmente:

"Las reclamaciones tramitadas en el Distrito Federal y su Área Metropolitana, serán liquidadas en el curso de los siete días naturales siguientes a la fecha en que "LA ASEGURADORA" reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el interior de la República, el plazo máximo no excederá de diez días naturales.

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar a "LA ASEGURADORA" la ocurrencia del siniestro, presentando a "LA ASEGURADORA" las formas de declaración que para el efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados tales como notas, facturas y/o recibos, las recetas originales, así como todos los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, "LA ASEGURADORA" quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

"LA ASEGURADORA" tendrá derecho en todo momento, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte de "EL



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

CONTRATANTE" y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a "LA ASEGURADORA" de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación." **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA Y SE ACLARA QUE PARA AMBOS CASOS EL PAGO DE REEMBOLSOS DEBERA CUBRIRSE EN UN TIEMPO NO MAYOR A 10 DIAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE QUE LA ASEGURADORA RECIBA LA DOCUMENTACION PARA EL MISMO.

21. Página 29/61, Siniestralidad, indican que la Aseguradora deberá entregar a la Dirección de Desarrollo de Factor Humano durante los 5 días naturales posteriores a cada mes un reporte de siniestralidad acumulativo, en relación con este punto solicitamos a la convocante que la entrega de la siniestralidad, se realice en los primeros 10 días hábiles posteriores a cada mes, debido a los procesos administrativos y conciliatorios de pago con los proveedores **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

22. Página 29/61, quinto párrafo, Altas de asegurados, agradeceremos a la convocante confirmar que se cumple con dicho requerimiento mediante el siguiente texto, y que actualmente opera en su póliza:

"ALTAS DE ASEGURADOS.

Mientras esté en vigor la presente póliza, "LA ASEGURADORA" incluirá bajo la protección de la misma, con sujeción a sus estipulaciones, a nuevos miembros en la colectividad asegurada, para lo cual "EL CONTRATANTE" deberá solicitarlo por escrito a "LA ASEGURADORA", indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con lo convenido en la presente póliza y el carácter con el que ingresará a la colectividad asegurada.

Causarán alta en esta póliza, los Asegurados Titulares que posteriormente al inicio de vigencia de la misma, ingresen a la colectividad asegurada, obligándose "EL CONTRATANTE" a comunicarla por escrito a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso.

Si la notificación se hace fuera de los treinta días enunciados, el alta quedará condicionada a la previa aceptación por parte de "LA ASEGURADORA". En caso de alta de un Asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, "LA ASEGURADORA" cobrará una prima de acuerdo con la edad, sexo y ocupación de dicho Asegurado calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el próximo vencimiento del aniversario de la prima.

El Dependiente Económico del Asegurado Titular, podrá ser dado de alta dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de iniciación de la cobertura o de la fecha en que adquirió el derecho a formar parte de la colectividad asegurada, notificándola a "LA ASEGURADORA" por escrito y acompañando la documentación que compruebe su parentesco con el Asegurado Titular.

Toda persona que dentro de los treinta días naturales siguientes a aquél en que formando parte de la colectividad asegurable de esta póliza no otorgue su consentimiento para formar parte de la



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

colectividad asegurada, quedará sujeta a las condiciones de aceptación por parte de "LA ASEGURADORA".

Si el Asegurado Titular determina asegurar a sus hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza, deberá notificarlo a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su acontecimiento y que la madre tenga al menos diez meses continuos de cobertura en la póliza, quedaran cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas. Si no se cumplen cualquiera de los dos requisitos anteriores, la aceptación del nuevo Asegurado estará sujeta a la aprobación por parte de "LA ASEGURADORA", una vez presentados la solicitud y cuestionario médico del nuevo Asegurado.

Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá formar parte de la colectividad asegurada desde la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a "LA ASEGURADORA" dentro de los treinta días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese período, la cobertura dará inicio hasta que el cónyuge sea dado de alta.

En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Asegurado Titular lo notifique por escrito a "LA ASEGURADORA", anexando la copia certificada del acta de nacimiento o matrimonio, según sea el caso. Asimismo se deberá efectuar el pago de la prima correspondiente al nuevo Asegurado. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO SE ACEPTA.

23. Página 29/61, Edad, se solicita a la Convocante ratificar que los hijos dependientes económicos estarán asegurados desde su nacimiento hasta que cumplan los 19 años, podrán asegurarse posteriormente y hasta los 24 años con las mismas condiciones a solicitud expresa del titular y con cargo a este. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS (HIJOS) QUEDARÁN CUBIERTOS DESDE SU NACIMIENTO HASTA LOS 24 (VEINTICUATRO) AÑOS O MIENTRAS CONTINÚEN ESTUDIANDO. LOS HIJOS QUE SEAN DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN EDAD A PARTIR DE LOS 19 (DIECINUEVE) AÑOS, QUEDARÁN ASEGURADOS CON LAS MISMAS CONDICIONES CON CARGO AL INSTITUTO FONACOT Y POR CUENTA DEL TITULAR QUE EXPRESAMENTE LO SOLICITE POR ESCRITO.

24. Páginas 30/61 y 35/61, Directorio de Médicos y Hospitales de Red, solicitamos confirmar si cumplimos al comprometernos a mantener actualizado este directorio, en el que el asegurado pueda hacer uso del servicio consultando la red medica y hospitalaria, ya sea vía internet o a través del Call Center de la aseguradora donde el directorio se mantiene constantemente actualizado y que en caso de no hacerlo, se aplicará una sanción de reembolso al 100% a favor del asegurado. **Favor de Pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= SI.

25. Página 30/61, numeral 3, Condiciones, concepto Coaseguro, página 36/61, numeral 5, Suma Asegurada, se solicita a la Convocante ratificar que el coaseguro al que hace mención es de 10%. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

26. En alcance a la pregunta anterior, estimaremos indicar si se aplicará un monto máximo de coaseguro, tal y como prevalece en su póliza actual, en cuyo caso apreciaremos especificarlo. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI, CON UN TOPE MAXIMO DE 10 SMGM.

27. Páginas 30/61 y 31/61, Tabla de honorarios de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado, solicitamos a la convocante indicar la tabla de Honorarios Quirúrgicos que se desea ya que en la página 30/61 detallan 30 SMGM y en la página 31/61 solicitan 45 SMGM y en su póliza actualmente cuentan con una Tabla de Honorarios Médicos de 39 SMGM. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACLARA QUE SON 39 SMGM.

28. Página 31/61, inciso A) Gastos cubiertos, cuarta viñeta, se solicita a la Convocante ratificar que se cumple con dicho requerimiento mediante el siguiente texto:

“Los Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica, Tratamiento Médico o Consultas Médicas se pagarán de acuerdo la Tabla de Honorarios Médicos autorizada por “LA ASEGURADORA”. Se incluye gastos por anestesista, instrumentista, ayudante, entre otros, de la siguiente manera:

- Los honorarios por consultas o visitas médicas, máxima una diaria por Asegurado.
- Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica.
- Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% (treinta y cinco por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.
- Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta el 30% (treinta por ciento) del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano.

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por “LA ASEGURADORA”, por honorarios médicos por intervención quirúrgica.”**Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

29. Página 31/61, inciso A), Gastos cubiertos, quinta viñeta, se solicita a la Convocante confirmar que lo solicitado será con un máximo de 3 turnos, como lo trae su póliza actualmente. **Favor de pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= SI.

30. Página 32/61, viñetas segunda y tercera, Ambulancia, solicitamos a la convocante confirmar que se cubrirán los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado. El tipo de ambulancia que se cubrirá, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera. Los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea se cubren solo a través del sistema de Reembolso. Así opera su póliza actualmente **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= SI.

31. Página 32/61, cuarta viñeta, Deportes peligrosos, solicitamos a la convocante que se cubra la práctica ocasional de los deportes solicitados en bases con excepción de la práctica de Box, Lucha Libre o Greco Romana, dado que esto incrementaría el costo de su póliza, ya que actualmente no lo tienen contratado. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= APEGARSE A BASES.

32. Página 33/61, inciso C), Enfermedades y tratamientos cubiertos sin periodo de espera, referente a la cobertura de **Circuncisión**, agradeceremos a la convocante confirmar que se cubrirá la circuncisión siempre y cuando sea médicamente indicada excluyéndose los tratamientos profilácticos. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

33. Página 33/61, inciso C), Enfermedades y tratamientos cubiertos sin periodo de espera, segundo párrafo, SIDA, se solicita a la Convocante confirmar que "Los asegurados deberán tener al menos 5 años de cobertura continua en el seguro de gastos médicos mayores otorgado por la Convocante...", ya que esto incrementará el costo para la nueva vigencia, y actualmente así lo tienen contratado en su póliza. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= APLICA EN 4 AÑOS DE COBERTURA.

34. Página 33/61, inciso D) Madre Asegurada, Parto o cesárea, apreciaremos a la convocante confirmar de confirmar que se cubrirán los gastos por la atención de un parto normal o por la cesárea, para aseguradas titulares, cónyuges del titular o descendiente directo del titular, si tiene al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en un seguro de gastos médicos otorgado por el Instituto a través de una compañía de seguros al momento de la operación cesárea o parto, con una suma asegurada de 40 SMGM con la aplicación del deducible y coaseguro, siempre y cuando se utilicen simultáneamente medico y hospital de convenio. **Favor de Pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= NO APLICA DEDUCIBLE NI COASEGURO, Y ESTA COBERTURA APLICARÁ, SIEMPRE Y CUANDO LA ASEGURADA CUMPLA CON AL MENOS 10 MESES DE COBERTURA CONTINUA EN UNA PÓLIZA CONTRATADA PARA GASTOS MEDICOS MAYORES.

35. Página 33/61, inciso D) Madre Asegurada, agradeceremos a la convocante confirmar que en el inciso g que se cubrirá el aborto de carácter involuntario y en el inciso j es embarazo anembriónico. Favor de Pronunciarse al respecto.

R= SE DEFINEN LOS INCISOS PARA QUEDAR DE LA SIGUIENTE MANERA:

g) OBITO FETAL Y ABORTO.

j) EMBARAZO ANEMBRIONICO.

36. Página 34/61, inciso F), Pagos complementarios, apreciaremos a la convocante confirmar que se cubrirán hasta el remanente de la suma asegurada o al término de la vigencia, lo que ocurra primero, bajo las condiciones de cuando se originó el primer gasto, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de las vigencias anteriores, y que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida por un periodo mayor a 30 días naturales **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

37. En alcance a la pregunta anterior, estimaremos confirmar que no se considerarán como padecimientos preexistentes aquellos cuyo primer gasto ya haya sido pagado por una compañía aseguradora, en cuyo caso se ampararán bajo la cobertura de pagos complementarios. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

38. Página 34/61, inciso G), Tratamiento quirúrgico para corregir la miopía y/o el astigmatismo, solicitamos a la convocante confirmar que se cubrirán con una suma asegurada de \$25,000 sin deducible y sin coaseguro, los gastos en que incurra el asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares, siempre y cuando el asegurado tenga presente al menos 5 dioptrías de deficiencia visual por padecimiento y por ojo. **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= SI.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

39. Página 34/61, inciso H), Daño psiquiátrico, para tener una mejor claridad de los alcances de la cobertura, se solicita a la Convocante indicar si adicionalmente a lo solicitado en bases, se incluirán los dos siguientes párrafos:

"Los honorarios del médico se pagarán de acuerdo al tabulador del plan contratado. Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Se cubrirán los gastos en que incurra el asegurado con respecto a los incisos a), b) y c) siempre y cuando ocurran dentro de la vigencia de esta póliza." **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

40. Página 35/61, Cobertura en el extranjero, apreciaremos a la convocante confirmar que se cubre dicho requerimiento mediante el siguiente texto:

"Para las reclamaciones en el extranjero, operará una protección sujeta a la misma suma asegurada, deducible, coaseguro, definiciones, condiciones, cláusulas generales, coberturas y exclusiones de la cobertura básica aplicable en Territorio Nacional, con excepción del límite para honorarios quirúrgicos, siendo este último hasta la suma asegurada máxima contratada para esta cobertura.

La cobertura en el extranjero se maneja vía reembolso de acuerdo al Physician Fee (Gasto Usual y Acostumbrado) que aplique en el país en donde se presenta el gasto, aplicando las condiciones de la póliza.

La cobertura en el extranjero solo aplicará para los funcionarios de la zona fronteriza norte, director general, subdirectores generales y titular del órgano interno de control." **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE CONFIRMA.

41. Página 35/61, Cobertura en el extranjero, solicitamos a la convocante proporcionar la relación de funcionarios de la zona fronteriza norte, el Director General, los Subdirectores Generales y el Titular del Órgano Interno de Control, indicando sexo, fecha de nacimiento, edad, nivel y suma asegurada. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ENUNCIAN LOS NOMBRES DE LOS TITULARES Y DEBERÁN INCLUIRSE A SUS DEPENDIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA COLECTIVIDAD QUE SE ENTREGO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO:

NOMBRE	TIPO	SEX O
ARTEE FREANER JAVIER	TITULAR	M
CORRAL TELLAECHÉ MARTHA	TITULAR	F

INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

ELOISA		
CRUZ CABRERA FERNANDO JAVIER	TITULAR	M
DIAZ ESCALANTE ARSENIO	TITULAR	M
FRANCO CIURANA ENRIQUE	TITULAR	M
FRANCO GALLEGOS LETICIA IRENE	TITULAR	F
LASA ARANA JOSE IGNACIO	TITULAR	M
MERCADO ZERTUCHE PATRICIO EUGENIO	TITULAR	M
MEZA MARQUEZ MANUEL DE JESUS	TITULAR	M
PINEDA MAYA MARIA DE LOURDES	TITULAR	F
POSTLETHWAITE PRECIADO FRANCISCO E.	TITULAR	M
SALGADO SALGADO MARIA TERESA	TITULAR	F
VAZQUEZ BARROSO RICARDO	TITULAR	M
ZUÑIGA HERNANDEZ ANTONIO ADOLFO	TITULAR	M
LOPEZ SALAZAR MARTHA CRISTAL	TITULAR	F
MEJORADO RUIZ RICARDO	TITULAR	M

- 42.** Página 36/61, numeral 7.1, Cobertura de emergencia en el extranjero automática, se solicita a la Convocante confirmar si cumplimos con esta cobertura incluyendo el siguiente texto, que es el que tiene su póliza actualmente:
 "Si durante la vigencia de la póliza y como resultado de un accidente o de una enfermedad cubierta sufrida en el extranjero, el Asegurado requiere de un tratamiento médico de emergencia, "LA ASEGURADORA" cubrirá el costo del mismo hasta por 50,000 dólares y aplicando un deducible de 50 dólares, sin aplicación de coaseguro.

Se considera emergencia médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por lo cual requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital o sanatorio, dentro de las 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.

"LA ASEGURADORA" efectuará el pago de la reclamación de acuerdo a la suma asegurada vigente para esta cobertura.

GASTOS CUBIERTOS



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

- Servicios de Hospital.- Cuarto y alimentos, medicamentos, unidades de cuidado intensivo, salas de operación y recuperación, sala de emergencia, servicios especiales de enfermería, análisis de laboratorios, rayos X, electroencefalogramas y electrocardiogramas.
- Servicios Médicos.- Visitas médicas, intervención quirúrgica, anestesia, servicios de primeros auxilios, análisis de laboratorios y rayos X.
- Otros Servicios.- Ambulancia terrestre, transfusiones, prescripciones médicas, oxígeno.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Exclusiones que figuren en la póliza, así como:

- Todo tipo de gasto realizado por los acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorios u hospitales.
- Los padecimientos preexistentes que se presenten durante el primer año de vigencia de este beneficio, para cada Asegurado.
- Cualquier tratamiento de rehabilitación.
- Servicios de enfermería fuera del hospital.
- Los gastos inherentes a la operación cesárea y su rehabilitación.
- Los gastos del hospital o sanatorio representados por el costo de la habitación y alimentos, que quedarán limitados al costo correspondiente a cuarto semiprivado.

Todos los gastos efectuados en el extranjero y cubiertos por esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al tipo de cambio, para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se erogaron dichos gastos (Siniestro).

La suma asegurada de esta cobertura, será efectiva única y exclusivamente durante el período de vigencia de la póliza.

Los asegurados estarán protegidos por una emergencia médica en el extranjero sin importar su edad.
Favor de pronunciarse al respecto.

R= SE ACEPTA.

43. Página 36/61, numeral 7.1, Cobertura de emergencia en el extranjero automática, solicitamos a la convocante confirmar que esta cobertura es para todos los beneficiarios de la póliza.- **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= SI.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

44. Página 37/61, numeral 7.2, Preexistencia amplia sin periodo de espera, apreciaremos a la convocante confirmar que este numeral se refiere a la reinstalación de suma asegurada y no al beneficio de preexistencia amplia sin periodo de espera. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

45. Página 37/61, numeral 7.2, Pre-existencia amplia sin periodo de espera, se solicita a la convocante que la reinstalación de suma asegurada opere mediante el siguiente texto, que es el que tiene su póliza actualmente:
"REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMA ASEGURADA.
En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierto llegase a disminuir o agotarse la suma asegurada, ésta se reinstalará hasta por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades." **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA, Y SE ACLARA QUE DEBERÁ REINSTALARSE POR UNA SOLA VEZ PARA A QUELLOS PADECIMIENTOS QUE LA HAN AGOTADO.

46. Página 37/61, numeral 7.2, Pre-existencia amplia sin periodo de espera, considerando además que para los casos particulares en los que se haya agotado o se agote la suma asegurada inicial, se deberá cotizar la reinstalación de dicha suma asegurada por una vez hasta el tope de 528 SMGM, es correcta la apreciación de mi representada de que en la información de siniestralidad proporcionada para la presente licitación se encuentran incluidos padecimientos que han agotado la suma asegurada y que consecuentemente se encontrarán en el supuesto del punto 7.2. del anexo 4 de bases. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI, UN CASO, Y SE ENCUENTRA DENTRO DE LA SINIESTRALIDAD PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO.

47. En relación a la pregunta que antecede, de conformidad con lo previsto en el artículo 33 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, y a efecto de que los participantes en el presente proceso de licitación, cuenten con igualdad de condiciones e información, y respuestas claras y precisas, se solicita a la convocante indicar el número de siniestros, el padecimiento y suma asegurada cubierta que a la fecha se encuentran con la posibilidad de adecuarse al supuesto establecido en el punto 7.2. del anexo 4 de bases. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= UN SINIESTRO Y SE ENTREGO EN LA SINIESTRALIDAD EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO.

48. Página 37/61, numeral 7.3, Cláusula de Conversión, agradeceremos a la convocante confirmar que se cubre dicho requerimiento mediante el siguiente texto:



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

“Cualquier Asegurado que haya **CAUSADO BAJA** de la póliza por dejar de pertenecer a la colectividad asegurada, tendrá derecho a que, si lo solicita a “LA ASEGURADORA” por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores de las que comercializa “LA ASEGURADORA”, quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con la cláusula CAMBIO DE PLAN, siempre y cuando le sea expedida una póliza de Gastos Médicos Mayores y no existan periodos al descubierto.”

CAMBIO DE PLAN:

“En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con “LA ASEGURADORA” a la fecha de alta a esta póliza o, realizara un cambio de plan a un Seguro Individual o Colectivo de Gastos Médicos Mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los treinta días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

En el primer supuesto, los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta a la presente póliza, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella; en el segundo, o sea, cuando se cambie a un Seguro Individual o colectivo de Gastos Médicos Mayores, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la nueva póliza.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de la póliza anterior, se aplicará el remanente de suma asegurada, los límites de deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales, Cláusulas Generales y endosos de la póliza en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.” **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO SE ACEPTA.

49. En alcance a la pregunta anterior y toda vez que la tarifa aplicable se determinará en el momento de la baja del asegurado, estimaremos confirmar que en el anexo 7B no se presentará la prima de la cláusula de conversión. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE CONFIRMA QUE NO SE PRESENTARAN COSTOS PARA LA CLAUSULA DE CONVERSION, SIN EMBARGO LA ASEGURADORA OTORGARÁ DICHA CLAUSULA RESPETANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO ACTUALES Y SIN SUSCRIPCION, UTILIZANDO LA TARIFA DE POLIZA DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL DE LA ASEGURADORA, PARA AQUELLAS PERSONAS QUE ASI LO SOLICITEN, DE CONFORMIDAD AL PUNTO 7.3 DEL ANEXO TECNICO DE LAS BASES.

50. Página 37/61, numeral 7.4, Cláusula de potenciación, se solicita a la Convocante confirmar que este requerimiento corresponde al otorgamiento de una suma asegurada adicional de 1000 SMGM a los 528 SMGM de suma asegurada del Plan Básico; por lo que la suma asegurada total incluyendo la suma asegurada básica y potenciada será de 1528 SMGM. **Favor de pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

R= NO, SE RATIFICA QUE LA SUMA ASEGURADA EN LA POTENCIACION ES A DOS TOPES, UNO A 1000 SMGM Y OTRO A ILIMITADO.

51. Página 37/61, numeral 7.4, Cláusula de potenciación, se pide a la Convocante que para la contratación de potenciación se tengan 60 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza y si hay altas posteriores estas sean solo por nuevas altas a FONACOT; todas las altas operarán a partir de la fecha de solicitud. Favor de pronunciarse al respecto.

R= NO, DEBERAN SER 90 DIAS NATURALES A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SI HAY ALTAS POSTERIORES ESTAS SERAN EXCLUSIVAMENTE NUEVAS ALTAS AL INSTITUTO FONACOT.

52. Página 37/61, numeral 7.5 check up's, se solicita a la Convocante que se elimine esta cobertura en función de que en el mercado asegurados los check up's se manejan como exclusión del Seguro de Gastos Médicos Mayores. Favor de pronunciarse al respecto.

R= NO SE ACEPTA.

53. En caso de que su respuesta sea en sentido negativo, y considerando que los check up's son estudios que se consideran como un servicio destinado a prevenir o comprobar el estado de la salud y no como necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado a causa de un accidente o enfermedad, apreciaremos a la Convocante confirmar que cumplimos con este requerimiento presentando una carta bajo protesta de decir verdad, que la Aseguradora ofrece cubrir el servicio de 30 estudios conocidos como check up ejecutivos, a los titulares designados por escrito por la Dirección de Factor Humano, una vez durante la vigencia de la póliza, los cuales se realizarán en la red médica y bajo la coordinación de la aseguradora en instituciones de nivel reconocido por la Comisión Nacional de Certificación de hospitales. Favor de Pronunciarse al respecto.

R= SE ACEPTA ESTA PROPUESTA Y SON 70 CHECK UP'S DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO.

54. Página 39/61, numeral 7.6, Gastos funerarios, solicitamos amablemente a la Convocante ratificar que se cubre dicho requerimiento mediante el siguiente texto:

"GASTOS FUNERARIOS.

Si durante la vigencia de este beneficio el Asegurado registrado para efectos de esta cobertura fallece a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza, "LA ASEGURADORA" pagará \$20,000.00 y por una sola vez, la suma asegurada vigente de esta cobertura, a los beneficiarios designados por el(los) Asegurado(s). La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- A. Concluir la vigencia de la póliza de que este beneficio forma parte, por cualquiera de las causas en ella convenidas.
- B. Cancelación del presente beneficio.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

C. Al efectuar "LA ASEGURADORA" el pago de la suma asegurada pactada para este beneficio." Esta cobertura aplicará para los asegurados desde los doce años hasta los sesenta años de edad, en caso de renovación hasta los sesenta y nueve años de edad." Que es como lo tiene su póliza actualmente. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

55. Página 39/61, numeral 7.7, Fondo de \$150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos), toda vez que la convocante requiere en este punto constituir un fondo por la cantidad de \$150,000.00 pesos (Ciento Cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) que se destine a cubrir gastos por concepto de reclamaciones de gastos médicos que no ampare las condiciones generales de la póliza que se licita; entendemos que tal requerimiento podrá ser cubierto bajo esquema distinto a un contrato de seguro, pero regulado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y permitido a las Instituciones de seguros conforme al oficio Circular S 16/07 emitido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas con fecha 12 de marzo de 2007. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= LA APRECIACION ES CORRECTA.

56. Página 39/61, numeral 7.7 Fondo de \$150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos), en relación al Anexo 7A propuesta económica y punto 11.2 de Bases de Licitación "Pagos" y pregunta que antecede, considerando que la responsabilidad para instruir a la Aseguradora la procedencia de los pagos con cargo al "Fondo" será de la Subdirección General de Administración, previo visto bueno del Titular del Servicio Médico Institucional, quien llevará un registro y control del mismo, y que dicho fondo tiene por objeto cubrir gastos médicos no amparados en las condiciones generales de la póliza que se licitan, dichos gastos no corresponden a un riesgo amparado, por lo que apreciaremos confirmar que el monto a señalar como prima en la propuesta económica, solo corresponde a la cobertura básica y los conceptos señalados en los puntos 4, 5, 6 y 7.1 y no así la cantidad de \$150,000.00 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) que corresponden al Fondo?. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

57. **En alcance a la pregunta anterior, estimaremos confirmar que el anexo 7 A será modificado, a fin de indicar por separado el fondo en administración por la cantidad de \$150,000.00 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N.), mismo que será cubierto por el convocante a la licitante que resulte adjudicada, en donde además se deberá indicar el % que se cobrará por concepto de costo de administración. Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO, LOS LICITANTES DEBERAN APEGARSE AL ANEXO NO. 7 A PROPORCIONADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO.

58. **En relación a las dos pregunta que anteceden, punto 11.2 de Bases de Licitación "Pagos" y**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Anexo 4. Punto 7.7 Fondo de \$150,000.00., toda vez que durante la vigencia del contrato que se licita existe la posibilidad de que se llegará a agotar el fondo, y que este podría reconstituirse según la conveniencia de la convocante, es correcta la apreciación de mi representada en el sentido de que el monto para la reconstitución del fondo será cubierto a la aseguradora que resulte adjudicada, dentro de los quince días posteriores a aquel en que ésta le notifique a la convocante su agotamiento y ésta le hubiere manifestado su voluntad de continuar con el Fondo en administración? **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SI.

59. Página 40/61, numeral 9, Exclusiones, se solicita a la Convocante además de las exclusiones que se mencionan en dicho numeral, incluir las siguiente, en virtud de que así se encuentra su póliza actualmente:

- Tratamientos estéticos para cambio de sexo.

R= SE ACEPTA.

- Honorarios de ayudantes en parto o aborto involuntario.

R= NO SE ACEPTA.

- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.

R= NO SE ACEPTA.

- Tratamientos para corregir Hallux Valgus.

R= NO SE ACEPTA.

- Control, vigilancia y atención prenatal.

R= SE ACEPTA.

- Todos los gastos propios del recién nacido, así como sus tratamientos pediátricos.

R= NO SE ACEPTA.

- Padecimientos congénitos o nacimientos prematuros de cualquier Asegurado nacido dentro de la vigencia de la presente póliza a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido.

R= SE ACEPTA.

- Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.

R= SE ACEPTA.

- Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia o bajo el influjo de drogas, narcóticos o alucinógenos, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente o enfermedad, salvo que éstos hayan sido prescritos por un médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión.

R= SE ACEPTA.

- Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamientos, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en automovilismo, motonáutica o vuelos sin motor, excepto cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el accidente ocurra dentro de su horario de labores. **Favor de pronunciarse al respecto.**



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= NO SE ACEPTA.

60. Página 40/61, numeral 9, Exclusiones, décima Viñeta, estimaremos a la convocante confirmar que serán una exclusión los Dentales, alveolares o gingivales o maxilofaciales a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en la cuarta viñeta del inciso B. Enfermedades y Tratamientos Cubiertos en la página 33/61 de las bases. **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= ES CORRECTA SU APRECIACION.

61. Página 42/61, numeral 9, Exclusiones, ultima Viñeta, Padecimientos congénitos, apreciaremos a la convocante confirmar que no estarán cubiertos los Padecimientos congénitos para los hijos no nacidos durante la vigencia del seguro, así como para los demás participantes que presenten el padecimiento congénito antes de alcanzar los 5 años de edad. **Favor de Pronunciarse al respecto.**

R= ES CORRECTA SU APRECIACION.

62. En relación al **Anexo No. 4, Descripción del servicio**, apreciaremos a la convocante proporcionar la información en medio magnético de la colectividad del Personal de Mandos Medios y Superiores, así como sus dependientes económicos, indicando sexo, fecha de nacimiento y/o RFC y parentesco con el servidor público, con la finalidad de elaborar la propuesta económica. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

Anexo No. 7A Propuesta Económica

63. Página 45/61, se solicita a la convocante confirmar que en la columna de derechos de póliza podemos indicar un costo de \$0.00 pesos. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

64. Página 45/61, apreciaremos a la convocante confirmar si en la propuesta económica podemos anexar las siguientes notas:





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

Notas:

- Los precios son netos, firmes y fijos durante la vigencia del contrato.

R= SE ACEPTA.

- Los precios se presentan en Moneda Nacional (pesos mexicanos).

R= SE ACEPTA.

- El precio ofertado ya incluye los descuentos que puede ofrecer esta Aseguradora.

R= SE ACEPTA.

- Esta póliza no genera comisión alguna por intermediación. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO GENERA COMISION.

Anexo No. 10 Modelo del Contrato

65. Página 53/61, se solicita a la Convocante se sirva ratificar que dicho documento será ajustado en su momento entre las partes contratantes ya que el mismo contiene algunas imprecisiones como las que se presentan en la declaración II.1, cláusulas Primera, Octava, Décima, Décima Tercera y Décima Séptima. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= NO.

Preguntas Generales

66. Solicitamos a la convocante considerar que en cumplimiento a la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dictada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 2005, las instituciones de seguros debemos integrar un expediente de identificación del cliente, previamente a la celebración de contratos de cualquier tipo, que contenga determinada información y documentación mínima; incluso la disposición quinta señala que sólo se podrán suscribir contratos de cualquier tipo, hasta que los clientes hayan cumplido satisfactoriamente los requisitos de identificación. En consecuencia, agradeceremos confirmar que la información respectiva del **Instituto del Fondo Nacional para el Consumo de los Trabajadores y/o Instituto FONACOT**, será entregada al licitante ganador en el acto de fallo, toda vez que la entrega tardía de la documentación requerida para cumplir con esta disposición, repercutirá a su vez en el cumplimiento de los plazos establecidos por la convocante, tales como la firma del contrato y entrega de las pólizas, de conformidad con lo establecido en la disposición antes aludida. **Favor de pronunciarse al respecto.**

R= SE ACEPTA.

SEGUROS BANORTE GENERALI, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

1. Inciso 3.6 vigencia del contrato, amablemente se solicita que el contrato se ampare mediante dos pólizas con vigencia 31 de mayo de 2008 al 31 de mayo de 2009 y del 31 de mayo de 2009 al 31 de diciembre de 2009, favor de pronunciarse al respecto.

R= NO.

2. Anexo técnico No 4, inciso 6 Condiciones, amablemente se solicita aclarar que el coaseguro será del 10% con un tope de 10 SMGM, favor de pronunciarse al respecto.

R= SE ACEPTA.

3. Amablemente se solicita indicar si bajo las condiciones de cobertura actuales se cuenta con tope de coaseguro, favor de pronunciarse al respecto.

R= SI, ESTA TOPADO A 250 SMGM.

4. Anexo técnico No 4, inciso 7.2, amablemente se solicita indicar si actualmente se cuenta con esta cobertura, favor de pronunciarse al respecto.

R= ACTUALMENTE NO SE CUENTA CON DICHA COBERTURA.

5. Anexo técnico No 4, inciso 7.2, amablemente se solicita indicar la instancia que determinará los casos particulares en los que se haya de reinstalar la suma asegurada para el mismo padecimiento, indicada en esta cláusula de preexistencia amplia, favor de pronunciarse al respecto.

R= LO DETERMINARA EL INSTITUTO Y SERA PARA TODOS LOS CASOS.

6. Anexo técnico No 4, inciso 7.3 amablemente se solicita indicar que la tarifa que se aplicará para esta cláusula será el que la compañía tenga vigente al momento de la contratación de este beneficio, favor de pronunciarse al respecto.

R= SE ACEPTA.

7. Anexo técnico No 4, inciso 7.5 amablemente se solicita no considerar este inciso ya que la condición es de carácter preventivo, favor de pronunciarse al respecto.

R= NO SE ACEPTA.

8. Anexo 7.A amablemente se solicita presentar tarifa por rangos de edad y sexo por cada periodo de cobertura, de acuerdo con el siguiente cuadro:



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES

EDAD	PRIMA NETA	
	HOMBRES	MUJERES
0-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69*		
70-74**		
75-79**		

R= LOS LICITANTES DEBERÁN PRESENTAR SU PROPUESTA ECONÓMICA DE ACUERDO AL ANEXO 7A, EL CUAL FUE ENTREGADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL PASADO 8 DE MAYO. LAS TARIFAS POR RANGO DE EDAD Y SEXO QUE APLICARAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA DEBERAN SER ENTREGADAS POR EL LICITANTE GANADOR.

9. Anexo 7.A amablemente se solicita aclarar que el importe a considerar por la cobertura básica será el correspondiente a aplicar la tarifa de cada periodo por rangos de edad y sexo de la población.

R= NO.

10. Amablemente se solicita reporte detalle de siniestralidad de los tres últimos años, en el cual se indique número de siniestro, padecimiento cubierto, importe pagado, fecha de pago, fecha del primer gasto y periodo del reporte

R=ESTE FUE ENTREGADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO.

11. Amablemente se solicita listado de participantes en el que se indique fecha de nacimiento, edad, sexo y parentesco

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

12. Directorio de Médicos y Hospitales de Red.

El licitante ganador deberá de entregar dentro de los 3 días hábiles posteriores a la firma del contrato 360 ejemplares impresos del directorio actualizado de médicos y hospitales de la red, obligándose así mismo a que en el caso de que existan cambios de médicos u hospitales deberá de notificarlos el mismo día de este hecho.

Al respecto les informamos que nosotros como institución no manejamos directorios impresos; para tal efecto ponemos a su disposición nuestra página de Internet donde encontrara la información actualizada al día.

R= PARA EL CASO DEL LICITANTE GANADOR DEBERA ENTREGAR EN UN CD EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED Y SERA RESPONSABILIDAD DEL LICITANTE MANTENERLO ACTUALIZADO EN SU PAGINA DE INTERNET. ASÍ MISMO DEBERA ENTREGAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA RECLAMO DE SINIESTROS, PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

13. F) Pagos Complementarios.

Los gastos complementarios de vigencias anteriores se pagarán hasta el remanente de la Suma Asegurada contratada cuando se originó el primer gasto.

R= SI, Y APLICA REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA.

¿Para este punto deberemos contar con la información de siniestralidad de la póliza anterior, y/o que al momento de la reclamación se cuente con una carta de la aseguradora anterior donde especifique, suma asegurada, suma gastada y remanente de suma por cada diagnostico; en el entendido que si no se encuentra en la siniestralidad o no se cuenta con esta información será considerado como un tramite inicial?

R= LA SINIESTRALIDAD FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO Y SERVIRA DE BASE PARA ESTAS RECLAMACIONES.

14. Complementarias

Los honorarios del médico se pagarán de acuerdo al tabulador del plan contratado. Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana. El servicio del seguro se requiere a nivel Nacional y en el Extranjero sólo para emergencias. En caso de que no se cuente con el Servicio Médico y Hospitalario en alguna localidad, el deducible y coaseguro quedará a cargo de la Aseguradora ganadora.

¿Derivado de este texto, cuales serian las localidades en donde se requiere la cobertura, existe una tabla de distribución poblacional por localidad?

R= SE REQUIERE EN TODAS LAS LOCALIDADES Y NO EXISTE UNA TABLA DE DISTRIBUCION POBLACIONAL POR LOCALIDAD.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

SEGUROS INBURSA, S.A. GRUPO FINANCIERO INBURSA

PREGUNTAS ADMINISTRATIVAS

1. ANEXO 10. MODELO DE CONTRATO. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE NOS CONFIRME QUE DICHO ANEXO SOLO LO PRESENTARA EL LICITANTE GANADOR, EL CUAL CONTARA CON LAS RESPECTIVAS MODIFICACIONES QUE SE DERIVEN DE LA JUNTA DE ACLARACIONES Y POR ULTIMO SERA REVISADO Y ACORDADO POR LAS AREA JURIDICAS DE AMBAS PARTES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, ES NECESARIO ANEXAR EL MODELO DE CONTRATO Y ESTE SE ELABORARA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN BASES Y LO DERIVADO DE LA JUNTA DE ACLARACIONES.

2. PUNTO 3.9. RESICION ADMINISTRATIVA, ULTIMO PARRAFO, HACEN MENCION QUE EL PRESTADOR QUEDARA OBLIGADO ANTE LA CONVOCANTE, A RESPONDER DE LOS DAÑOS Y PERJUICIOS QUE CAUSE DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, ASÍ COMO DE CUALQUIER OTRA RESPONSABILIDAD EN QUE INCURRA. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE ESTE PARRAFO SEA ELIMINADO YA QUE ESTO NO ES MATERIA DE SEGURO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO

R= SI.

3. PUNTO 4.2. INCISO B, HACEN MENCION QUE SE DESECHARAN LAS PROPUESTAS POR NO PROPORCIONAR IMPRESO EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MÉDICOS Y HOSPITALES DE LA RED. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE DICHO DIRECTORIO SOLO LO PRESENTARA EL LICITANTE GANADOR. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= PARA EL CASO DEL LICITANTE GANADOR DEBERA ENTREGAR EN UN CD EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED Y SERA RESPONSABILIDAD DEL LICITANTE MANTENERLO ACTUALIZADO EN SU PAGINA DE INTERNET. ASÍ MISMO DEBERA ENTREGAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA RECLAMO DE SINIESTROS, PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

4. PUNTO 10.1 PROPUESTA TECNICA, SEGUNDO PARRAFO. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE NOS CONFIRME QUE CUMPLIMOS ESTE PUNTO CON LA TRANSCRIPCION DEL ANEXO NO.4, EL CUAL INCLUYA LAS MODIFICACIONES DERIVADAS DE LA JUNTA DE ACLARACIONES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SI.

5. ANEXO NO. 1 SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE LO REFERENTE AL R.F.C. DE LOS SOCIOS Y LA RELACION DE SOCIOS QUE HAN PARTICIPADO EN LAS REFORMAS, SEA ELIMINADO YA QUE ESTOS DATOS SERAN COMPROBADOS CUANDO EL LICITANTE GANDOR ENTREGUE LA DOCUMENTACION LEGAL REQUERIDA POR LA CONVOCANTE. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, YA QUE ESTE REQUISITO SE SOLICITO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 36, FRACCION I DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

6. PUNTO 10.1 INCISO M) Y N). AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE EL DIRECTORIO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE LA RED, SEAN ENTREGADOS SOLO POR EL LICITANTE GANDOR. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SI.

7. EN CASO DE SER NEGATIVA SU RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR, SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE EL DIRECTORIO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE LA RED, SEAN ENTREGADOS SOLO EN MEDIO MAGNETICO.

R= NO APLICA.

8. PUNTO 13, PENAS CONVENCIONALES. SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS EN EL CONTRATO DE SEGURO, SOLO SEAN APLICADAS LAS ESTABLECIDAS EN EL ART. 135 BIS DE LA LEY DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, APEGARSE A LO SOLICITADO EN BASES.

9. PUNTO 13, PENAS CONVENCIONALES. SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE NOS ACLARA A QUE SE REFIERE CON EL SIGUIENTE TEXTO O EN SU DEFECTO NOS INDIQUE EL ALCANCE "ASI COMO POR CADA 15 MINUTOS EN LA ATENCION DE LA POLIZA DE GASTOS MEDICOS MAYORES" FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE ELIMINA ESTE REQUISITO.

PREGUNTAS TÉCNICAS GASTOS MEDICOS

10. ANEXO 4. SINIESTRALIDAD. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE EL PLAZO SEA MODIFICADO DENTRO DE LOS 15 DÍAS NATURALES POSTERIORES A CADA MES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO.

11. ANEXO 4. DIRECTORIO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED. AL RESPECTO SOLICITAMOS AMABLEMENTE A LA CONVOCANTE QUE EN CASO DE RESULTAR GANADORES, LOS AJEMPLARES SEAN ENTREGADOS EN MEDIO MAGNETICO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= PARA EL CASO DEL LICITANTE GANADOR DEBERA ENTREGAR EN UN CD EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED Y SERA RESPONSABILIDAD DEL LICITANTE MANTENERLO ACTUALIZADO EN SU PAGINA DE INTERNET. ASÍ MISMO DEBERA ENTREGAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA RECLAMO DE SINIESTROS, PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

12. FAVOR DE RATIFICAR QUE EL 100% DE LA PRIMA LA PAGA LA EMPRESA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE RATIFICA.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

13. EN CASO DE RESULTAR GANADORES FAVOR DE RATIFICAR QUE EL CONTRATANTE SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS PRIMAS ANTE SEGUROS INBURSA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO. DE CASO CONTRARIO INDICAR EL PORCENTAJE DE CONTRIBUCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE RATIFICA QUE EL PAGO DE LA PRIMA LO REALIZARA EL INSTITUTO.

14. EN CASO DE SER ANUAL FAVOR DE RATIFICAR QUE EL PAGO SE REALIZARÁ DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= EL INSTITUTO FONACOT REALIZARA EL PAGO DE LA POLIZA EN DOS EXHIBICIONES, LA PRIMERA DE ELLAS SE PAGARA DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 DIAS NATURALES DE PRESENTADA LA POLIZA DEL EJERCICIO 2008, Y LA SEGUNDA DENTRO DE LOS 30 DIAS NATURALES POSTERIORES A LA PRESENTACION DEL RECIBO DE PAGO DE PRIMA, MISMO QUE SE PODRA PRESENTAR A PARTIR DEL 15 DE ENERO DE 2009.

15. SOLICITAMOS SE NOS ENVÍE EL LISTADO DE PERSONAS A ASEGURAR CON NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO EN FORMATO DE EXCEL PARA LA ENTREGA DE PROPUESTAS. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

16. SOBRE LAS MODIFICACIONES DEL CONTRATO SOLICITAMOS QUE SE AGREGUE AL TEXTO: CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LAS CANTIDADES DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS SE HARÁN AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA Y DESPUÉS DE CUMPLIDOS LOS DOCE MESES SE RECONSIDERARÁ EL PRECIO DEL CONTRATO DE ACUERDO A LA SINIESTRALIDAD REPORTADA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO. EN CASO DE SER NEGATIVA LA RESPUESTA FAVOR DE INDICAR SI SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

R= NO, Y SI SERA MOTIVO DE DESCALIFICACION EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

17. FAVOR DE RATIFICAR QUE SOLO SE ENTREGARAN LOS RECIBOS DE PAGO CORRESPONDIENTES A NOMBRE ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE DEL CONTRATANTE. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE RATIFICA.

18. EN CASO DE QUE EL NEGOCIO SEA GANADO POR SEGUROS INBURSA, SOLICITAMOS QUE SEA NECESARIO EL LLENADO DE CONSENTIMIENTOS POR CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO APLICA POR SER POLIZA DE GRUPO.

19. EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO EN EL INCISO ANTERIOR, SOLICITAMOS QUE SE NOS PROPORCIONEN LOS CONSENTIMIENTOS CON LOS QUE SE CONTABA EN LA VIGENCIA ANTERIOR Y QUE EL LLENADO SOLO SEA UN REQUISITO PARA LAS NUEVAS ALTAS A LA PÓLIZA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= NO EXISTEN POR SER POLIZA DE GRUPO.

20. SOBRE EL PAGO DIRECTO; CON LA FINALIDAD DE ESTAR TODAS LAS COMPAÑÍAS EN IGUALDAD DE CONDICIONES, SOLICITAMOS QUE SE NOS RATIFIQUE QUE PODREMOS OFRECER NUESTRO PROPIO SISTEMA DE PAGO DIRECTO:

- QUE AL MOMENTO DE SOLICITAR EL PAGO DIRECTO LA PRIMA O LA FRACCIÓN CORRESPONDIENTE DEBERÁ ESTAR PAGADA;

R= SE ACEPTA.

- QUE SE ATIENDA CON UN MÉDICO Y HOSPITAL QUE PERTENEZCA A LA RED MÉDICA DE NOSOTROS;

R= SE ACEPTA.

- QUE AL MOMENTO DE SU SOLICITUD SE CUENTE CON UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA;

R= SE ACEPTA.

- QUE EL GASTO INCURRIDO REBASE EL DEDUCIBLE RESPECTIVO;

R= SI, SOLO EN ENFERMEDAD PARA ACCIDENTE SERA CUBIERTO DESDE EL PRIMER PESO.

- SE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN Y EN CASO DE CIRUGÍA AMBULATORIA, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL MODULO DE SEGUROS INBURSA.

R= SE ACEPTA.

- AL OPERAR PAGO DIRECTO APLICARÁ UNA REDUCCIÓN DE \$2,500 COMO MÁXIMO DE DEDUCIBLE Y 10% DE COASEGURO, PARA LO CUAL SE DEBERÁ CONTAR CON UNA CARTA PASE EMITIDA Y AUTORIZADA POR SEGUROS INBURSA." PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO APLICA, APEGARSE A LAS BASES DE LICITACION.

21. SOBRE LOS HONORARIOS QUIRÚRGICOS, CON LA FINALIDAD DE ESTAR TODOS LOS LICITANTES EN IGUALDAD DE CONDICIONES, SUGERIMOS AMABLEMENTE QUE NOS INDIQUE BAJO CUAL THQ APLICARÁ LA PRESENTE COBERTURA:

- 1). A) 21 SMMVDF.
- 2). AA) 30 SMMVDF.
- 3). AAA) 36 SMMVDF.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= 39 SMMVDF.

22. SOLICITAMOS SE RATIFIQUE QUE CUMPLIMOS CON PRESENTAR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

A) ANESTESISTA. SOLICITAMOS QUE EL PAGO DE HONORARIOS DEL ANESTESISTA, MANEJE DE LA SIGUIENTE MANERA: HASTA EL 30% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO.

B) - AYUDANTES. SOLICITAMOS QUE EL PAGO DE HONORARIOS POR AYUDANTE SE MANEJE DE LA SIGUIENTE MANERA: PRIMER AYUDANTE: 20% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO; Y PARA EL SEGUNDO AYUDANTE: 10% DE LO TABULADO PARA EL CIRUJANO, LO ANTERIOR PARA NO ENCARECER EL PROGRAMA.

LO ANTERIOR POR SER LA MANERA BAJO LA CUAL OPERAR EL MERCADO ASEGURADOR. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= CUMPLE PARA EL INCISO A, NO CUMPLE PARA EN INCISO B.

23. SOLICITAMOS QUE SE NOS ENVIÉ EL:

A). REPORTE DE SINIESTRALIDAD DE LAS ÚLTIMAS VIGENCIAS O DE LAS QUE DESEAN CUBRIR COMPLEMENTOS (BASE DE DATOS EN MEDIO MAGNÉTICO, DE PREFERENCIA EN FORMATO DE EXCEL), LA CUAL CONTENGA LOS SIGUIENTES CAMPOS: NOMBRE DEL AFECTADO, FECHA DE OCURRIDO, PADECIMIENTO, MONTO PAGADO, SUMA ASEGURADA CONTRATADA BAJO LA CUAL SE INICIÓ EL PADECIMIENTO Y EL PERÍODO DE ANÁLISIS QUE COMPRENDE LA SINIESTRALIDAD ENVIADA.

R= ESTE FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.

B). REPORTE DE VARIACIONES EXISTENTES, ENTRE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA CONTRATADA EN LA VIGENCIA ANTERIOR, CON LAS BASES DE LA PRESENTE LICITACIÓN. ADEMÁS DE LA PRIMA PAGADA EN LA VIGENCIA ANTERIOR Y EL NOMBRE DE LA ASEGURADORA CONTRATADA.

R= NO SE PROPORCIONARA YA QUE NO FORMA PARTE DE LAS BASES DE LA PRESENTE LICITACION.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO PARA TODOS LOS INCISOS.

24. CON RESPECTO A LA COBERTURA DE PARTO NORMAL Y CESÁREA, SOLICITAMOS:

A) SE RATIFIQUE QUE ESTAS COBERTURAS TENDRÁN UN PERIODO DE ESPERA DE 10 MESES DE VIGENCIA CONTINUA EN LA PÓLIZA.

R= SI.

B) SE RATIFIQUE QUE NO EXISTE DIFERENCIA CON LA COBERTURA QUE TIENE ACTUALMENTE.

R= SE RATIFICA.

FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

25. SOBRE LA COBERTURA DEPORTES PELIGROSOS SOLICITAMOS QUE SE AGREGUE AL TEXTO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN PRACTICADOS DE MODO AMATEUR O EVENTUAL.

R= SI.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

26. SOLICITAMOS QUE EL TOPE DE COASEGURO SEA DE 30 SMM. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO.

27. PARA EL CASO DE LA COBERTURA DE SIDA, SOLICITAMOS QUE SE:

A). SE ANEXE AL TEXTO QUE QUEDARA AMPARADO HASTA UN TOPE DE \$ 250,000.

R= NO.

B). SOLICITAMOS QUE SE ANEXE AL TEXTO QUE PARA ESTA COBERTURA NO APLICARÁ EL RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD, ES DECIR QUE QUEDARÁ CUBIERTO DESPUÉS DE 4 AÑOS DE VIGENCIA CONTINUA CON SEGUROS INBURSA.

R= NO.

C). EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO EN LOS INCISOS ANTERIORES FAVOR DE INDICAR SI SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

R= SI, SERA MOTIVO DE DESCALIFICACION.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO PARA CADA UNO DE LOS INCISOS.

28. SOBRE LA COBERTURA EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO,

A). PROPONEMOS QUE LA COBERTURA SEA HASTA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN LA COBERTURA NACIONAL, CON LA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE DE LA COBERTURA NACIONAL Y SIN COASEGURO. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO.

B). EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO EN EL INCISO ANTERIOR, SOLICITAMOS QUE SE NOS INDIQUE BAJO QUE CONDICIONES SE OFRECERÁ DICHA COBERTURA Y QUE SE ANEXE AL TEXTO QUE SE PERMITA HOMOLOGAR TANTO EL MONTO DE LA RECLAMACIÓN Y EL RESPETIVO DEDUCIBLE A MONEDA NACIONAL, DE ACUERDO AL TIPO DE CAMBIO ESTIPULADO EN LE DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

R= SE ENCUENTRA DESCRITO EN EL ANEXO NO. 4 DE LAS BASES.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO PARA CADA INCISO.

29. SOBRE EL TEXTO: "PARA LOS CASOS PARTICULARES EN LOS QUE SE HAYA AGOTADO O SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA INICIAL, SE DEBERÁ COTIZAR LA REINSTALACIÓN DE DICHA SUMA ASEGURADA POR UNA VEZ HASTA EL TOPE DE 528 SMM ", PÁG. 37, SOLICITAMOS SE RATIFIQUE QUE SOLO APLICA PARA NUEVOS PADECIMIENTOS. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

30. SOLICITAMOS SE CONFIRME SI CUMPLIMOS CON EL SIGUIENTE TEXTO: TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS, AMPARADO SIEMPRE Y CUANDO A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE Y CONFIRMADO POR UN MÉDICO PSIQUIATRA REQUIERA DEL TRATAMIENTO Y ÉSTE SEA A CONSECUENCIA DE: 1) ACCIDENTE CUBIERTO POR LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA. 2) HABERSE DIAGNOSTICADO UNA ENFERMEDAD TERMINAL COMO: CÁNCER, ACCIDENTE VASCULAR, INFARTO AL MIOCARDIO O INSUFICIENCIA RENAL. 3) SI MEDIANTE ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO SE COMPRUEBA QUE SE HA SUFRIDO DE ASALTO, SECUESTRO O VIOLACIÓN. SE CUBREN: LOS HONORARIOS MÉDICOS POR UN MÁXIMO DE 14 CONSULTAS POR UN AÑO, LOS MEDICAMENTOS POR UN LAPSO NO MAYOR A UN AÑO, EL DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA Y EL COASEGURO ESPECIFICADO EN LA PÓLIZA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO CUMPLEN.

31. SOLICITAMOS SE NOS INDIQUE SE CUMPLIMOS CON LA DEFINICIÓN: "ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DE NARIZ Y SENOS PARANASALES, CON LA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE CONTRATADO Y COASEGURO DEL 50%, AÚN CON MÉDICO Y HOSPITAL EN CONVENIO, SIEMPRE Y CUANDO NO SEA PREEXISTENTE."

R= NO CUMPLEN.

EN CASO CONTRARIO ESPECIFICAR EL TEXTO DE DICHA COBERTURA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= EN CASO DE ENFERMEDAD CON DEDUCIBLE Y COASEGURO A LA POLIZA Y COMO ACCIDENTE HASTA EL GUA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO.

32. SOBRE LA COBERTURA DE AMBULANCIA AÉREA, SOLICITAMOS QUE SE APLIQUE EL SIGUIENTE TEXTO:

SE CUBRIRÁN LOS GASTOS QUE RESULTEN POR AMBULANCIA AÉREA, SI A CONSECUENCIA DE UNA URGENCIA MÉDICA, EL ASEGURADO REQUIERE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y LA LOCALIDAD NO CUENTA CON RECURSOS MÉDICOS HOSPITALARIOS NECESARIOS PARA SU ATENCIÓN Y EL MÉDICO TRATANTE RECOMIENDE EL TRASLADO DEL ASEGURADO. PARA QUE ESTA COBERTURA PROCEDA DEBERÁ SER AUTORIZADA PREVIAMENTE POR EL MÓDULO DE ATENCIÓN DE SEGUROS INBURSA. TODA RECLAMACIÓN QUE SE ORIGINE POR ESTE CONCEPTO SE CUBRIRÁ HASTA \$50,000, APLICANDO SOBRE EL GASTO INCURRIDO UN COASEGURO DEL 20%, NO IMPORTANDO QUE LA CAUSA SEA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE. NO SE CUBRIRÁ ESTE CONCEPTO CUANDO SEA IMPEDIDO EL TRASLADO DEL PACIENTE, POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA, POR LA AUTORIDAD COMPETENTE CON MOTIVO DE SUS FUNCIONES LEGALMENTE RECONOCIDAS Y CUANDO LOS HORARIOS Y/O LAS CONDICIONES METEOROLÓGICAS NO PERMITAN LA OPERACIÓN SEGURA EN EL AEROPUERTO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO, APEGARSE A BASES.

33. SOBRE LOS PADECIMIENTOS CONGÉNITOS SOLICITAMOS SE AGREGUE AL TEXTO: SIEMPRE Y CUANDO EL PRIMER SÍNTOMA O MANIFESTACIÓN SE DE DENTRO DE LA VIGENCIA CON SEGUROS INBURSA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

34. SOBRE LOS NACIMIENTOS PREMATUROS SOLICITAMOS SE AGREGUE AL TEXTO: SIEMPRE Y CUANDO SEAN EFECTUADOS POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA Y SE COMPRUEBE A SATISFACCIÓN DE SEGUROS INBURSA CON INFORME MÉDICO E HISTORIA CLÍNICA. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SE ACEPTA.

35. SOBRE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO, EN LA PÁGINA 35 SE MENCIONA QUE APLICARÁ ÚNICAMENTE PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA ZONA FRONTERIZA NORTE, EL DIRECTOR GENERAL, SUBDIRECTORES Y EL TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL PERO MÁS ADELANTE, EN EL PUNTO COMPLEMENTARIAS SE INDICA QUE EL SEGURO SE REQUIERE EN EL EXTRANJERO SOLO PARA EMERGENCIAS, FAVOR DE ACLARAR SI SE REQUIERE LA COBERTURA DE EMERGENCIA INTERNACIONAL O LA INTERNACIONAL Y SI SE APLICARÁ PARA TODOS LOS INTEGRANTES O SOLO PARA LOS QUE SE ENUMERAN EN EL PUNTO "COBERTURA EN EL EXTRANJERO". EN CASO DE REQUERIRSE ÚNICAMENTE PARA ESTOS ÚLTIMOS SOLICITAMOS SE ENVÍE EL LISTADO POR EDAD Y SEXO DE ESTAS PERSONAS POR SEPARADO. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO TOTAL DE COLECTIVIDAD, COBERTURA EN EL EXTRANJERO LOS FUNCIONARIOS DE LA ZONA FRONTERIZA NORTE, EL DIRECTOR GENERAL, SUBDIRECTORES Y EL TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL, ASI COMO SUS DEPENDIENTES.

NOMBRE	TIPO	SEX O
ARTEE FREANER JAVIER	TITULAR	M
CORRAL TELLAECHÉ MARTHA ELOISA	TITULAR	F
CRUZ CABRERA FERNANDO JAVIER	TITULAR	M
DIAZ ESCALANTE ARSENIÓ	TITULAR	M
FRANCO CIURANA ENRIQUE	TITULAR	M
FRANCO GALLEGOS LETICIA IRENE	TITULAR	F
LASA ARANA JOSE IGNACIO	TITULAR	M
MERCADO ZERTUCHE PATRICIO EUGENIO	TITULAR	M
MEZA MARQUEZ MANUEL DE JESUS	TITULAR	M
PINEDA MAYA MARÍA DE LOURDES	TITULAR	F
POSTLETHWAITE PRECIADO FRANCISCO E.	TITULAR	M
SALGADO SALGADO MARIA TERESA	TITULAR	F
VAZQUEZ BARROSO RICARDO	TITULAR	M
ZUÑIGA HERNANDEZ ANTONIO ADOLFO	TITULAR	M
LOPEZ SALAZAR MARTHA CRISTAL	TITULAR	F
MEJORADO RUIZ RICARDO	TITULAR	M

36. SOBRE LA COBERTURA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD, PROPONEMOS EL SIGUIENTE TEXTO:

"ES NECESARIO PRESENTAR: CARÁTULA DE LA PÓLIZA ANTERIOR, LISTADO DE LOS ASEGURADOS, COPIA DEL RECIBO DE PAGO CON SELLO DE LIQUIDADADO. SERÁ NECESARIO ASÍ TAMBIÉN: HABER ESTADO ASEGURADO UN MÍNIMO DE 1 AÑO ANTES CON CUALQUIER COMPAÑÍA ASEGURADORA, LA DIFERENCIA ENTRE EL INICIO DE



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

VIGENCIA DE LA PÓLIZA NUEVA Y SU PÓLIZA ANTERIOR, NO DEBERÁ DE EXCEDER UN PERIODO DE 30 DÍAS Y CADA ASEGURADO DEBERÁ DE CUBRIR LOS REQUISITOS DE SELECCIÓN DETERMINADOS POR SEGUROS INBURSA”.

FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO SE ACEPTA.

37. SOBRE LA COBERTURA DE PAGO COMPLEMENTOS

A) SOLICITAMOS QUE SE NOS INDIQUE SI CUMPLIMOS CON CUBRIR EL PAGO COMPLEMENTOS HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA BAJO LA CUAL SE INICIO EL SINIESTRO, ENTENDIÉNDOSE ESTA COMO EL MÍNIMO ENTRE LA OTORGADA Y LA QUE CONTABA EN EL MOMENTO EN QUE SE ORIGINÓ EL SINIESTRO, CON BASE EN LO INDICADO EN EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD QUE NOS SERÁ PROPORCIONADO POR EL CONTRATANTE, EL CUAL DEBERÁ DE CONTENER LOS SIGUIENTES CAMPOS: NOMBRE DEL AFECTADO, FECHA DE OCURRIDO, PADECIMIENTO, MONTO PAGADO, SUMA ASEGURADA CONTRATADA BAJO LA CUAL SE INICIO EL PADECIMIENTO Y EL PERIODO DE ANÁLISIS QUE COMPRENDE LA SINIESTRALIDAD ENVIADA.

R= EN LO REFERENTE A LOS PAGOS COMPLEMENTARIOS SE CUBRIRÁN HASTA EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA O AL TÉRMINO DE LA VIGENCIA, LO QUE OCURRA PRIMERO, BAJO LAS CONDICIONES DE CUANDO SE ORIGINÓ EL PRIMER GASTO, SIEMPRE Y CUANDO SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD AMPARADA Y TRATADA, EN LAS PÓLIZAS DE LAS VIGENCIAS ANTERIORES, Y QUE LA VIGENCIA DEL SEGURO NO HAYA SIDO INTERRUMPIDA POR UN PERIODO MAYOR A 30 DÍAS NATURALES. EN LO CORRESPONDIENTE AL REPORTE DE SINIESTRALIDAD, ESTE FUE PROPORCIONADO EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.

B) EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO EN EL INCISO ANTERIOR, SOLICITAMOS QUE SE INDIQUE SI ES MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

R= NO APLICA.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO PARA CADA INCISO.

38. SOBRE EL PAGO DE SINIESTROS SOLICITAMOS QUE: EN CASO DE QUE LA PÓLIZA SE CANCELE, SE LIMITARÁ LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA AL PAGO DE LAS RECLAMACIONES INICIALES O COMPLEMENTARIAS CORRESPONDIENTES A EROGACIONES POR CONCEPTO DE GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, EFECTUADAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA, QUEDANDO EN ESTE CASO EXCLUIDAS LAS EROGACIONES REALIZADAS CON FECHA POSTERIOR A DICHA FECHA. LA RESPONSABILIDAD DE LA COBERTURA TERMINARÁ AUTOMÁTICAMENTE RESPECTO A CADA PADECIMIENTO CUBIERTO CON EL AGOTAMIENTO EN LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DE CADA ASEGURADO. EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO, SOLICITAMOS QUE SE INDIQUE SI ES MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO SE ACEPTA Y SI ES MOTIVO DE DESCALIFICACION.

39. SOBRE LOS TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS SOLICITAMOS SE APLIQUE EL DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA PÓLIZA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= NO.

40. SOBRE LA CONVERSIÓN A INDIVIDUAL, SOLICITAMOS LO SIGUIENTE:

A) QUE AL MOMENTO DE CONVERSIÓN LA COBERTURA OPERE BAJO LAS CONDICIONES DEL PRODUCTO INDIVIDUAL.

R= NO, SE DEBERAN RESPETAR LAS COBERTURAS DE ACUERDO AL ANEXO NO. 4 DE LAS BASES.

B) EN CASO DE NO ACEPTAR EL INCISO ANTERIOR, SOLICITAMOS QUE LA CONVERSIÓN OPERA DE ACUERDO AL ARTÍCULO 16 DEL REGLAMENTO DE SEGURO DE GRUPO.

R= NO APLICA.

C) SOLICITAMOS QUE EL COSTO DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL SEA EN FUNCIÓN A LA EDAD, SEXO Y TARIFAS VIGENTES DEL PRODUCTO GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL, AL MOMENTO DE EMITIR DICHA CONVERSIÓN.

R= SI.

D) QUE NO SE CUBRIRÁN COMPLEMENTOS.

R= NO SE ACEPTA.

E) SE RATIFIQUE QUE SOLO SE PRESENTARÁN TARIFAS NETAS POR LA VIGENCIA EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO FAVOR DE INDICAR SERÁ MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

R= SE RATIFICA QUE NO SE PRESENTARON TARIFAS NETAS POR LA VIGENCIA, SIN EMBARGO LA ASEGURADORA OTORGARÁ DICHA CLAUSULA RESPETANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURAMIENTO ACTUALES Y SIN SUSCRIPCION, UTILIZANDO LA TARIFA DE POLIZA DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL DE LA ASEGURADORA, PARA AQUELLAS PERSONAS QUE ASI LO SOLICITEN, DE CONFORMIDAD AL PUNTO 7.3 DEL ANEXO TECNICO DE LAS BASES.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

41. SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE COLUMNA VERTEBRAL, SOLICITAMOS QUE SE AGREGUE AL TEXTO: SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMERA MANIFESTACIÓN INICIE DENTRO DE LA PÓLIZA CON SEGUROS INBURSA. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO SE ACEPTA.

42. SOBRE LOS CHECK UP'S, SOLICITAMOS SE RATIFIQUE QUE SE CUENTA CON ESTA COBERTURA ACTUALMENTE Y QUE NO HAY VARIACIÓN CON LO SOLICITADO. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= SI SE CUENTA CON DICHA COBERTURA Y SI HABRA VARIACION CON LO SOLICITADO, YA QUE VAN A SER 70.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

43. SOBRE LAS POTENCIACIONES, SOLICITAMOS:

A). QUE LAS TARIFAS POR RANGO DE EDAD SEAN NETAS, SIN IVA Y POR LA VIGENCIA.

R= SE ACEPTA.

B). RATIFICAR QUE SOLO APLICARÁN PARA NUEVOS PADECIMIENTOS.

R= SI.

C). SOLICITAMOS QUE SE ANEXE AL TEXTO QUE HABRÁ UN PERIODO DE PROMOCIÓN DE 30 DÍAS PARA INGRESAR A LA PÓLIZA DE EXCESOS, A PARTIR DEL INGRESO A ESTA COLECTIVIDAD Y PREVIA SELECCIÓN MÉDICA.

R= SERAN DE 90 DIAS NATURALES Y SIN SELECCIÓN MEDICA.

D). SOBRE LA SINIESTRALIDAD DE ESTAS PÓLIZAS, SOLICITAMOS QUE SE NOS ENVIÉ EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD LA CUAL CONTenga LOS SIGUIENTES CAMPOS: NOMBRE DEL AFECTADO, FECHA DE OCURRIDO, PADECIMIENTO, MONTO PAGADO, SUMA ASEGURADA CONTRATADA BAJO LA CUAL SE INICIO EL PADECIMIENTO Y EL PERIODO DE ANÁLISIS QUE COMPRENDE LA SINIESTRALIDAD ENVIADA.

R= ESTE FUE PROPORCIONADA EL LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.

E). FAVOR DE RATIFICAR QUE NO SE ENTREGARAN RECIBOS INDIVIDUALES A NOMBRE DE CADA ASEGURADO.

R= SI, SE ENTREGARAN RECIBOS INDIVIDUALES AL FINAL DE LA VIGENCIA, A NOMBRE DE CADA ASEGURADO TITULAR QUE SOLICITE LA POTENCIACION.

F). QUE TENGA UN LÍMITE DE 2,000 S.M.M. EN CASO DE NO ACEPTAR LO PROPUESTO, SOLICITAMOS QUE SE INDIQUE SI ES MOTIVO DE DESCALIFICACIÓN EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

R= NO SE ACEPTA Y SI SERA MOTIVO DE DESCALIFICACION EL NO CUMPLIR CON LO SOLICITADO.

G) SE RATIFIQUE QUE EL CONTRATANTE SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS PRIMAS DE ESTA COBERTURA.

R= SE RATIFICA.

FAVOR DE PRONUNCIARSE PARA CADA UNO DE LOS INCISOS.

44. SOLICITAMOS QUE SE ANEXE QUE LA EDAD MÁXIMA DE ACEPTACIÓN SERÁ DE 64 AÑOS PARA NUEVAS ALTAS Y PARA RENOVACIÓN SERÁ DE 69 AÑOS. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO SE ACEPTA.

45. SOBRE EL FONDO DE \$150,000, SOLICITAMOS:

A) SE RATIFIQUE QUE ACTUALMENTE CUENTAN CON ÉL.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

R= SI.

B) INDICAR SI EL FONDO ESTÁ INCLUIDO EN EL REPORTE DE SINIESTROS ENVIADO, DE CASO CONTRARIO FAVOR DE ENTREGAR EL REPORTE DE SINIESTRALIDAD DE ESTE FONDO EL CUAL CONTenga LOS SIGUIENTES CAMPOS: NOMBRE DEL AFECTADO, FECHA DE OCURRIDO, PADECIMIENTO, MONTO PAGADO, SUMA ASEGURADA CONTRATADA BAJO LA CUAL SE INICIÓ EL PADECIMIENTO Y EL PERIODO DE ANÁLISIS QUE COMPRENDE LA SINIESTRALIDAD ENVIADA.

R= SI ESTA INCLUIDO Y FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DIA 08 DE MAYO.

C) DADO QUE ESTA COBERTURA NO PERTENECE A UN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SOLICITAMOS SE MANEJE DE FORMA INDEPENDIENTE COMO UN CASH FLOW (ADMINISTRACIÓN DE SINIESTROS DE GASTOS MEDICOS) Y QUE EL COSTO DEL MISMO SEA PRESENTADO POR SEPARADO, ES DECIR, QUE LA PRIMA PRESENTADA EN LA PROPUESTA ECONÓMICA NO INCLUYA ÉSTE.

R= NO.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO PARA CADA INCISO.

46. SOBRE LA PROPUESTA ECONÓMICA SOLICITAMOS

A) QUE NO SEA NECESARIO PRESENTAR LOS CUADROS DE "PREEXISTENCIA AMPLIA SIN PERÍODO DE ESPERA "Y "TOTAL DE LA PÓLIZA BÁSICA MÁS PREEXISTENCIA" YA QUE LA COBERTURA BÁSICA YA CONSIDERA ESTOS COSTOS.

R= SI ES NECESARIO PRESENTARLOS, EN CASO CONTRARIO SERA MOTIVO DE DESCALIFICACION.

B) SE CONFIRME QUE LA PRIMA PRESENTADA ES POR LA VIGENCIA.

R= SE CONFIRMA.

C) SE NOS CONFIRME SI CUMPLIMOS CON PRESENTAR ÚNICAMENTE TARIFAS POR QUINQUENIOS PARA LA CLÁUSULA DE CONVERSIÓN Y LA POTENCIACIÓN.

R= NO.

PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

47. SOLICITAMOS QUE SE ANEXE AL TEXTO QUE, TODOS LOS PARTICIPANTES QUEDARÁN SUJETOS A PREVIA SELECCIÓN MÉDICA, RESERVÁNDONOS EL DERECHO DE INCLUSIÓN LO ANTERIOR POR SER LA MANERA BAJO LA CUAL OPERA EL MERCADO ASEGURADOR. PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= NO SE ACEPTA.

48. FINALMENTE, SOLICITAMOS QUE SE RATIFIQUE QUE EN CASO DE RESULTAR GANDORES: AQUELLOS CONCEPTOS QUE NO SE ESPECIFIQUEN EN LAS BASES DE LA PRESENTE LICITACIÓN Y LOS ANEXOS., OPERARÁN BAJO LAS CONDICIONES GENERALES SEGURO GRUPO DE GASTOS MÉDICOS DE "SEGUROS INBURSA, S. A.."



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES, DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08, PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

SIEMPRE Y CUANDO NO SE CONTRAPONGAN CON LO ESPECIFICADO EN LAS BASES. FAVOR DE PRONUNCIARSE AL RESPECTO.

R= LAS CONDICIONES Y COBERTURAS SON INVARIABLES Y SE ESTABLECEN EN LAS BASES DE LA LICITACION.

ROYAL & SUNALLIANCE SEGUROS (MEXICO), S.A. DE C.V.

1.- Punto 3.6 Vigencia y firma del contrato, Debido a que la vigencia de la póliza es a partir de las 12:00 horas del día 31 de mayo de 2008 y hasta las 12:00 horas del día 31 de diciembre de 2009, mucho apreciaremos nos indiquen que para solventar esta multianualidad podremos emitir dos pólizas, la primera a partir del as 12:00 horas del 31 de mayo y hasta las 12:00 horas del 31 de diciembre del 2008, la segunda a partir del 31 de diciembre del 2008 y hasta la 12:00 horas del 31 de diciembre del 2009, favor de pronunciarse al respecto.

R= SE DEBE EMITIR UNA SOLA POLIZA CON UNA VIGENCIA A 18 MESES.

2.- Anexo 3 décimo párrafo, solicitan indicar en documento bajo protesta de decir verdad, los reaseguradores, que utilizaríamos en caso de ser necesario, al respecto solicitamos a la convocante que en el caso de que mi representada este en condiciones de absorber el 100% del riesgo derivado de esta póliza, el manifiesto quedaría:

“Manifiesto bajo protesta de decir verdad que mi representada esta en condiciones de absorber el 100% del riesgo derivado de la presente póliza y por lo tanto no es necesaria la figura del reasegurador.”

Favor de pronunciarse al respecto.

R= NO, SE REQUIERE LA CARTA EN PAPEL MEMBRETADO DEL LICITANTE, FIRMADA POR EL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL, EN LA QUE DECLARE BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE, SU RERESENTADA CUENTA CON ESQUEMAS DE REASEGURO ADECUADOS, INCLUYENDO REASEGURADORAS DE PRIMER ORDEN REGISTRADAS ANTE LA SHCP, INDICANDO SU REGISTRO ANTE DICHA DEPENDENCIA.

3.- Anexo 3 décimo quinto párrafo, indican que deberemos de proporcionar impreso el directorio de médicos y hospitales de nuestra red y que en caso de no estar actualizado será causa de desechamiento de nuestra oferta. Al respecto mucho apreciaremos considerar que los directorios médicos son dinámicos y que estos se mueven en altas y bajas conforme así lo deseen nuestros médicos y hospitales de la red y que por ser un factor externo, no es del todo controlable, por lo que solicitamos a la convocante aceptar nuestro directorio e impreso y adjunto oficios de avisos de altas o bajas según sea el caso. Favor de pronunciarse al respecto.

R= PARA EL CASO DEL LICITANTE GANADOR, DEBERA ENTREGAR EN UN CD EL DIRECTORIO ACTUALIZADO DE MEDICOS Y HOSPITALES DE RED Y SERA RESPONSABILIDAD DEL



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

LICITANTE MANTENERLO ACTUALIZADO EN SU PAGINA DE INTERNET. ASÍ MISMO DEBERAN ENTREGAR UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA RECLAMO DE SINIESTROS, PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

4.- Mucho agradeceremos proporcionarnos el listado de asegurados por edad, sexo y si es titular o dependiente.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO E INCLUYE, NOMBRE DEL TITULAR, DEPENDIENTES ECONÓMICOS, FECHAS DE NACIMIENTO, ANTIGÜEDAD EN LA POLIZA Y SI EL DEPENDIENTE ECONOMICO ES MAYOR DE 19 AÑOS Y ESTA ASEGURADO.

5.- Con la finalidad de estar en igualdad de condiciones que la aseguradora que actualmente opera la póliza objeto de esta licitación, favor de otorgarnos reporte de siniestralidad de cuando menos tres vigencias, por monto y padecimiento.

R= ESTA FUE PROPORCIONADA EN LA JUNTA DE ACLARACIONES DEL DÍA 08 DE MAYO.

6.- En caso de negativa o reducción del periodo del reporte anterior, respetuosamente solicitamos a la aseguradora considerar que para el calculo de complementos así como para sus posteriores pagos y para la propia cotización, es vital contar con lo solicitado por lo tanto agradeceremos entregar el reporte de siniestralidad lo mas detallado posible.

R= NO APLICA.

7.- Con respecto a los Check Ups, la aseguradora podrá proponer su propia red médica, favor de pronunciarse al respecto.

R= SE ACEPTA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLAN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS BASES DE LICITACION.

Se preguntó a los representantes de las empresas participantes si tenían alguna pregunta adicional, a lo que respondieron que sí.

METLIFE MEXICO, S.A.

1.- Con respecto al modelo de contrato, solicitamos atentamente a la Convocante permita revisar de común acuerdo las cláusulas décima y décima séptima.

R= Si.





INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

2.- En alcance a mi pregunta 23, agradecemos a la Convocante nos confirme que el costo de los hijos mayores de 19 años se presentará por separado y no será motivo de evaluación.

R= Si se deberá presentar por separado, en formato libre y no será motivo de evaluación.

SEGUROS BANORTE GENERALI, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE

1.- Solicito nos sea proporcionada el acta de la junta de aclaraciones en medio magnético.

R= Sí.

Por lo tanto, se dio por terminada ésta junta de aclaraciones a las 18:00 horas del día 12 de mayo de 2008, firmando al calce y al margen los que en ella intervinieron como constancia de su participación.

Por parte de los Funcionarios del Instituto Fonacot:

Lic. Jacqueline P. Gutiérrez Bautista
Representante de la Subdirección General de Administración.

Lic. Celia Nájera Alarcón
Representante del Área Jurídica.

Lic. Arturo Pérez Martínez
Representante del Órgano Interno de Control en el Instituto Fonacot.

Lic. Mario Reyna Sánchez
Representante del Área Técnica.

Dr. Javier López Gómez
Representante del Área Técnica.



INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES

**ACTA CORRESPONDIENTE AL ACTO DE LA SEGUNDA JUNTA DE ACLARACIONES,
DE LA LICITACIÓN PÚBLICA NACIONAL 14100001-011-08,
PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COLECTIVO
DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

Por parte de los Prestadores del Servicio:

**SEGUROS ATLAS, S.A.
Patricia Vivanco Guillen**

**PLAN SEGURO, S.A. DE C.V.
Roberto Guerrero Martínez**

**METLIFE MEXICO, S.A.
Luis Armando Peralta Rodríguez**

**GRUPO NACIONAL PROVINCIAL, S.A.B.
Juan Osorio Granados**

**SEGUROS BANORTE GENERALI, S.A. DE C.V. GRUPO FINANCIERO
BANORTE
José Manuel Muñoz Muñoz**
