

BIENESTAR Y PROTECCIÓN MÉDICA CADI

TARJETA ELECTRÓNICA



No olvides descargar nuestra app para estar siempre conectado.



Servicio via WhatsApp

CONOCE TUS BENEFICIOS

- **Envío de Ambulancia.**
(CALL CENTER) 24/7.
- **Envío de médico general a domicilio.**
(CALL CENTER) 24/7
- **Costo preferencial con médicos generales o especialistas.**
(CALL CENTER) L a V de 09:00 a 18:00 horas.
(WHATSAPP) L a V de 9:00 a 18:00 horas.
- **Asistencia Nutricional.**
(CALL CENTER) L a V de 09:00 a 18:00 horas.
- **Asistencia Psicológica.**
(CALL CENTER) L a V de 09:00 a 18:00 horas.
- **Descuentos en laboratorios a nivel nacional.**
Desde el 10% hasta el 50%.
- **Descuento en hospitales de red a nivel nacional.**
Desde el 10% hasta el 20%.
- **Telemedicina.***
(CALL CENTER) L a V de 09:00 a 18:00 horas.
(WHATSAPP) L a V de 9:00 a 18:00 horas.
- **Reintegración de medicamentos por consulta a domicilio.***
(CALL CENTER) L a V de 09:00 a 18:00 horas.
(WHATSAPP) L a V de 9:00 a 18:00 horas.

Descuentos comerciales (Red DESCLUB)

Limpieza Dental sin costo : (1 Plan individual /1+ 2 Plan familiar)

(Profilaxis) al año, el servicio incluye lo siguiente:

- Aplicación de pasta abrasiva.
- Limpieza con cepillo giratorio o copas de hule.
- Retiro de sarro supragingival.

Estudio de Laboratorio:(1 opción a elegir sin costo)

- Exámen general de orina.
- Química sanguínea de 6 elementos.
- Electrocardiograma en reposo.
- Factor RH.
- Reacciones febriles en suero
- Cultivo de exudado faríngeo
- Antígeno prostático específico total

Cine 2x1:

Por medio de nuestro Call Center o WhatsApp solicítalo anticipadamente recibirás el folio vía email o WhatsApp. Acude al cine asignado y listo.

SIGUENOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES



**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**
Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Nombre completo del Contratante					
CADI PROTECCION Y SOLUCIONES EN SALUD S DE RL DE CV				VIGENCIA: 13-01-2025 al 01-01-2026	
Datos de la póliza					
Número de póliza anterior _____ Número Póliza 00000-000000 Número Certificado _____ Número de Filial _____					
Datos del Asegurado					
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____ Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>					
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono	
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa	
Sueldo Mensual		Ocupación		Categoría dentro de la misma	
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa					
Causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____					
Suma Asegurada o regla para determinarla: _____					
Datos de los Beneficiarios					
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.					
Nombre		Domicilio		Parentesco	
				Porcentaje	
				Fecha de nacimiento	
				Revocable <input type="checkbox"/>	
				Irrevocable <input type="checkbox"/>	
				Revocable <input type="checkbox"/>	
				Irrevocable <input type="checkbox"/>	
				Revocable <input type="checkbox"/>	
				Irrevocable <input type="checkbox"/>	
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
Importante					
El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S.A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.					
De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.					
Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.					

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

Cualquier duda o comentario está a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios) incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable.

Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.

Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; en caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si No

Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento.

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la ² documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.

Coberturas y sumas aseguradas

Indemnización por Fallecimiento Accidental	\$ 200,000.00.
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	\$ 25,000.00.
Invalidez por Accidente Total:	\$ 200,000.00.
Perdidas Orgánicas Escala "B"	\$ 200,000.00.
Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente (90 Días)	\$ 300.00.
Muerte por Asalto (En exceso de la suma por muerte accidental)	\$ 20,000.00.
Quemaduras Graves	\$ 3,000.00.
Fractura de hueso por accidente	\$ 3,000.00.

Asesoría y Contacto

Para tu comodidad, ponemos a tu disposición el siguiente número telefónico con **WhatsApp**:

Horario: Lunes a viernes de 9:00 am a 6:00 pm
Teléfono: (55) 68 48 57 70

Si prefieres, también puedes escribirnos al correo electrónico: **contacto@cadisoluciones.com**

 Servicio via WhatsApp

CADI validará tu registro y gestionará el trámite del proceso a seguir.

Una vez que reúnas todos los documentos para la reclamación debes hacerlos llegar en PDF a la dirección de correo electrónico: **operaciones@cadisoluciones.com**

CADI recibe la documentación, valida que este correcta y completa para iniciar el trámite que tiene un tiempo aproximado de reembolso de **20 a 30 días hábiles**.



Asistencia Funeraria por Muerte Natural

En caso de requerir asistencia funeraria, ten en cuenta que existe un tiempo de espera a partir del inicio de tu vigencia.

TIEMPO DE ESPERA	EDADES
3 Meses / 90 Días	para edades de 3 Meses a 63 años
6 Meses / 180 Días	para edades de 64 a 90 años

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (hasta 69 años)

Para la asistencia **FUNERARIA NO existe reembolso**, es decir, aplica solo al utilizar el servicio de la RED FUNERARIA vigente de acuerdo con la Zona y se deberá solicitar vía CALL CENTER ya con el certificado de DEFUNCIÓN.



Haz clic aquí para
descargar los formatos



Click Aquí



Haz clic aquí para descargar nuestras
condiciones generales.



Click Aquí