

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GASTOS MÉDICOS POR CÁNCER (SEGUCÁNCER)**INDICE**

	Página
Capítulo 1. Definiciones.	1
Capítulo 2. Cobertura Básica.	3
2.1 Gastos Cubiertos.	3
Capítulo 3. Servicios.	4
3.1 Servicios de Asistencia Médica.	4
Capítulo 4. Exclusiones.	4
Capítulo 5. Reclamación de siniestros.	5
5.1 Aviso.	5
5.2 Pago de Indemnizaciones.	5
5.3 Gastos Cubiertos.	6
5.4 Gastos Funerarios.	6
5.5 Obligaciones del Asegurado aplicables al Capítulo 3. Servicios.	6
Capítulo 6. Cláusulas Generales.	7
6.1 Contrato.	7
6.2 Modificaciones al contrato.	7
6.3 Vigencia	7
6.4 Omisiones o inexactas declaraciones.	7
6.5 Terminación anticipada del contrato.	7
6.6 Renovación.	7
6.7 Edad.	7
6.8 Comunicaciones.	8
6.9 Moneda.	8
6.10 Competencia.	8
6.11 Arbitraje Médico.	8
6.12 Prescripción.	9
6.13 Primas.	9
6.14 Rehabilitación.	9
6.15 Otros seguros.	10
6.16 Indemnización por mora.	10
6.17 Periodo de Beneficio	10
6.18 Revelación de comisiones.	10
6.19 Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía, derivados de la contratación de esta póliza.	10
Capítulo 7. Tabla de Honorarios Quirúrgicos.	11

Capítulo 1. Definiciones.

Anestesiólogo.

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Asegurado.

Es la persona física cuyo nombre aparece en la carátula de esta póliza, con derecho a utilizar los beneficios de la misma.

Aseguradora, Compañía o Institución.

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Beneficiario.

Es la persona designada como tal, con derecho a reclamar en su caso los Gastos Funerarios cubiertos en esta póliza.

Se designa como Beneficiario en primer lugar, a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a los servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado afectado, y como Beneficiario en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, al cónyuge o concubina(rio) del Asegurado afectado, en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe que corresponda se pagará a la sucesión del Asegurado.

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra. Para efectuar dicho cambio, el Asegurado deberá de notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el nombre del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (los) Beneficiario(s).

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de la suma asegurada al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno antes que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a la de los supervivientes, salvo estipulación en contrario por parte del Asegurado o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación de algún(os) Beneficiario(s).

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.

Cáncer (Enfermedad).

Es la manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis).

Cáncer Cubierto.

Se considerará como tal, aquel que se manifieste 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza o de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado. Dentro de esta definición se incluye entre otros la Leucemia y la Enfermedad de Hodgkin. **En Cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás**

Cánceres de piel quedan excluidos.

Se consideraran dentro de una mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del Tratamiento Médico y/o Quirúrgico de dicho Padecimiento.

Consentimiento.

La persona que desee adquirir esta póliza deberá manifestar su voluntad por escrito o mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo los medios de identificación y aceptación). El uso de los medios de identificación y aceptación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 36-E de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás aplicables del Código Civil Federal.

Respecto al uso de los medios de identificación y aceptación, se establece lo siguiente:

I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de los medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar Asegurado bajo el mismo.

II. El solicitante se identificará con su nombre completo, el domicilio, fecha de nacimiento y/o Registro Federal de Contribuyentes, por lo que será responsable de proporcionarlos correctamente para estar en posibilidades de contratar esta póliza.

III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién(es) es (son) el (los) Asegurado(s) será la póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.

Contratante.

Es aquella persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

Enfermero.

Persona dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de tal actividad.

Hospital.

Es una Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta las 24 (veinticuatro) horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y con Enfermeros. Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización.

Estancia continua en un Hospital siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable, para el Tratamiento Médico y/o Quirúrgico de un Cáncer Cubierto. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Médico.

Es la persona física que ejerce la medicina, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser Médico general o Médico especialista.

Módulo de Atención 24 horas.

Es el lugar donde se encuentra personal de la Compañía que proporcionará información y orientación al Asegurado de manera permanente.

Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente (Cáncer Preexistente).

Para efectos de esta póliza, Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente (Cáncer Preexistente) es aquel que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe, mediante la existencia de un expediente Médico o donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un Tratamiento Médico del Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente (Cáncer Preexistente) cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el Asegurado reciba un diagnóstico del Padecimiento y/o Enfermedad (Cáncer Preexistente) de que se trate, podrá solicitar el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula 6.11 de esta póliza, denominada Arbitraje Médico.

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes (Cáncer Preexistente) respecto de los Padecimientos y/o Enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

Reembolso

Es el sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los gastos cubiertos efectuados por la atención médica del Asegurado a consecuencia de un Cáncer Cubierto. Los gastos médicos cubiertos cuyo Reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o a quien demuestre haberlos efectuado.

Tabulador Médico Vigente.

Es la relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el monto máximo que pagará la Compañía para cada tipo de Cáncer Cubierto.

Tratamiento Médico

El conjunto de medios de cualquier clase, higiénicos, farmacológicos y físicos prescritos por Médicos especialistas, cuya finalidad sea curar o aliviar un Cáncer Cubierto.

Tratamiento Quirúrgico.

Todo procedimiento y/o intervención realizada por Médicos especialistas, cuya finalidad sea curar o aliviar un Cáncer Cubierto.

Capítulo 2. Cobertura Básica.

Si como consecuencia de un Cáncer Cubierto, se realizare alguno de los Gastos Cubiertos, la Compañía reembolsará el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites indicados en esta póliza.

2.1 Gastos Cubiertos.

Los gastos en que se incurra por servicios y/o materiales médicos para la atención de un Cáncer Cubierto, que por prescripción de un Médico, sean necesarios para tratamiento y diagnóstico del Cáncer Cubierto y que se efectúe por cualquiera de los siguientes conceptos:

2.1.1. Honorarios de Médicos.

Los honorarios de Médicos y ayudantes, por intervención quirúrgica y/o consulta médica, quedarán sujetos, como máximo, a los porcentajes que aparecen anotados en el Tabulador Médico Vigente.

Cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al Asegurado 2 (dos) o más operaciones en una misma región, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención quirúrgica en una región distinta del cuerpo del Asegurado en una misma sesión quirúrgica, los Honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo que marca el Tabulador Médico Vigente, **cualquier otra intervención adicional quedará excluida.**

Si se requiere otra intervención quirúrgica otro Tipo de Cáncer Cubierto, en la misma sesión, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de acuerdo al monto marcado en el Tabulador Médico Vigente, en este caso los Honorarios del Anestesiólogo serán cubiertos únicamente hasta un máximo de 35% por ciento de lo procedente para la cirugía principal.

En aquellos procedimientos que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo y no se estipule en el Tabulador Médico Vigente, como un procedimiento bilateral, los Honorarios Quirúrgicos se cubrirán calculando un 50% adicional al monto procedente de acuerdo al Tabulador Médico Vigente.

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se tratará como otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 (veinticuatro) horas de haberse efectuado la última intervención quirúrgica.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 (dos) padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará de la siguiente manera: para el Cáncer Cubierto los Honorarios Quirúrgicos, Anestesiólogo, ayudante, etc., se pagarán de acuerdo a lo estipulado en esta póliza; los gastos del Hospital que sean procedentes se pagarán al 50% de la factura total.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará para la primera intervención el 50% del porcentaje estipulado en el Tabulador Médico Vigente para la intervención quirúrgica más elevada de aquellas que se hayan practicado y el 25% del porcentaje estipulado en el mencionado tabulador para las restantes.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas, que no se encuentren en el Tabulador Médico Vigente se valuarán por similitud a las contenidas en él.

Honorarios de Anestesiólogo: Se pagarán como máximo el 30% de los correspondientes al primer cirujano, salvo lo estipulado en la parte final del cuarto párrafo de este numeral.

Honorarios de Ayudantes: Se pagarán como máximo al primer ayudante el 20% de los Honorarios del primer cirujano; al segundo ayudante el 10% de los Honorarios de dicho cirujano.

El pago de los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos que deba efectuar la Compañía, en ningún caso excederá los importes y porcentajes señalados en el Tabulador Médico Vigente que se indican en estas Condiciones Generales.

En caso de Cáncer de piel, se cubrirán hasta el límite indicado en la carátula de la póliza.

2.1.2. Hospitalización: Estos están conformados por el costo de un cuarto privado estándar, con baño, así como los medicamentos y los alimentos proporcionados al Asegurado

2.1.3. Cama extra para un acompañante del Asegurado, durante la internación de este en un Hospital.

2.1.4. Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, siempre que sean prescritos por los Médicos tratantes y se acompañe el comprobante original de la farmacia, con la receta correspondiente.

2.1.5. Honorarios de Enfermeros prescrito por el Médico tratante, con un máximo de 3 (tres) turnos por día, **se pagará por el máximo diario indicado en la carátula de la póliza, con máximo de 60 (sesenta) días.**

Quedan excluidos los honorarios de Enfermero intrahospitalario cuando su servicio no haya sido previamente autorizado por la Compañía.

2.1.6. *Ambulancia:* Se cubrirá el número de veces que sea necesaria hasta agotar el límite indicado en la carátula de la póliza.

2.1.7. *Transportación a otro Estado de los Estados Unidos Mexicanos o al Extranjero:* Se pagará el costo del boleto de ida y vuelta (previa comprobación de atención médica por Cáncer Cubierto) si el Asegurado decide transportarse desde su residencia hasta un Hospital que le proporcione los servicios médicos necesarios para el tratamiento del Cáncer Cubierto. El número de viajes se indica en la carátula de esta póliza.

2.1.8 *Gastos Funerarios.* La Compañía pagará la suma asegurada contratada por este concepto, en caso de que durante la vigencia de esta póliza ocurra el fallecimiento del Asegurado, a consecuencia de un Cáncer Cubierto. Dichos pagos se pagaran a los Beneficiarios del Asegurado afectado.

Capítulo 3. Servicios.

3.1 Servicios de Asistencia Médica.

El Asegurado tendrá acceso a los Servicios de Asistencia Médica que abajo se describen, quedando a su cargo, en su caso, el costo de los mismos que serán pagados por el Asegurado a precios preferenciales.

- a) **Recomendaciones médicas vía telefónica.** Se proporcionará ilimitadamente los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año durante las 24 (veinticuatro) horas del día, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.
- b) **Acceso a una red privada de Médicos y proveedores de artículos de farmacia.** Se proporcionarán descuentos en aquellos servicios médicos y especialidades médicas, que se encuentren disponibles, los descuentos se realizarán en Tratamientos Médicos y/o Quirúrgicos, estudios en laboratorios, gabinete e imagen, así como en diversos artículos de farmacia.
- c) **Consulta médica domiciliada.** Se proporcionará atención médica al Asegurado en el domicilio que éste lo solicite, para atender padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un Médico.

Los servicios que se establecen en los incisos b) y c) de esta sección estarán sujetos a la disponibilidad de los prestadores de servicio.

El Asegurado podrá consultar los servicios que de tiempo en tiempo se vayan prestando en el dominio www.medicalhome.com o a través del Módulo de Atención 24 Horas.

Capítulo 4. Exclusiones.

Esta póliza no cubre los gastos resultantes de los siguientes conceptos:

1. **Cualquier Cáncer que se presente dentro de los primeros 30 (treinta) días de iniciada la cobertura.**
2. **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes (Cáncer Preexistente), así como los realizados a consecuencia de cualquier Cáncer no cubierto en esta póliza.**
3. **Consultas y tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
4. **Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos que prevengan y/o corrijan problemas de calvicie, obesidad, tabaquismo y/o alcoholismo.**
5. **Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para cualquier tipo de Cáncer.**
6. **Exámenes médicos para comprobar el estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.**
7. **Radiaciones atómicas o ionizantes.**
8. **Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicionales a los consignados en el punto 2.1.3. del Capítulo 2. denominado «Cobertura Básica» de esta póliza.**

- 9. Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del Tratamiento Médico o quirúrgico de un Cáncer no cubierto o excluido en este contrato.**
- 10. Tratamientos experimentales o de investigación.**
- 11. Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
- 12. La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
- 13. Los realizado por el Asegurado en calidad de donante.**
- 14. Honorarios médicos cuando el Médico tratante sea el Contratante, el Asegurado o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado o del Contratante**

Asimismo, esta póliza no surtirá efectos si el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tengan firmado algún tratado internacional referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien sea mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

Capítulo 5. Reclamación de siniestros.

5.1 Aviso.

Es obligación del Asegurado afectado dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

5.2 Pago de Indemnizaciones.

Cuando se presente una reclamación por algún Cáncer Cubierto, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado no se descontará ninguna cantidad.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la suma asegurada que se haya contratado.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante, el reclamante deberá presentar a la Compañía una declaración del Médico o Médicos que hayan atendido al Asegurado a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto le proporcione la Compañía, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico del Cáncer Cubierto.

Con la aceptación de esta póliza, el Asegurado y/o los reclamantes autorizan a la Compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los Médicos, Hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al Asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus Enfermedades, y Tratamientos Médicos y/o Quirúrgicos anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o los reclamantes deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo.

Los teléfonos del Módulo de Atención 24 Horas son los siguientes:

Para el D.F. y su área metropolitana: 54 47 8089

Desde el interior de la república: 01 800 22 13 044 lada sin costo

5.3. Gastos Cubiertos.

El pago de las reclamaciones procedentes se efectuará de acuerdo al Tabulador Médico Vigente. Sin embargo, cualquier indemnización se hará sobre el monto que resulte menor de entre los Gastos Cubiertos y la suma asegurada vigente de la póliza al momento de ocurrencia del siniestro.

Los gastos que resulten procedentes sobre algún Cáncer Cubierto serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cuando la prima o fracción correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del periodo de gracia para realizar su pago, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la indemnización.

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un diagnóstico Médico definitivo, que deberá de apoyarse con un estudio histopatológico de malignidad.

Las reclamaciones serán liquidadas siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- a) Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado.
- b) Original del documento denominado Informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- c) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma legibles (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- d) Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- e) Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañadas de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la indemnización, las facturas pagadas quedarán en poder de la Compañía.
- f) Recetas y/o orden de estudios de laboratorio o gabinete del Médico tratante.

5.4. Gastos Funerarios.

Las reclamaciones por este concepto serán pagadas una vez que se proporcione a la Compañía tanto la documentación que compruebe el fallecimiento del Asegurado afectado, como los comprobantes de los gastos funerarios

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

- a) Copia certificada del acta de defunción.
- b) Copia simple del certificado de defunción.
- c) Copia certificada del acta de nacimiento.
- d) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- e) Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

Del reclamante:

- a) Carta de reclamación.
- b) Factura original desglosando los servicios contratados y los gastos efectuados.
- c) Las formas de declaración correspondientes, que serán proporcionadas por la Compañía.
- d) Copia certificada del acta de nacimiento y, en su caso, del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado, en el caso de menor de edad o de los padres del Asegurado, copia certificada de su acta de nacimiento.
- e) Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma legibles (Credencial para Votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- f) Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

5.5 Obligaciones del Asegurado aplicables al Capítulo 3. Servicios.

En caso de una situación de asistencia el Asegurado, deberá llamar al Módulo de Atención 24 Horas, facilitando los datos siguientes:

- a) Número de póliza.
- b) Nombre del Asegurado, en su caso nombre de la persona que realiza la llamada.
- c) Lugar donde se requiere el servicio de asistencia y, si es posible número de teléfono donde la Compañía podrá contactar al Asegurado y/o a la persona que realiza la llamada, así como todos los datos que la operadora le solicite para localizarlo.
- d) Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

Capítulo 6. Cláusulas Generales.

6.1 Contrato.

La solicitud de seguro, esta póliza y los endosos adicionales, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

«Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones» (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

6.2 Modificaciones al contrato.

Las Condiciones Generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos endosos. La Compañía se reserva el derecho de modificar la prima de esta póliza, previo escrito dado al Contratante y/o al Asegurado con por lo menos 60 (sesenta) días naturales de anticipación de acuerdo a la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (en lo subsecuente la Comisión); en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

6.3 Vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en la carátula de esta póliza.

6.4 Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y el Asegurado, según corresponda, están obligados a declarar, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8°, 9°, 10° y 47° de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

6.5. Terminación anticipada del contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía.

Asimismo, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en forma automática sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por un juez, por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien sea mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso de que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Compañía rehabilitará el contrato restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, por lo que la única obligación de la Compañía será devolver, la prima de tarifa neta del costo de adquisición no devengada.

6.6. Renovación.

Esta póliza se considerara renovada por periodos de un año, si dentro de los últimos 60 (sesenta) días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de no renovarla. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en la nota técnica respectiva.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, o cargo a una cuenta de crédito o cuenta de depósito, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

6.7 Edad.

La edad de aceptación para pólizas nuevas de este producto será a partir de los 1 (un) año y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

En el caso de renovaciones, hasta los 70 (setenta) años cuando esta póliza se contrate antes de los 60 (sesenta) años, y hasta los 64 (sesentay cuatro) años cuando se haya contratado el seguro entre los 60 (sesenta) y 63 (sesenta y tres) años.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de algún Asegurado, la Compañía no podrá rescindir la póliza, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración este fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía. En este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática de la póliza a la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicaran las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán en base a la fracción que resulte aplicable del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.
- Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

6.8. Comunicaciones.

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, del Asegurado o los reclamantes deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en la carátula de esta póliza y en estas Condiciones Generales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los reclamantes, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

6.9. Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

Cuando la Compañía tenga que realizar alguna indemnización, las obligaciones a cargo se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

6.10. Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negación de la Compañía de satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

6.11. Arbitraje Médico.

En caso de desacuerdo respecto de si un Padecimiento y/o Enfermedad es Preexistente o no, los Asegurados podrán acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a él no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la Preexistencia de un Padecimiento y/o Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no del Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

6.12. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Compañía.

6.13. Primas.

Según se indique en la solicitud, la forma de pago de las primas puede ser pago único o pago fraccionado.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima se reparte en parcialidades, mismas que corresponderán a periodos de igual duración, ya sean anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando un recargo por financiamiento.

La forma de pago convenida se indica en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

La fecha de vencimiento para pagar la prima de esta póliza es el primer día de cada periodo de pago, salvo que, tratándose de pago único, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del endoso correspondiente. Se entenderá por periodo de pago, tratándose de pago único, el plazo de vigencia de la póliza, pero tratándose de pago fraccionado, serán los semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada periodo de pago, dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

Si el Contratante no liquida la prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

El Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de esta póliza o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o alguno de los Asegurados tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado.

Así mismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar al Asegurado el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

6.14. Rehabilitación.

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza por no haberse efectuado el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar en cualquier momento su rehabilitación, previa presentación a su costa, de los requisitos de rehabilitación.

Una vez satisfechos los requisitos de rehabilitación, para efectuar la misma deberá pagarse el importe correspondiente de la prima o primas y obtener la aceptación de la Compañía mediante la emisión del endoso de rehabilitación.

Esta póliza, se considerará rehabilitada una vez que se hayan cumplido los requisitos de rehabilitación, se haya pagado la prima correspondiente y la Compañía le dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del endoso antes referido.

6.15. Otros seguros.

Si la cobertura otorgada en esta póliza estuviese amparada en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra Aseguradora, el Asegurado y/o los reclamantes deberá presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) Aseguradora(s).

6.16. Indemnización por mora.

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mismo que a continuación se transcribe:

Artículo 135 BIS.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

6.17. Periodo de Beneficio

En caso de que esta póliza se de por terminada anticipadamente de conformidad con los dos primeros párrafos de la cláusula 6.5. Terminación anticipada del contrato, y el Asegurado se encuentre recibiendo algún tipo de Tratamiento Médico y/o Quirúrgico, la Compañía solamente indemnizará aquellos gastos que se hayan generado en el curso de los siguientes 5 (cinco) días a aquel en que se lleve a cabo la terminación de la póliza o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

6.18. Revelación de comisiones.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.19. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía, derivados de la contratación de esta póliza.

La Compañía está obligada a entregar al Asegurado y al Contratante de la póliza los documentos que a cada uno le correspondan, en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1.- De manera personal,
- 2.- Envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o
- 3.- Envío por correo electrónico

Si el Asegurado y/o Contratante no reciben, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberán hacerlo del conocimiento de la Compañía acudiendo al domicilio de la misma o a cualquiera de sus oficinas para que ahí se los proporcionen, o comunicándose a los teléfonos 54-47-8000 en el D.F. y su área metropolitana, o al 01-800-90-90000 para el resto de los Estados Unidos Mexicanos, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico, se le proporcionen dichos documentos.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante, deberán solicitarlo a la Compañía por escrito que entreguen en su domicilio o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se realice dicho acuse. En caso de que la contratación del seguro haya sido vía telefónica, la cancelación de la póliza o la solicitud para que la misma no se renueve, también podrá efectuarse comunicándose a los teléfonos 54-47-8000 en el D.F. y su área metropolitana, o al 01-800-90-90000 para el resto de los Estados Unidos Mexicanos, en este caso, la Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Capítulo 7. Tabla de Honorarios Quirúrgicos.

Tabulador Médico Vigente.

PORCENTAJE DE FACTOR APLICABLE SOBRE EL LÍMITE INDICADO EN HONORARIOS QUIRÚRGICOS POR TIPO DE INTERVENCIÓN

Abdomen

<i>Incisión a través de la pared abdominal para la remoción de órganos en la cavidad abdominal y pélvica</i>	50 %
<i>Resección total del estomago</i>	80 %
<i>Resección parcial del estomago</i>	60 %
<i>Resección del intestino delgado</i>	100 %
<i>Resección del colon ascendente o transverso</i>	60 %
<i>Resección combinada de abdomenperine (resección abdomino - perineal) o Cáncer del recto o del sigmoide</i>	80 %
<i>Colostomía o ileostomía</i>	40 %
<i>Resección del esófago</i>	100 %
<i>Gastromía practicada en conexión con el esófago</i>	40 %
<i>Esplenectomía</i>	60 %
<i>Cistectomía total con trasplante ureteral</i>	100 %
<i>Excisión simple de la vesícula</i>	40 %

Ojo

<i>Enucleación con resección total</i>	40 %
--	------

Amputación

<i>Muslo</i>	60 %
<i>Brazo, antebrazo, toda la mano, pierna o todo el pie</i>	60 %
<i>Dedos de la mano o el pie, cada uno</i>	6 %

Cerebro

<i>Cranectomía exploratoria</i>	40 %
<i>Extirpación total del Cáncer cerebral</i>	100 %

Senos

<i>Mastectomía unilateral</i>	50 %
<i>mastectomía bilateral</i>	60 %

Tórax

Toracoplastia exploratoria para determinar Cáncer	40 %
Lobectomia	80 %

Órganos genitales externos femeninos

Resección de vulva o vagina con nódulos linfáticos regionales (Vulvectomy)	60 %
Cauterización del cuello uterino	10 %

Masculinos

Cáncer del pene-excisión total de nódulos linfáticos regionales	60 %
Orquidectomia	40 %

Tracto genito- urinario

Nefrectomia	80 %
Prostatectomia radical	80 %
Histerectomia con salpingo o forectomia bilateral	80 %

Cuello

Resección total de las glándulas del cuello	80 %
---	------

Recto

Proctectomia	50 %
--------------	------

Piel

Operación de incisión para remover de:	
Labio	15 %
Oreja	15 %
Nariz	15 %
Boca, lengua, amígdala mucosa bucal	40 %

Columna Vertebral

Operación para la remoción parcial o total de una o más vértebras	80 %
---	------

Garganta

Excisión de la laringe	40 %
Tiroidectomia	40 %
Tiroides y remoción total de la glándula tiroides (bocio)	60 %

* Las intervenciones realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos se valuaran por similitud a las comprendidas en esta.