

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR INBURMEDIC

ÍNDICE	Página
Capítulo 1. Definiciones.	1
Capítulo 2. Objeto del Seguro.	4
Capítulo 3. Coberturas y Servicios.	4
3.1. Coberturas Básicas.	4
3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos.	4
3.1.2. Gastos Hospitalarios.	4
3.1.3. Honorarios Médicos.	5
3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital.	6
3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.	6
3.2. Servicios de Asistencia Médica.	6
3.3. Coberturas Adicionales.	7
3.3.1. Emergencia Internacional.	7
3.3.2. Cobertura Internacional.	7
3.3.3. Gastos Funerarios.	7
3.3.4. Enfermedades Graves (SEVI).	7
3.3.5. Muerte Accidental.	8
3.3.6. Pérdida de Miembros.	8
3.3.7. Previsión Familiar.	8
3.3.8. Cobertura de Maternidad.	9
3.3.9. Ambulancia Aérea.	9
3.3.10. Exención de Deducible por Accidente.	9
3.3.11. Disminución de Coaseguro en Pago Directo.	9
3.3.12. Atención por Accidente en Hospitales Restringidos.	9
3.3.13. Paquete Plus.	9
3.4. Edades de Contratación para Pólizas Nuevas y de Renovación.	10
3.4.1. Para la Cobertura Básica y Coberturas Adicionales: Emergencia Internacional y Cobertura Internacional, Ambulancia Aérea, Exención de Deducible por Accidente, Disminución de Coaseguro en Pago Directo, Atención por Accidente en Hospitales Restringidos.	10
3.4.2. Para la Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.	10
3.4.3. Para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).	10
3.4.4. Para las Coberturas Adicionales de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros.	10
3.4.5. Para la Cobertura Adicional de Previsión Familiar.	11
3.4.6. Para la Cobertura Adicional de Maternidad.	11
3.4.7. Para la Cobertura Adicional de Paquete Plus.	11
3.5. Descuentos.	11
3.5.1 Descuentos para Asegurados Nuevos.	11
3.5.2 Descuentos para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).	11
Capítulo 4. Exclusiones.	11
4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas.	11
4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales.	14
4.2.1. Emergencia Internacional.	14
4.2.2. Cobertura Internacional.	14
4.2.3. Gastos Funerarios.	14
4.2.4. Enfermedades Graves (SEVI).	14
4.2.5. Muerte Accidental.	14
4.2.6. Previsión Familiar.	14
4.2.7. Maternidad.	14
4.2.8. Ambulancia Aérea.	15
Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado.	15
5.1. Deducible.	15
5.2. Coaseguro.	15
Capítulo 6. Reclamación de Siniestros.	15
6.1. Aviso.	15
6.2. Pago de Indemnizaciones.	15
6.3. Cobertura Básica.	16
6.3.1. Pago por Reembolso.	16

6.3.2. Pago Directo.	16
6.4. Obligaciones del Asegurado aplicables al punto 3.2 Servicios de Asistencia Médica.	17
6.5. Coberturas Adicionales.	17
6.5.1. Emergencia Internacional y Cobertura Internacional.	17
6.5.2. Gastos Funerarios	17
6.5.3. Enfermedades Graves (SEVI).	18
6.5.4. Muerte Accidental.	18
6.5.5. Pérdida de Miembros	18
6.5.6. Previsión Familiar.	18
6.5.7. Cobertura de Maternidad.	18
6.5.8. Ambulancia Aérea.	18
6.5.9. Exención de Deducible por Accidente.	18
6.5.10. Disminución de Coaseguro en Pago Directo.	19
6.5.11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos.	19
6.5.12. Paquete Plus.	19
Capítulo 7. Cláusulas Generales.	19
7.1. Contrato.	19
7.2. Modificaciones al contrato.	19
7.3. Vigencia	19
7.4. Terminación anticipada del contrato.	19
7.5. Omisiones o inexactas declaraciones.	19
7.6. Renovación.	19
7.7. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados.	20
7.8. Comunicaciones.	20
7.9. Moneda.	20
7.10. Competencia.	20
7.11. Arbitraje Médico.	20
7.12. Prescripción.	21
7.13. Primas.	21
7.14. Reinstalación automática.	22
7.15. Rehabilitación.	22
7.16. Otros seguros.	22
7.17. Indemnización por mora.	22
7.18. Revelación de comisiones.	22
Glosario	23

Capítulo 1. Definiciones.**Anestesiólogo.**

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Accidente.

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca su fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho acontecimiento. En caso de que la Aseguradora no reciba la notificación de la ocurrencia del Accidente, por escrito, dentro de los plazos antes mencionados, el acontecimiento se considerará como Enfermedad, salvo que la notificación no se haya hecho por caso fortuito o fuerza mayor.

Accidente Cubierto.

Se considerará como tal, a aquel Accidente que ocurra dentro de la vigencia de la póliza para el Asegurado afectado.

Asegurado(s).

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

Asegurado Titular.

Es la persona física que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza.

Aseguradora, Compañía o Institución.

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

Beneficiario.

Es la persona designada como tal conforme más adelante se establece, con derecho a reclamar en su caso las coberturas adicionales de Gastos Funerarios, de Muerte Accidental y de Enfermedades Graves (SEVI).

Por lo que respecta a la cobertura adicional de Gastos Funerarios, 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 Beneficiarios en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, a las personas designadas con tal carácter, cuyos datos aparecen en el Endoso de Beneficiarios correspondiente.

En el caso de la cobertura adicional de Muerte Accidental, se designa como Beneficiarios a las personas designadas con tal carácter, cuyos datos aparecen en el Endoso de Beneficiarios correspondiente.

Tratándose de la cobertura de Enfermedades Graves (SEVI), se designa como Beneficiario en primer lugar al Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, se designa como Beneficiario en segundo lugar a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a alguna Enfermedad Grave, y en caso de que los gastos hubieren sido satisfechos por el Asegurado, se designa al cónyuge o concubina (río) de éste, en su ausencia, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe de las coberturas adicionales de Gastos Funerarios, Muerte Accidental y Enfermedades Graves (SEVI) se pagará a la sucesión legal 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 notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) 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 (de los) Beneficiario(s).

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de las coberturas de Gastos Funerarios y de Muerte Accidental 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 afectado 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.

Carta Pase.

Es el documento expedido por la Compañía mediante el cual se autoriza el servicio de Pago Directo previo o durante la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

Coaseguro.

Es el porcentaje establecido en esta póliza a cargo de cada Asegurado, correspondiente a su participación sobre el monto total de los Gastos Médicos Cubiertos, una vez descontado el Deducible.

El Coaseguro tiene establecido un tope máximo, denominado Tope de Coaseguro, que es la cantidad máxima que paga el Asegurado por cada Enfermedad o Accidente por concepto de Coaseguro; dicha cantidad está establecida en la carátula de esta póliza.

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.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima de tarifa neta del costo de adquisición no devengada y, en su caso, los beneficios derivados de este contrato, a más tardar al hacer la notificación de la rescisión, sin cuyo requisito se tendrá por no hecha. Cualquier Reembolso de prima se realizará por conducto del Contratante.

Deducible.

Cantidad fija a cargo del Asegurado, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Enfermedad Cubierta. Una vez que dichos gastos han rebasado este monto, comienza la obligación de la Compañía.

Dependientes Económicos o Familia del Asegurado Titular.

El cónyuge o concubina(rio) y sus hijos solteros que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años de edad.

Diagnóstico.

Procedimiento por el cual un Médico realiza un análisis clínico con el fin de emitir un juicio sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente y/ o Enfermedad Cubiertos en esta póliza.

Emergencia Médica.

Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata.

Endoso.

Documento emitido por la Compañía que forma parte de esta póliza, mediante el cual se modifican los términos de la misma.

Enfermedad.

Cualquier alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico, diagnosticada por un Médico

Enfermedad Cubierta.

Aquella Enfermedad 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.

Se considerarán dentro de un mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.

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.

Honorarios Médicos o Quirúrgicos.

Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

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 esta sea justificada y comprobable, para la atención de una Enfermedad o Accidente Cubiertos. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Indemnización.

Monto que la Compañía pagará por cada Accidente o Enfermedad Cubierta en esta póliza.

Índice de Masa Corporal.

Es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

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 a los Asegurados de manera permanente.

Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.

Para efectos de esta póliza Padecimiento y/o Enfermedad 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 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 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 7.11. 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 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.

Padecimientos Congénitos.

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que esta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

Padecimiento(s) Crónico(s).

Enfermedad de larga duración o de progreso lento que continúa o persiste por más de 30 (treinta) días.

Pago Directo.

Es el servicio que puede elegir el Asegurado, a través del cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de servicios que aquél haya elegido y contratado, siempre y cuando se encuentren dentro de la Red Médica, los Gastos Médicos Cubiertos resultantes de la atención médica y Hospitalaria que reciba a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos, quedando únicamente a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y los excluidos en esta póliza, así como el Deducible y el Coaseguro correspondientes.

Periodo al Descubierta.

Intervalo de tiempo durante el cual esta póliza se encuentra cancelada por falta de pago de la prima.

Periodo de Espera.

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de esta póliza para cada Asegurado, a fin de que ciertas Enfermedades se encuentren cubiertas en la misma.

Perito Médico.

Médico especialista, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Prótesis.

Cualquier aparato utilizado como reemplazo de un órgano o que ayude al correcto funcionamiento del mismo.

Reconocimiento de Antigüedad.

Es el periodo ininterrumpido en el que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos similar a la de esta póliza, en otra institución de seguros. Previa autorización de la Compañía, dicho periodo se podrá utilizar exclusivamente para disminuir o eliminar los Periodos de Espera de esta póliza.

Red Médica.

Es el grupo de colaboradores que tienen vigente un convenio de colaboración y descuento con la Compañía, los cuales ofrecen sus servicios médicos profesionales al público en general, y que están dispuestos a proporcionar sus referidos servicios a aquellos Asegurados que decidan contratarlos.

Los Asegurados podrán consultar la Red Médica a través de la página de internet de la Compañía en la dirección electrónica www.inbursa.com, la cual se actualiza cada vez que dicha red sufre algún cambio.

Cuando el Asegurado decida solicitar y contratar los servicios de algún colaborador de la Red Médica o de algún otro prestador de servicios, lo hará considerando su libertad de elegir y contratar a cualquier persona de su confianza que le proporcione los servicios que cubre esta póliza, en razón de lo anterior, la Compañía no se hace responsable de los daños y perjuicios que le pudieran ocasionar al Asegurado cualquiera de los prestadores de servicios que éste decida contratar, por lo que éstos responderán directamente ante el Asegurado de cualquier daño y/o perjuicio que le infieran.

Reembolso.

Es el sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los gastos cubiertos efectuados por la atención médica del Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos. Los Gastos Médicos Cubiertos cuyo Reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o a quien demuestre haberlos efectuado.

Cuando opere el sistema de pago por Reembolso y el prestador no pertenezca a la Red Médica, dicho pago nunca será mayor al gasto usual y acostumbrado que por el mismo concepto cobraría un prestador con características similares, aumentado en un 10% como máximo.

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenida para cada cobertura y aplicable por Enfermedad o Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Tabulador Médico Vigente.

Es la relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el monto máximo que pagará la Compañía para cada Enfermedad o Accidente Cubiertos.

Capítulo 2. Objeto del Seguro.

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, se realizaren alguno de los Gastos Médicos señalados en el punto 3.1.1. de estas condiciones generales, y el Asegurado así lo solicite, la Compañía reembolsará el costo de los mismos o, en caso de que el Prestador de Servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica y el Asegurado así lo elija, los podrá pagar directamente la Aseguradora, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en las cláusulas adicionales que formen parte de este seguro.

Los gastos procedentes se pagarán de acuerdo con las condiciones generales y coberturas de la póliza vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En caso de terminación o cancelación del seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente o Enfermedad cubiertos mientras el contrato se encuentre en vigor hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o transcurridos 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

Capítulo 3. Coberturas y Servicios.

3.1. Coberturas Básicas.

Este producto se comercializará con el nombre "Inburmedic" bajo las modalidades siguientes: Con Restricción de Hospitales y Sin Restricción de Hospitales.

Cuando se contrate la opción Inburmedic Sin Restricción de Hospitales, la atención podrá ser en cualquier Hospital de los Estados Unidos Mexicanos, en el caso de contratar Inburmedic Con Restricción de Hospitales se incluirá el Endoso de exclusión de paquete hospitalario, señalando los Hospitales a los que se encuentra restringida la atención hospitalaria.

3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos.

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente o Enfermedad Cubiertos, que por prescripción de un Médico, sean necesarios para tratamiento y Diagnóstico del Accidente o Enfermedad mencionados, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de la póliza y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos.

3.1.2. Gastos Hospitalarios.

- A) Representados por el costo de un cuarto privado estándar con baño y alimentos proporcionados al Asegurado, hasta el límite indicado en la carátula de la póliza con un máximo de 180 (ciento ochenta) días.
- B) Cama extra para un acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en el Hospital.
- C) La estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- D) Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
- E) El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
- F) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, que resulten a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos.
- G) En caso de intervención quirúrgica amparada donde se requiera el trasplante de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea, quedarán cubiertos los gastos del donador con un límite de \$100,000 (cien mil pesos 00/100 M.N.)

En ningún caso se cubren las pruebas de compatibilidad, ya sean del donador final o de posibles donadores.

3.1.3. Honorarios Médicos.

- A) Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Médica, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.
- B) Los honorarios de los Médicos que no pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias. El límite por este concepto se determinará en función del plan contratado, el cual deberá aparecer en la carátula de esta póliza y está determinado de acuerdo a lo siguiente:

- 1) Si es contratado con Tabulador Médico Vigente, los honorarios de cirujano serán cubiertos aplicando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en dicho tabulador a la cantidad indicada en la carátula de esta póliza para este concepto. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el Tabulador Médico Vigente se valorarán por similitud a las comprendidas en éste.
- 2) Si es contratado sin Tabulador Médico Vigente, la responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Quirúrgicos será el monto elegido por el Asegurado e indicado en la carátula de esta póliza.
- 3) Si es contratado el plan Amplio, la responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Quirúrgicos será hasta la Suma Asegurada contratada.

Para los incisos 1) y 2) aplicarán las siguientes disposiciones:

Los Honorarios Médicos y de ayudantes, por intervención quirúrgica y/o consulta médica, quedarán sujetos, como máximo, a los porcentajes que aparecen anotados en el Tabulador Médico Vigente, aplicados sobre la cifra base del plan contratado, consignada en el Endoso de plan contratado adjunto a esta póliza, salvo estipulación en contrario.

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 de diferente especialidad, en la misma sesión, los Honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de acuerdo al monto marcado en el Tabulador Médico Vigente. En caso de un politraumatizado, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos anteriores, 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 padecimiento 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 (neurrorrafias, 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 valorarán por similitud a las contenidas en él.

- C) 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 las disposiciones del inciso 1) y 2) del punto 3.1.3 Honorarios Médicos.
- D) Honorarios de ayudantes: se pagará como máximo al primer ayudante el 20% de los honorarios del primer cirujano; al segundo ayudante el 10% de los honorarios de dicho cirujano.

Honorarios por consultas médicas post-operatorias: los honorarios por consultas médicas post-operatorias quedarán comprendidos hasta los porcentajes indicados en el Tabulador Médico Vigente.

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 Endoso del plan contratado que se anexa a esta póliza.

- E) Los Honorarios por consultas médicas en Hospital, consultorio, o domicilio, quedarán cubiertos hasta el límite por día indicado en la carátula de esta póliza con un máximo de una consulta diaria.

3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital.

- A) Medicamentos, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad Cubiertos y, tratándose de gastos fuera del Hospital, se acompañe el comprobante original de la farmacia, con la receta correspondiente.
- B) Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, o de cualquiera otros indispensables para Diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente o una Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando sean indicados por el Médico tratante.
- C) Honorarios de Enfermero a domicilio, siempre y cuando la asistencia sea indicada por el Médico tratante. Los honorarios por este concepto serán cubiertos hasta el límite diario indicado en la carátula de esta póliza con un máximo de 60 (sesenta) días.

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

- D) Consumo de oxígeno.
- E) Renta o compra de aparatos ortopédicos y/o Prótesis, siempre y cuando sean a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, sean prescritos por el Médico tratante, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. Sólo estarán cubiertas las Prótesis dentales, como consecuencia de un Accidente Cubierto.
Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos con un máximo de 2 (dos) pares por año.
- F) El transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado del Asegurado desde o hacia el Hospital, previa indicación del Médico tratante y hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza por cada Enfermedad o Accidente Cubiertos.
- G) Tratamientos de radio, terapia radioactiva, terapia física o inhaloterapia, siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes.

3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.

- A) Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del primer año de vigencia continua de esta póliza:
 - 1) Amigdalectomía y adenoidectomía.
 - 2) Cataratas.
 - 3) Enfermedad acidopéptica (esofagitis, gastritis, duodenitis, úlcera gástrica y úlcera duodenal).
 - 4) Evertaciones, hernias y hernioplastías.
 - 5) Hallux valgus (juanetes).
 - 6) Insuficiencia venosa.
 - 7) Litiasis del aparato genitourinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.
 - 8) Padecimientos anorectales.
- B) Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del segundo año de vigencia continua de esta póliza:
 - 1) Histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.
 - 2) Padecimientos amparados de nariz o senos paranasales no ocasionados por Accidente.
 - 3) Prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso perineal.
 - 4) Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla, salvo las fracturas óseas en esta región.
 - 5) Tumoraciones mamarias.
 - 6) Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, aplicando el Deducible y Coaseguro indicados en la carátula de esta póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente.
 - 7) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante Endoso expedido por la Compañía, quedarán cubiertos después del segundo año ininterrumpido de vigencia de esta póliza para cada Asegurado. Los padecimientos que no cumplan con lo estipulado en este punto, no quedarán cubiertos, aún cuando hayan transcurrido los 2 (dos) años de vigencia ininterrumpida.
- C) Los tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) estarán cubiertos después del cuarto año de vigencia continua de esta póliza, **siempre y cuando no se hubiese diagnosticado ni erogado gasto alguno por esta Enfermedad durante los primeros 4 (cuatro) años ininterrumpidos del periodo de vigencia establecido en este inciso.**

El límite máximo de este padecimiento será la cantidad que resulte menor de entre la Suma Asegurada contratada para la cobertura básica de gastos médicos mayores y el equivalente a 380 V.S.M.G.M.V.D.F. (veces el salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal).

3.2. Servicios de Asistencia Médica.

El Asegurado tendrá acceso a varios servicios de asistencia médica, quedando a cargo del Asegurado, en su caso, el costo de los mismos a precios preferenciales.

Los servicios consisten en:

- a) **Recomendaciones médicas vía telefónica**, se proporciona las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, en situaciones simples o de Emergencia Médica en donde el Asegurado será asesorado por un Médico vía telefónica que evaluará la situación, 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 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 a precios preferenciales.

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 Centro de Atención de la Compañía.

3.3. Coberturas Adicionales.

3.3.1. Emergencia Internacional.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, la Compañía reembolsará al Asegurado afectado o a quien demuestre haber realizado algún gasto médico cubierto especificado en el punto 3.1.1 de estas condiciones generales, siempre y cuando dichos gastos se originen por una Emergencia Médica ocurrida al Asegurado en el extranjero dentro de la vigencia de la misma, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica, cesará la Emergencia Médica y por lo tanto los efectos de esta cobertura.

La Suma Asegurada de esta cobertura estará incluida dentro de la que se haya contratado en la Cobertura Básica, por lo que nunca deberá considerarse adicional.

3.3.2. Cobertura Internacional.

Cuando esta cobertura aparezca amparada en la carátula de esta póliza, en caso de un Accidente o Enfermedad Cubierto, que ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura y por el cual el Asegurado requiriese atención médica en el extranjero, la Compañía reembolsará el costo de los Gastos Médicos Cubiertos indicados en el punto 3.1.1 de estas condiciones generales.

La Suma Asegurada de esta cobertura estará incluida dentro de la que se haya contratado en la Cobertura Básica, por lo que nunca deberá considerarse adicional.

Los límites indicados en la carátula de la póliza se duplicarán para los siguientes conceptos:

- A) Los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- B) Cuarto y alimentos (diarios).
- C) Consultas o visitas médicas (diarias).
- D) Enfermera a domicilio (diarios).
- E) Ambulancia terrestre.
- F) Tope de Coaseguro (por cada Accidente o Enfermedad Cubierto).

Si algún Asegurado llegara a residir más de 3 (tres) meses fuera de los Estados Unidos Mexicanos, con un máximo de 12 (doce) meses, se le aplicará una tarifa especial. **Después de transcurridos 12 (doce) meses quedarán excluidos de esta cobertura.**

3.3.3. Gastos Funerarios.

Cuando esta cobertura aparezca amparada en la carátula de esta póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en esta cobertura para cada Asegurado, señalada en la carátula de la póliza, en caso de que ocurra su fallecimiento durante la vigencia de la misma, a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos. Dichos gastos se pagarán a quien acredite haberlos efectuado. En caso de que los gastos incurridos sean menores a la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, el remanente se pagará a los Beneficiarios designados para tal efecto.

En caso de fallecimiento del Asegurado cuando se encuentre viajando en cualquier país del extranjero, y siempre que además de esta cobertura, también aparezca como amparada en la carátula de esta póliza la Cobertura Internacional o la cobertura de Emergencia Internacional, la Compañía realizará, con límite de la Suma Asegurada señalada en la carátula de esta póliza, los trámites administrativos y legales necesarios para la repatriación del cuerpo hasta el lugar de inhumación, o bien para el traslado de las cenizas al país de su residencia permanente o, a petición de la familia, para la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso, siempre y cuando la muerte sea a consecuencia de un Enfermedad o Accidente Cubierto y esta ocurra durante la vigencia de la cobertura.

3.3.4. Enfermedades Graves (SEVI).

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si al Asegurado se le diagnostica alguna de las siguientes Enfermedades graves, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura adicional en una sola exhibición al comprobar el Diagnóstico de la Enfermedad. El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico de forma definitiva.

La Compañía cuando lo estime necesario, podrá exigir que se compruebe el Diagnóstico presentado, solicitando al Asegurado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias. En caso de que el Asegurado se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura adicional.

La Suma Asegurada no se reinstalará para ningún padecimiento.

Se cubrirán las siguientes Enfermedades debiéndose ajustar a las siguientes definiciones:

A) Infarto al miocardio.

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de esta cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

B) Cáncer.

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la Enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El Diagnóstico deberá de apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

C) Enfermedad cerebro vascular.

Una Enfermedad o Accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

D) Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass.

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

E) Insuficiencia renal.

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

F) Trasplante de órganos vitales.

La realización efectiva de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donante.**

G) Parálisis/Paraplejía.

La pérdida total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de Enfermedades o Accidentes Cubiertos.

3.3.5. Muerte Accidental.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si a causa de un Accidente ocurriera el fallecimiento del Asegurado dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.3.6. Pérdida de Miembros.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si a causa de un Accidente el Asegurado perdiera alguno de sus miembros y esto sucediera dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente, la Compañía le pagará el porcentaje de Suma Asegurada que le corresponda de acuerdo a la siguiente tabla:

Pérdida de Miembros	Indemnización
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

Cuando sean varias las indemnizaciones durante la vigencia de esta póliza, en uno o varios Accidentes, la Indemnización acumulada no podrá exceder la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura sólo opera en el caso de que se contrate la cobertura adicional de Muerte Accidental.

3.3.7. Previsión Familiar.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si el Contratante, estando Asegurado en esta póliza falleciera o se invalidara total y permanentemente a causa de una Enfermedad o Accidente Cubiertos, la Compañía les eximirá del pago de las primas correspondientes durante 5 (cinco) años a los Asegurados vigentes en la póliza a partir de la prima que venza después de la fecha en que haya ocurrido el siniestro, manteniéndola en vigor bajo las mismas condiciones vigentes al ocurrir el mismo.

Se entenderá por Invalidez total y permanente cualquier lesión corporal a causa de un Accidente o una Enfermedad Cubiertos que se presente durante la vigencia de esta cobertura adicional que imposibilite permanentemente al Contratante Asegurado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o Médico con certificación de especialidad en la materia. Dicho periodo no aplica por Accidente, en caso de que la invalidez total y permanente sea ocasionada por:

- a) **La Pérdida completa y definitiva de la vista en ambos ojos.**
- b) **La amputación o anquilosis total de ambas manos.**
- c) **La amputación o anquilosis total de ambos pies.**
- d) **La amputación o anquilosis total de una mano y un pie.**
- e) **La amputación o anquilosis total de una mano y Pérdida de la vista de un ojo, o**
- f) **La amputación o anquilosis total de un pie y Pérdida de la vista de un ojo.**

Se considerará invalidez total y permanente por Accidente, si esta se presenta dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente y como consecuencia del mismo.

3.3.8. Cobertura de Maternidad.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, se cubrirá:

- A) El evento parto o cesárea hasta por el monto indicado en la carátula de esta póliza sin aplicación de Deducible y Coaseguro; incluyendo el óbito.
El Periodo de Espera que opera para esta cobertura es de 12 (doce) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma.
Dentro de la Suma Asegurada especificada para esta cobertura se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.
- B) Para las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio aplicará el Periodo de Espera de 12 (doce) meses y, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro:
1. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (Preclampsia o eclampsia).
 2. Fiebre puerperal.
 3. Placenta previa.
 4. Placenta acreta.
 5. Hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.
- Dentro de la Suma Asegurada especificada para esta cobertura se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.
- C) Para las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio aplicará el Periodo de Espera de 30 (treinta) días y, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro:
1. Embarazo extrauterino. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura.
 2. Embarazo molar. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste último adjuntar el estudio histopatológico.
- Dentro de la Suma Asegurada especificada para esta cobertura se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos.
- D) Las Enfermedades de los recién nacidos quedarán cubiertas desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la madre biológica Asegurada y sean dados de alta en la misma dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento, pagando la prima correspondiente. Incluye los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas.

Para esta cobertura, las condiciones de la reclamación se establecerán sobre la base del contrato vigente 12 (doce) meses antes del nacimiento.

3.3.9. Ambulancia Aérea.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto si a consecuencia de una Emergencia Médica el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuente con los recursos médicos necesarios para su atención y el Médico tratante recomiende el traslado. Para que esta cobertura proceda deberá ser autorizada por la Compañía. Los límites para esta cobertura así como el Coaseguro se indicarán en la carátula de la póliza.

3.3.10. Exención de Deducible por Accidente.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, no se aplicará el Deducible mínimo estipulado para Accidentes Cubiertos en la carátula de la póliza.

3.3.11. Disminución de Coaseguro en Pago Directo.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de la póliza, el Coaseguro se aplicará conforme a lo siguiente:

1. Al utilizar el Pago Directo se disminuirán 10 (diez) puntos porcentuales del Coaseguro señalado en la carátula de la póliza.
2. En caso de haber contratado un Coaseguro mayor al 10%, adicional a la disminución de 10 (diez) puntos porcentuales a que se refiere el numeral anterior, el Tope de Coaseguro se reducirá conforme a lo señalado en el Endoso anexo.

3.3.12. Atención por Accidente en Hospitales Restringidos.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, en caso de un Accidente, el Asegurado podrá atenderse en cualquiera de los Hospitales restringidos señalados en el plan Inburmedic Con Restricción de Hospitales.

Tanto en Reembolso como en Pago Directo, aplicará por Accidente el Deducible indicado en la carátula de esta póliza; en pagos complementarios se aplicará un Coaseguro del 10%; en la primera atención no aplicará Coaseguro.

3.3.13. Paquete Plus.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, se cubrirá:

1.- Complicaciones de Tratamientos o Procedimientos no Cubiertos.

Se cubrirán los gastos en territorio nacional derivados de complicaciones de los siguientes tratamientos o procedimientos, siempre y cuando se consideren como Emergencia Médica:

- a) *Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.*
- b) *Tratamiento de calvicie, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.*
- c) *Procedimientos terapéuticos o tratamiento de fertilidad, natalidad e infertilidad o impotencia sexual.*
- d) *Tratamiento o procedimientos terapéuticos de nariz o senos paranasales por Enfermedad.*
- e) *Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.*

La Suma Asegurada será de \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.) aplicando el Deducible y Coaseguro contratado en la Cobertura Básica.

2.- Consultas o Visitas Médicas Diarias.

El límite establecido en la carátula de esta póliza por este concepto se duplicará en caso de contratar la Cobertura adicional de Paquete Plus.

3.- Donación de Órganos.

Quedarán cubiertos los gastos médicos del donador incluyendo las pruebas de compatibilidad, con un límite máximo de \$50,000 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) totales, incluyendo cualquier tipo de gasto médico, en caso de que el Asegurado requiera alguna intervención quirúrgica amparada, donde se requiera el trasplante de alguno de los siguientes órganos:

- A. Corazón
- B. Pulmón
- C. Páncreas
- D. Riñón
- E. Hígado
- F. Médula ósea

Para hacer válida esta cobertura se deberá cumplir con los periodos de espera establecidos para los padecimientos que lo requieran y opera en exceso de lo indicado en el inciso G) del punto 3.1.2. Gastos Hospitalarios de estas Condiciones Generales.

4.- Indemnización Diaria por Hospitalización.

Si el Asegurado se viera incapacitado para realizar las actividades propias de su trabajo a causa de una Enfermedad o Accidente Cubierto y se encontrara hospitalizado por prescripción médica por más de 24 (veinticuatro) horas en una clínica u Hospital, la Compañía pagará \$1,000 (mil pesos 00/100 M.N.) diarios, a partir del segundo día y como máximo 5 (cinco) días de Indemnización en la vigencia de la póliza.

5.- Tabulador Médico Vigente por Pago Directo.

Se incrementarán en 50% los honorarios del cirujano que se cubran a través de Pago Directo, con el límite del monto contratado para Honorarios Médicos y Quirúrgicos por Reembolso, aplicándose el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en el Tabulador Médico Vigente.

6.- Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico.

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta un tope de \$5,000 (cinco mil pesos 00/100 M.N.) siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias por las siguientes causas:

- Ø *Insuficiencia renal crónica.*
- Ø *Accidente vascular cerebral (hemorragia, infarto, etc.) con daño permanente o cuando se diagnostique en estas Enfermedades una invalidez total y permanente o exista daño neurológico irreversible.*
- Ø *Infarto al miocardio que requiera de revascularización coronaria o bypass. Amputación de al menos una mano o un pie a consecuencia de Accidente o Enfermedad.*
- Ø *Politraumatismo con lesiones que impliquen cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.*

3.4. Edades de Contratación para Pólizas Nuevas y de Renovación.

3.4.1. Para la Cobertura Básica y Coberturas Adicionales: Emergencia Internacional y Cobertura Internacional, Ambulancia Aérea, Exención de Deducible por Accidente, Disminución de Coaseguro en Pago Directo, Atención por Accidente en Hospitales Restringidos.

La edad de aceptación será de 0 (cero) años hasta 64 (sesenta y cuatro) años, garantizando la renovación vitalicia de esta póliza siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a sus condiciones.

3.4.2. Para la Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de 1 (un) año y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará para cada Asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada uno alcance los 84 (ochenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando sea hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

3.4.3. Para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de los 20 (veinte) años y hasta los 55 (cincuenta y cinco) años, esta cobertura se renovará hasta que esta póliza llegue al aniversario en que el Asegurado alcance los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

3.4.4. Para las Coberturas Adicionales de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros.

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de los 12 (doce) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará para cada Asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada Asegurado alcance los 69 (sesenta y nueve) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

3.4.5. Para la Cobertura Adicional de Previsión Familiar.

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de los 20 (veinte) años y hasta los 59 (cincuenta y nueve) años, esta cobertura se renovará hasta que esta póliza llegue al aniversario en que el Asegurado Titular alcance los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a estas condiciones generales.

3.4.6. Para la Cobertura Adicional de Maternidad.

Para mujeres de 15 (quince) a 44 (cuarenta y cuatro) años con un costo adicional y para edades diferentes al rango mencionado se encuentra incluida esta cobertura.

3.4.7. Para la Cobertura Adicional de Paquete Plus.

La Edad de aceptación para esta cobertura es de 0 (cero) a 60 (sesenta) años.

3.5. Descuentos.

3.5.1 Descuentos para Asegurados Nuevos.

Se ofrece un descuento del 30% para Asegurados nuevos en la Compañía y un descuento del 40% para Asegurados que además de ser nuevos en la Compañía, tengan entre 20 (veinte) y 55 (cincuenta y cinco) años de edad y su Índice de Masa Corporal se encuentre entre 19 (diecinueve) y 29 (veintinueve).

3.5.2 Descuentos para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).

Descuento de no Fumador.

Consiste en reducir en 2 (dos) años la edad para el cálculo de primas de la cobertura adicional de Enfermedades Graves (SEVI). Cuando el Asegurado declare en la solicitud ser no fumador, por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo, respetando la edad mínima de 20 (veinte) años para esta cobertura.

Este descuento estará vigente por todo el tiempo en que el Asegurado no modifique su hábito de no fumar. Si el Asegurado se convierte en fumador, deberá notificarlo por escrito, ya que debemos cambiar la edad de cálculo en la cobertura y por lo tanto, la prima. La Compañía tiene la facultad de verificar los hábitos del Asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro y si se comprueba que era fumador o que el tabaquismo tuvo relación con la causa del fallecimiento o Enfermedad, la Suma Asegurada de la cobertura de Enfermedades Graves (SEVI), se reducirá de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Descuento de Mujer.

Consiste en reducir, a los Asegurados de sexo femenino, 3 (tres) años a la edad real para el cálculo de primas para la cobertura adicional de Enfermedades Graves (SEVI), por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo.

Este descuento de edad podrá adicionarse, en su caso, con el de no fumador, hasta un total de cinco años respetando la edad mínima de cálculo de 20 (veinte) años.

Capítulo 4. Exclusiones.

4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas.

Esta póliza excluye los gastos por los conceptos enumerados a continuación:

- 1. Cualquier Enfermedad que se presente dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de esta póliza.**
- 2. Cualquier Accidente y/o Enfermedad no cubiertos en esta póliza, así como, los Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes aún y cuando estén declarados en la solicitud, excepto los que cumplan con lo establecido en el punto 7 del inciso B) numeral 3.1.5. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante Endoso expedido por la Compañía.**
- 3. Realizados fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 4. Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- 5. Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos Padecimientos psicológicos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
- 6. Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
- 7. Trastornos del sueño o de la conducta, síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de éstas.**

8. ***Afecciones propias del embarazo; abortos, a menos que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto; partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio, que no sea precisamente de las consignadas en esta póliza en el numeral 3.3.8 Cobertura de Maternidad del capítulo 3.3. Coberturas Adicionales.***
9. ***Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus complicaciones que no cumplan con lo señalado en el inciso C) de la sección 3.1.5 denominada padecimientos cubiertos con Periodo de Espera.***
10. ***Enfermedades o Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción; así mismo cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad a menos que no pueda imputársele culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.***
11. ***Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de algún Accidente Cubierto.***
12. ***Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, así como los desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún Accidente Cubierto.***
13. ***Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubierto ocurrido durante la vigencia de esta póliza.***
14. ***Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia del seguro del Asegurado Titular.***
15. ***Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.***
16. ***Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.***
17. ***Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.***
18. ***Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.***
19. ***Exámenes médicos para comprobar el estado de salud conocidos con el nombre de check-up.***
20. ***Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual así como cualquiera de sus complicaciones.***
21. ***Radiaciones atómicas o ionizantes.***
22. ***Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.***
23. ***Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional a los consignados en el numeral 3.1.2. Gastos Hospitalarios de esta póliza.***
24. ***Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.***
25. ***Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.***

26. **Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.**
27. **Lesiones derivadas de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
28. **Lesiones que le ocurran al Asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
29. **Lesiones que el Asegurado sufra mientras haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
30. **Lesiones que el Asegurado sufra durante la práctica de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
31. **Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.**
32. **Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los Accidentes y/o Enfermedades no Cubiertos, excluidos en este contrato.**
33. **Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.**
34. **Tratamientos experimentales o de investigación.**
35. **Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
36. **Rehabilitación no autorizada por la Compañía así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.**
37. **La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
38. **Los realizados por el Asegurado en calidad de donante.**
39. **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.**
40. **Complementos y suplementos vitamínicos y/o alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aún y cuando sea por prescripción médica.**
41. **Consultas y tratamientos médicos a consecuencia de la andropausia y menopausia.**
42. **Prematurez, malformaciones y Padecimientos Congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza o no dados de alta durante los primeros 30 (treinta) días posteriores a su nacimiento o cuando la madre no cumpla el Periodo de Espera de 12 (doce) meses.**
43. **Reposición de Prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad, excepto que hayan sido declaradas, que ameriten reposición demostrable y sea a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
44. **Los estudios y gastos médicos que se realicen a los prospectos a ser donadores del Asegurado, excepto los amparados en el inciso G) del punto 3.1.2. Gastos Hospitalarios de esta póliza.**
45. **Realizados durante el Periodo de Espera en las Enfermedades que están sujetas a lo establecido en el numeral 3.1.5. denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.**
46. **Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierta así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

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.

4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales.

Quedan excluidos de las Coberturas Adicionales los conceptos que se excluyen en la Cobertura Básica, y además los gastos generados que se indican a continuación para cada Cobertura Adicional:

4.2.1. Emergencia Internacional.

- 1. Los Accidentes o Enfermedades que se hayan generado dentro de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 2. Parto o cesárea y cualquiera de sus complicaciones.**
- 3. El servicio de enfermería fuera del Hospital.**
- 4. Los tratamientos de rehabilitación.**
- 5. Los realizados por Enfermedades Preexistentes.**

4.2.2. Cobertura Internacional.

Cuando el Asegurado resida en el extranjero por más de 12 (doce) meses.

4.2.3. Gastos Funerarios.

Esta cobertura excluye el fallecimiento ocurrido suicidio dentro de los 2 (dos) años siguientes a la fecha de su contratación para cada Asegurado, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.

4.2.4. Enfermedades Graves (SEVI).

- 1) Cualquier tipo de cáncer de piel excepto melanoma invasivo.**
- 2) Angioplastia y o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- 3) Cualquier Enfermedad no definida en la cobertura.**

4.2.5. Muerte Accidental.

- 1) Homicidio intencional.**
- 2) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.**

4.2.6. Previsión Familiar.

- 1) Suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, si ocurre antes de los 2 (dos) años contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.**

4.2.7. Maternidad.

- 1) Cualquier complicación del embarazo salvo las mencionadas en la sección 3.3.8.**
- 2) Complicaciones del embarazo derivadas de un tratamiento de esterilidad o infertilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.**

4.2.8. Ambulancia Aérea.

- 1) Cuando sea impedido el traslado del Asegurado por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.**
- 2) Cuando las condiciones meteorológicas no permitan el traslado seguro.**

Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado.

5.1. Deducible.

El Deducible especificado en la carátula de la póliza se aplica sobre el total de los Gastos Médicos Cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una vez por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando la reclamación sea superior a dicho monto.

No se aplicará Deducible en las siguientes coberturas adicionales: Gastos Funerarios, Enfermedades Graves (SEVI), Muerte Accidental, Pérdida de Miembros, Previsión Familiar, Ambulancia Aérea y Maternidad, salvo lo especificado en el punto 3.3.8 denominado Cobertura de Maternidad.

De acuerdo a lo establecido en el punto 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera se aplicará el Deducible indicado en la carátula de esta póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral.

5.2. Coaseguro.

Se aplicará el Coaseguro especificado en la carátula de la póliza a todo gasto cubierto una vez descontado el Deducible. La participación del Asegurado no será superior, por cada Enfermedad, al monto establecido como Tope de Coaseguro en la carátula de esta póliza.

No se aplicará Coaseguro en las siguientes coberturas adicionales: Emergencia Internacional, Gastos Funerarios, Enfermedades Graves (SEVI), Muerte Accidental, Pérdida de Miembros, Previsión Familiar y Maternidad, salvo lo especificado en el punto 3.3.8 denominado Cobertura de Maternidad.

Salvo en la Cobertura Internacional y en la de Ambulancia Aérea, no se aplica el Coaseguro en caso de Accidente.

De acuerdo a lo establecido en el punto 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera se aplicará: el Coaseguro indicado en la carátula de la póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral.

Capítulo 6. Reclamación de Siniestros.

6.1. Aviso.

Es obligación de los Asegurados dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tengan 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.

6.2. Pago de Indemnizaciones.

Cuando se presente una reclamación por alguna Enfermedad Cubierta, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado se descontará primero la cantidad que se indica en esta póliza bajo el rubro de Deducible y después, a la cifra resultante se le descontará la cantidad que corresponda al Coaseguro.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado. En caso de contratarse la Suma Asegurada en función del salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, el número de veces de salario mínimo general mensual de Suma Asegurada vigente a la fecha de inicio del padecimiento o de ocurrencia del Accidente permanecerá fijo para dicho siniestro.

El Coaseguro máximo absoluto a cargo del Asegurado será el indicado en la carátula de esta póliza.

En toda reclamación deberá comprobarse por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para cada cobertura, 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 de las Enfermedades y/o Accidentes.

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/o Accidentes 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 las Enfermedades y/o Accidentes 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

6.3. Cobertura Básica.

En caso de haber contratado la modalidad Con Tabulador Médico Vigente, el pago de las reclamaciones procedentes se efectuará de acuerdo al Tabulador Médico Vigente y en caso de haber contratado la modalidad Sin Tabulador Médico Vigente, el pago de las reclamaciones procedentes se efectuará de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la póliza por el concepto de "Honorarios de Médicos o Quirúrgicos por Reembolso". Cuando el plan contratado sea amplio, no existirá el límite citado con anterioridad. Sin embargo, cualquier Indemnización se hará sobre el monto que resulte menor de entre los gastos médicos procedentes y la Suma Asegurada vigente en la póliza afectada al momento de ocurrencia del siniestro.

6.3.1. Pago por Reembolso.

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellas Enfermedades o Accidentes Cubiertos 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 y haberse cubierto el Deducible que corresponda conforme a estas condiciones generales, en caso contrario este se descontará del importe a indemnizar.

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de alguna Enfermedad o Accidente Cubierto, 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 (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 Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- 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 los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados 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 y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

6.3.2. Pago Directo.

Siempre que la póliza se encuentre vigente, que el Asegurado cuente con un Diagnóstico médico definitivo, que los gastos incurridos rebasen el Deducible contratado, que el Prestador de Servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica y que el Asegurado así lo elija, la Compañía podrá pagar directamente los gastos que resulten procedentes derivados de una Enfermedad o Accidente Cubiertos.

Para que la Compañía pueda realizar el Pago Directo, éste deberá de solicitarse por escrito, a través del Módulo de Atención 24 horas, acompañando el Diagnóstico médico definitivo, y también deberá haberse cubierto el Deducible que corresponda.

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 (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 Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad del Asegurado y reclamante, en su caso.
- E. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante,
- F. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

Al operar el Pago Directo aplicará una reducción tanto de Deducible como de Tope de Coaseguro de acuerdo al Endoso que se emita al efecto, para lo cual el Asegurado deberá contar con una Carta Pase emitida y autorizada por la Compañía.

6.4. Obligaciones del Asegurado aplicables al punto 3.2 Servicios de Asistencia Médica.

Solicitud de Asistencia.

- A. En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado, deberá llamar al Módulo de Atención 24 horas facilitando los datos siguientes:
- B. Número de póliza.
- C. Nombre del Asegurado, en su caso nombre de la persona que requiere el servicio de asistencia, y de la persona que realiza la llamada.
- D. 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.
- E. Descripción del problema y el tipo de ayuda que precise.

Normas Generales.

- A. El Asegurado está obligado a tratar de moderar los efectos de las situaciones de asistencia.
- B. Las personas que suministran los servicios de asistencia son prestadores independientes de la Compañía.

6.5. Coberturas Adicionales.

6.5.1. Emergencia Internacional y Cobertura Internacional.

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellas Enfermedades o Accidentes Cubiertos, serán liquidados mediante Reembolso de los mismos 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 y haberse cubierto el Deducible que corresponda conforme a estas condiciones generales, en caso contrario este se descontará del importe a indemnizar.

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 (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 Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- 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 los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados 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 y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante,
- G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

6.5.2. 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.

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar copia certificada de la(s) averiguación(es) previa(s) completas levantadas ante el Ministerio Público o ante las autoridades que tuvieron conocimiento del fallecimiento, que contengan por lo menos: identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia.

Del reclamante:

- A. Carta de reclamación
- B. Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- C. En su caso, copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su 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). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor.
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.3. Enfermedades Graves (SEVI).

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 reclamante.
- 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 (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del 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 del Diagnóstico médico definitivo.

6.5.4. Muerte Accidental.

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. Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- C. En su caso, copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su 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). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.5. Pérdida de Miembros

El Asegurado 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 (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.6. Previsión Familiar.

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 reclamante.
- 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 (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.7. Cobertura de Maternidad.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la misma documentación que se indica respecto de la Cobertura Básica, según se trate de Pago por Reembolso o Pago Directo.

6.5.8. Ambulancia Aérea.

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 reclamante.
- 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 (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.9. Exención de Deducible por Accidente.

Bastará que el reclamante presente a la Compañía la documentación que se requiere respecto de la Cobertura Básica.

6.5.10. Disminución de Coaseguro en Pago Directo.

Bastará que el reclamante presente a la Compañía la documentación que se requiere respecto de la Cobertura Básica.

6.5.11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos.

Bastará que el reclamante presente a la Compañía la documentación que se requiere respecto de la Cobertura Básica.

6.5.12. Paquete Plus.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la misma documentación que se indica respecto de la Cobertura Básica, según se trate de Pago por Reembolso o Pago Directo.

Capítulo 7. Cláusulas Generales.

7.1. Contrato.

La solicitud de seguro, esta póliza, la carátula y los Endosos, 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.

7.2. 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 a los Asegurados 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 consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

7.3. Vigencia

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

7.4. 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. por lo que la única obligación de la Compañía será devolver al Contratante la prima de tarifa neta del costo de adquisición por el tiempo de vigencia no corrido o Asegurado,

Asimismo, este contrato se dará por terminado anticipadamente en forma automática sin responsabilidad para la Compañía, cuando el (los) Asegurado(s), el Contratante o el (los) Beneficiario(s) 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 (los) Asegurado(s), Contratante y/o el (los) Beneficiario(s) obtenga sentencia absolutoria definitiva o dejen 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.

7.5. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y el (los) Asegurado(s) está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, 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 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).

7.6. Renovación.

Esta póliza se considerará 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.

7.7. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados.

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 esté 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 aplicarán 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.

7.8. Comunicaciones.

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados 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.

7.9. 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.

En el supuesto de que los gastos realizados para la cobertura adicional de gastos funerarios se hayan satisfecho en moneda extranjera, así como cuando la Compañía tenga que realizar alguna Indemnización derivada de las coberturas adicionales de Emergencia Internacional y Cobertura Internacional, las obligaciones a cargo de la Compañía 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.

7.10. 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 delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

7.11. 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 pusieren 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 hiciere 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 los Asegurados optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos 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.

7.12. 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 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.

7.13. Primas.

La suma de las primas que correspondan a cada Asegurado conformará la prima total de esta póliza.

La prima para cada Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato será proporcional a los días exactos que transcurran desde su fecha de alta y hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

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.

Asimismo, 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 a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

7.14. Reinstalación automática.

En caso de agotamiento de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por un Accidente o Enfermedad Cubiertos, ésta se reinstalará sin cobro adicional de primas para cubrir otros Accidentes o Enfermedades sin relación con aquellos respecto de los cuales se agotó la Suma Asegurada.

7.15. 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.

7.16. Otros seguros.

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas 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(n) presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) Aseguradora(s). Esta cláusula no es aplicable a la cobertura adicional "Gastos Funerarios" de estas condiciones generales.

7.17. 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.

7.18. 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 diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Glosario

1. *Amigdalectomía.*
Extirpación quirúrgica de las amígdalas. Cirugía para extraer las anginas.
2. *Bypass.*
Cirugía a corazón abierto. Conexión entre las arterias del corazón a través de puentes, con la finalidad de mantener una adecuada irrigación del órgano.
3. *Cálculos renales.*
Cálculo en cualquier parte de las vías urinarias. El cálculo es llamado comúnmente piedra, y suele estar compuesto de sales minerales.
4. *Cáncer.*
Es el crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales capaz de matar al huésped mediante su propagación desde el sitio de origen hasta lugares distantes, o a nivel local.
5. *Catarata.*
Opacidad del cristalino (parte del ojo), su cápsula o ambos.
6. *Cesárea.*
Extracción del feto (bebé), por medio de una incisión en el útero (matriz), a través del abdomen.
7. *Cistocele.*
Hernia de la vejiga que sale hacia la vagina.
8. *Colpoperineorrafia.*
Operación para reparar desgarros del piso (periné) de la vagina.
9. *Eclampsia.*
Coma y crisis convulsivas entre las 20 (veinte) semanas de la gestación y la primera posterior al parto.
10. *Embarazo extrauterino o ectópico.*
Embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina (matriz).
11. *Embarazo molar.*
Embarazo en el cual en lugar de que el óvulo se desarrolle en un embrión, se transforma en una mola (aglomerado de células).
12. *Endometriosis.*
Capa de la matriz cuya localización se extiende de manera anormal a diversos sitios, (en toda la pelvis o en la pared abdominal).
13. *Enfermedad cerebrovascular.*
Es un trastorno de los vasos del cerebro por la lesión de éstos de causa isquémica (muerte de tejido) o hemorrágica. Suele ser secundario a Enfermedades ateroscleróticas (acumulación de placas de grasa que ocluyen los vasos), hipertensión, o una combinación de ambos.
14. *Eventraciones.*
Protrusión parcial del contenido abdominal a través de una abertura en la pared del abdomen.
15. *Fiebre puerperal.*
Infección del conducto del parto (matriz o vagina), después o durante el mismo evento.
16. *Hallux valgus.*
Desplazamiento del dedo gordo del pie hacia los otros dedos.
17. *Hemorroidectomía.*
Eliminación de hemorroides por una de varias técnicas (cirugía, congelamiento o ligadura).
18. *Hernioplastia.*
Operación quirúrgica para reparar una hernia (salida de órganos o tejidos).
19. *Hiperemesis gravídica.*
Náuseas y vómitos incontrolables durante el embarazo de intensidad y duración tal que provocan efectos en el organismo (cuerpo), como deshidratación y pérdida de peso; y que ameritan Hospitalización.
20. *Histerectomía.*
Extirpación quirúrgica del útero (matriz), a través de la pared abdominal o la vagina.
21. *Infarto al miocardio.*
Muerte del músculo del corazón que por lo general resulta de la formación de un coágulo que se desprende y ocluye uno o más vasos del órgano.
22. *Insuficiencia renal.*
Incapacidad del riñón para eliminar productos de desecho de la sangre de forma normal.
23. *Miomectomía.*
Extirpación de una porción de músculo o tejido muscular. 2. Eliminación de un tumor miomatoso, por lo general uterino; casi siempre por vía abdominal, dejando el útero.

24. *Óbito.*
Nacimiento de un feto (bebé), muerto.
25. *Parálisis.*
Suspensión temporal o pérdida permanente de la función, en especial pérdida de la sensación o movimiento voluntario.
26. *Preeclampsia.*
Enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión creciente (elevación de la presión arterial), dolor de cabeza, alteraciones renales y edema (acumulación de líquido), de las extremidades inferiores.
27. *Prolapso.*
Caída o descenso de un órgano o parte interna.
28. *Rectocele.*
Saliente o hernia de la pared vaginal posterior con la pared anterior del recto, a través de la vagina.
29. *Tumoración mamaria.*
Crecimiento limitado o indiscriminado de células del tejido mamario.

“La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número CNSF-S0022-0122-2011 de fecha 02/03/2011”.