

PLIEGO DE CONDICIONES TÉCNICAS

S-02092-2024 Seguro médico-Trabajadores locales Corresponsalía México

1. Apartado uno. Justificación necesidad contratación aseguradora gastos médicos.

En la corresponsalía de México, junto al corresponsal de la Corporación RTVE, trabajan tres personas con contrato laboral indefinido bajo la legislación de este país.

En sus contratos, en la cláusula décima de dos de ellos dice: “El TRABAJADOR tendrá derecho a recibir un seguro de gastos médicos mayores por el tiempo que preste sus servicios, dicho seguro cubrirá los viajes que en desempeño de sus funciones realice el trabajador”.

El trabajador al que se hace referencia para solicitar la contratación del seguro de gastos médicos es:

- Adolfo Rodríguez Martínez, varón, con fecha de nacimiento 13/04/1959.

2. Apartado dos – Objeto del seguro

La compañía se obliga a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos cubiertos al Asegurado, por causa de un padecimiento amparado y de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

El alcance de la obligación de la aseguradora será exclusivamente dentro de los términos y condiciones de la póliza y hasta el monto de la Suma Asegurada, como contraprestación de las obligaciones que para el Asegurado se desprenden también de ésta para cada cobertura.

3. Apartado tres – Contrato

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a la aseguradora en la solicitud de seguro, cuestionarios completados y firmados, así como el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas asentadas por escrito serán admisibles para probar existencia del contrato de seguro.

La aseguradora se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos que erogue el Asegurado dentro de la República Mexicana para el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un padecimiento cubierto por la póliza, siempre y cuando ocurra dentro del periodo de vigencia de la presente póliza.

El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la póliza, y en todo lo concerniente a estas condiciones generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

En caso de contratación de un plan internacional o con alguna de las siguientes coberturas adicionales: emergencia en el extranjero, franja fronteriza o enfermedades catastróficas en el extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas.

Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes:

4.1. Gastos hospitalarios

- 4.1.1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.

4.1.2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

4.1.3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

4.1.4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes utilizados por el Asegurado.

4.1.5. Costo de la cama extra para el acompañante.

4.2. Honorarios médicos

4.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos de acuerdo a lo siguiente:

4.2.1.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía de la aseguradora.

4.2.1.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

4.2.2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos de acuerdo a lo siguiente:

4.2.2.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía de la aseguradora.

4.2.2.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

4.2.2.3. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesista se limitará hasta un 30% del monto total cubierto al cirujano principal.

4.2.2.4. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% del monto total cubierto al cirujano principal.

4.2.2.5. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% y para el segundo ayudante y/o instrumentista, se limitará hasta un 10% a cada uno del monto total cubierto al cirujano principal.

Los conceptos del segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento que se practique lo justifique conforme al criterio de la aseguradora para dicho procedimiento y no vengán incluidos en la factura hospitalaria.

4.2.2.6. El costo de las consultas médicas postoperatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

4.3. Medicamentos

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él cumpliendo con lo siguiente:

4.3.1. Sean prescritos por un médico con cédula profesional vigente de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica capítulo III, artículo 64 y 65.

4.3.2. Debe estar relacionado con una enfermedad o accidente amparado por su póliza.

4.3.3. Deberán presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el medicamento, y debe contar con fecha previa al permiso expedido por COFEPRIS.

4.3.4. Sean debidamente aprobados por la Food Drug Administration (FDA); con nivel 1.

Se trate de medicamentos disponibles para su venta al público en territorio nacional de acuerdo a la página oficial: <http://economia.gob.mx/files>, los cuales deben contar con precio máximo al público y registro definitivo emitido por la COFEPRIS.

4.4. Auxiliares de diagnóstico

Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

4.5. Otros servicios médicos

4.5.1. Ambulancia

4.5.1.1. Terrestre. Siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante derivado de una emergencia médica o que sea médicamente necesaria. Cuando la aseguradora lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.

4.5.1.2. Aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el médico tratante prescribe que el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, la aseguradora cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

Si el plan contratado tiene cobertura en el extranjero, se cubrirá además de los destinos nacionales, los internacionales. Ambos con un máximo de siete horas de vuelo.

4.5.1.3. En caso de que el requerimiento del servicio sea estando a 150 km del lugar de residencia y/o en el extranjero solicitar el servicio a través de las coberturas de asistencia integral indicado en el apartado 4.5.12

Cláusulas especiales para ambulancia aérea:

4.5.1.4. El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso a la aseguradora proporcionando un informe médico sobre las condiciones del Asegurado. La aseguradora dictaminará la reclamación y en caso de procedencia reembolsará los gastos cubiertos.

Para efectos de que la aseguradora pueda efectuar el reembolso, el Asegurado deberá entregar la factura original y la documentación médica que la aseguradora le requiera para dictaminar la procedencia del siniestro.

4.5.1.5. En aquellos casos en que sea posible el dictamen previo de la procedencia del servicio de ambulancia aérea, la aseguradora cubrirá directamente al proveedor de los servicios el monto de los gastos procedentes.

4.5.1.6. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio no se brindará cuando:

4.5.1.6.1. El paciente no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido.

4.5.1.6.2. El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.

4.5.1.6.3. Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.

4.5.1.6.4. No exista en la localidad terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.

Para el beneficio de ambulancia, ya sea terrestre o aérea, se aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos erogados por los servicios derivados del mismo. En este caso, no aplicará la regla de tope de coaseguro mencionada en el apartado 6.1.3.5. De estas condiciones generales.

4.5.2. Honorarios de enfermería

Honorarios de un(a) enfermero(a) titulado(a) y legalmente autorizado(a) para el ejercicio de su profesión, que bajo prescripción del médico tratante sea necesaria para la convalecencia domiciliaria, o bien, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, con un límite máximo de 1 UMAM por día y hasta un máximo de 30 días naturales por evento.

4.5.3. Honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos

Los honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador del plan contratado.

4.5.4. Prótesis y endoprótesis

Si se requieren a consecuencia de un padecimiento cubierto, de acuerdo al tabulador de la compañía aseguradora.

4.5.5. Aparatos ortopédicos

La renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto de acuerdo a tabulador de la compañía aseguradora.

Para los casos de adquisición se aplicará una segunda valoración y autorización del gasto por parte de la aseguradora.

Este beneficio concluye al recibir su cobertura en la primera ocasión y no considera reposición de los mismos.

4.5.6. Renta de equipo de hospital

Se cubre únicamente la renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante, sujeto a segunda valoración y aceptación por el área de dictamen de la aseguradora aplicando tabulador correspondiente

4.5.7. Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia

Cuando se reciban en un hospital, clínica o sanatorio o con médico tratante o especialista y bajo prescripción del médico tratante.

4.5.8. Rehabilitación física

Tratamientos de medicina de rehabilitación física cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éstos sean prescritos por el médico tratante y se realicen en centros especializados o a domicilio.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente de tipo de terapia y número de especialistas que lo proporcionen, teniendo un máximo de 40 sesiones.

4.5.9. Neurorehabilitación

Tratamientos de neurorehabilitación; cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éstos sean prescritos por el médico tratante y se realicen en centros especializados o a domicilio.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente de tipo de terapia y número de especialistas que lo proporcionen, teniendo un máximo de 40 sesiones.

4.5.10. Menopausia

Los tratamientos médicos a consecuencia de menopausia.

4.5.11. Tratamientos dentales

Este beneficio y los servicios derivados del mismo, serán otorgados por la aseguradora a través de la compañía articuladora de servicios dentales que aparece en la póliza y con la cual la aseguradora ha celebrado un contrato.

La aseguradora anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio y, a través de la aseguradora el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados del mismo.

Los gastos médicos amparados por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental por padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa puede referirse a consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

En el presente beneficio aplicarán los coaseguros específicos que se indican en el folleto anexo a la póliza correspondiente. Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante. La cantidad de reembolso es de acuerdo a lo señalado en el folleto y está basado en un tabulador que representa un estimado del promedio de gastos odontológicos nacionales. El procedimiento de reembolso se describe en el folleto que se anexa a la póliza.

4.5.11.1. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio no se brindará cuando:

Los gastos especificados como exclusiones en el folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

4.5.12. Asistencia integral

Centro de atención telefónica, las 24 horas del día los 365 días del año.

Ciudad de México y Área Metropolitana

Interior de la República

4.5.12.1. Asistencia médica

4.5.12.1.1. Traslado médico terrestre: Si el Asegurado y/o asegurados sufren una enfermedad grave o accidente que les provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del proveedor, en contacto con el médico que los atienda recomienden su hospitalización, el proveedor organizará y cubrirá el costo del traslado al centro hospitalario más cercano o apropiado en ambulancia terrestre, limitado a 2 (dos) eventos al año. Si fuere necesario por razones médicas, dicho traslado se realizará bajo supervisión médica. Servicios subsecuentes con costo preferencial. No se cubren traslados programados en caso de alta hospitalaria o en caso de cambio de hospital.

4.5.12.1.2. Consulta médica telefónica: El Asegurado y/o asegurados podrán solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico del proveedor, le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo o cambio de medicamentos o tratamiento. A solicitud del Asegurado y con cargo al mismo, el proveedor proporcionará previa solicitud del Asegurado, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patente, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el VADEMECUM.

4.5.12.1.3. Visita de un médico a domicilio con costo preferencial: Cuando el Asegurado y/o Asegurado no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico general a domicilio sujeto a valoración médica por parte del médico que recibe la llamada de solicitud y previa disponibilidad de la red médica del proveedor en las principales ciudades y localidades de la República Mexicana. El Asegurado deberá de efectuar un copago de precio preferencial directamente al doctor. Este servicio es sin límite de eventos.

4.5.12.1.4. Referencias médicas: El proveedor proporcionará al Asegurado y/o asegurados, referencias de médicos, clínicas, hospitales y proveedores de servicios médicos en la República Mexicana con descuento o costo preferencial. Todos los gastos que se originen serán a cargo del Asegurado el proveedor no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías. A solicitud del Asegurado la concertación de citas con médicos especialistas se podrá realizar con costo preferencial

4.5.12.1.5. Reemplazo de medicamentos: El proveedor, coordinará en conjunto con el Asegurado la visita de un médico general o coordinará la visita del Asegurado al consultorio del médico general con el fin de brindarle receta médica para poder adquirir nuevamente su medicamento. Cobertura nacional e internacional.

4.5.12.2. Asistencia en viajes

Los gastos amparados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el proveedor que se tenga contratado al momento de la reclamación.

Para efectos de los servicios de asistencia en viajes se definen a continuación los siguientes conceptos:

4.5.12.2.1. Beneficiario

Es la persona que obtiene los servicios de asistencia en viaje.

4.5.12.2.2. Pasajero

Es la persona que hace uso del transporte público y que cuenta con un boleto para ello. Queda excluido el personal que se encuentre de servicio en el mismo.

4.5.12.2.3. Residencia permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en el la póliza de seguro y en algún otro documento oficial.

4.5.12.2.4. Viaje

El trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que salga de su domicilio o lugar de residencia, hacia su destino, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia de ciento cincuenta millas (150) del lugar de residencia, y de regreso a dicho domicilio o lugar de residencia, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, acuático o terrestre, por un periodo máximo de 60 días consecutivos.

4.5.12.2.5. Servicios de asistencia

Son los servicios asistenciales que gestiona el proveedor en los términos de estas condiciones generales, para los casos de una situación de asistencia indicados a continuación:

4.5.12.2.5.1. Traslado médico por emergencia: En caso de enfermedad o accidente del Asegurado durante su estancia en cualquier ciudad del extranjero marcada como destino de su viaje, el proveedor sufragará los gastos por traslado terrestre y/o aéreo al centro médico más cercano y apropiado 2 eventos al año.

4.5.12.2.5.2. Traslado de un familiar o acompañante en caso de enfermedad grave en el extranjero: En caso de hospitalización del Asegurado por causa de accidente o enfermedad grave en el extranjero y que el equipo médico del proveedor en coordinación con el médico del Asegurado, recomienden su hospitalización y ésta se prevea de una duración superior a 10 (diez) días naturales, se gestionará y cubrirá el costo de un boleto redondo en línea regular clase turista (con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a una persona designada por él mismo, a fin de acudir a su lado. 1 evento al año, cobertura nacional. A partir de 150 kilómetros del lugar de su residencia. Se requiere parte médico en donde se indique el diagnóstico y hospital en donde se encuentra el Asegurado.

4.5.12.2.5.3. Repatriación, traslado en caso de fallecimiento: En caso de fallecimiento del Asegurado durante su viaje fuera de los Estados Unidos Mexicanos, el proveedor realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal), organizará y cubrirá los costos por concepto de:

4.5.12.2.5.4. Repatriación (traslado) del cadáver hasta el lugar de inhumación en el país de residencia permanente del Asegurado.

4.5.12.2.5.5. El prestador, ayudará en la coordinación en conjunto con los familiares para la preparación del cuerpo, ataúd o cremación del cuerpo para su traslado. Lo anterior es con costo preferencial.

4.5.12.2.5.6. Transportación o repatriación en caso de lesiones o enfermedad: El proveedor cubrirá los gastos de traslado en ambulancia terrestre o avión de línea comercial o en el medio que considere el médico tratante, hasta el centro hospitalario adecuado, o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual del Asegurado con supervisión médica 2 eventos al año.

4.5.12.2.5.7. Consulta y referencia médica: A solicitud del Asegurado, el proveedor proporcionará información telefónica acerca de la ubicación de clínicas, hospitales, y médicos en cualquier parte del mundo. Sin límite de eventos. Las 24 horas del día.

4.5.12.2.5.8. Monitoreo médico: A solicitud del Asegurado, el equipo médico del proveedor realizará enlaces con el médico tratante y con el Asegurado para dar seguimiento a cualquier situación médica. Sin límite de eventos.

4.5.12.2.5.9. Garantía de admisión hospitalaria: Derivado de una situación de emergencia, el proveedor garantizará la admisión y atención hospitalaria en su red al Asegurado sin requisitos de depósitos o tarjeta del Asegurado en los casos en los cuales las políticas del hospital lo permitan (para garantizar gastos personales o no cubiertos). Sin límite de eventos.

4.5.12.2.5.10. Envío de mensajes urgentes: El proveedor, a petición del Asegurado mantendrá comunicación con los familiares y transmitirá los mensajes urgentes que éste le solicite derivados de una situación de emergencia. Sin límite de eventos.

4.5.12.2.5.11. Cuidado y traslado de acompañantes: Cuando la lesión o enfermedad del Asegurado impida la continuación del viaje, el proveedor sufragará los gastos de traslado de los acompañantes hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el Asegurado designe o al lugar donde se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje. Si alguno de los acompañantes fuese menor a quince años y no tuviese quién lo acompañe, el proveedor, a solicitud del Asegurado, proporcionará una persona para que la atienda durante el traslado 1 evento al año.

4.5.12.3. Asistencia legal

4.5.12.3.1. Referencia de abogados e Intérpretes: A solicitud del Asegurado el proveedor proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de abogados e intérpretes

que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación en principales ciudades de la República Mexicana. Este servicio es sin límite de eventos.

4.5.12.4. Orientación odontológica

El proveedor pondrá a disposición del Asegurado los servicios de asesoría en caso de molestias dentales, técnicas de cepillado y en general cuidados de higiene bucal sin recetar medicamentos. En caso necesario se brindará referencia para atención médica dental. Sin límite de eventos. El proveedor pondrá a solicitud del Asegurado concertar citas con odontólogos de su red.

4.5.12.5. Orientación psicológica telefónica

4.5.12.5.1. Orientación psicotelefónica: En caso de que el Asegurado lo requiera, los psicólogos especialistas del proveedor ofrecerán las 24 horas del día los 365 días del año asesoramiento, consultas y orientación a distancia a problemáticas comunes como: depresión, adicciones, divorcios, violencia, problemas escolares, etc. La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.

*La duración de la llamada tendrá un tiempo máximo de 20 minutos por sesión, limitada a 2 sesiones sin costo por mes.

*Las llamadas adicionales a la cobertura tendrán un costo por hora por sesión.

4.5.12.5.2. Servicio a domicilio: En caso de que Asegurado así lo requiera, el proveedor enviará con costo preferencial lo siguiente a domicilio: terapeuta especializado, ambulancia.

Nota: No se contempla el envío de psicólogos, psiquiatras o terapeutas a domicilio, ya que; la atención del paciente debe de realizarse en un entorno totalmente distinto al domicilio del paciente y de igual forma, será responsable de coordinar directamente su cita de acuerdo a las opciones proporcionadas.

En caso de ambulancias, se excluye el envío de ambulancia para pacientes con trastornos psiquiátricos.

4.5.12.6. Asistencia nutricional

4.5.12.6.1. Cálculo del peso ideal y del índice de masa corporal: Los coordinadores del proveedor calcularán el Índice de Masa Corporal (IMC) del Asegurado y evaluarán si existe algún grado de riesgo. Se le orientará sobre el peso ideal en relación a su edad y actividad física diaria.

4.5.12.6.2. Diseño de dietas y rutinas de ejercicio: Los médicos coordinadores del proveedor proporcionarán al Asegurado la dieta o rutina de ejercicio que se adapte a sus necesidades y estilo de vida.

4.5.12.6.3. Orientación telefónica: En caso de que el Asegurado lo requiera, los médicos coordinadores del proveedor darán de forma ilimitada los 365 días del año de 8 de la mañana a 8 de la noche orientación del siguiente tipo.

4.5.12.6.4. Suplementos: Se brindará la asesoría que el Asegurado requiera sobre distintos tipos de suplementos nutricionales según sus necesidades. Se orienta con respecto al suplemento que ya consume el Asegurado. El nutriólogo no receta o indica suplementos al no estar valorando personalmente al paciente.

4.5.12.6.5. Orientación en caso de desórdenes alimenticios: el personal calificado del proveedor dará la información u orientación que requiera el Asegurado sobre síntomas, tratamientos y clínicas especializadas en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

4.5.12.6.6. Referencias con especialistas: En caso de que el Asegurado requiera una asesoría más personalizada se le coordinarán citas con nutriólogos en cualquier parte de la República Mexicana con costo preferencial para el Asegurado.

4.5.12.6.7. Información sobre eventos deportivos: El proveedor proporcionará toda la información que el Asegurado requiera sobre eventos deportivos a realizarse, ya sea como espectador o participante en: maratones, triatlones, vueltas ciclísticas etc.

4.5.12.6.8. Tips de nutrición: El proveedor enviará de forma periódica un consejo al teléfono celular o correo electrónico del Asegurado sobre distintos temas relacionados con el cuidado de la salud y la nutrición.

* Servicio opcional, para poder recibirlo es necesario registrarse previamente.

Exclusión de esta asistencia: Cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

4.6. Eventos sujetos a condiciones específicas

Los gastos erogados por los eventos que se mencionan a continuación podrán ser cubiertos siempre y cuando cumplan las condiciones específicas que se describen para cada uno de ellos.

4.6.1. Recién nacidos sanos

Aquellos recién nacidos que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento sin necesidad de selección médica, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento, siempre y cuando el Asegurado titular y/o madre del recién nacido asegurada tenga al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en la aseguradora. Para tal fin, el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a la aseguradora el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

4.6.2. Padecimientos congénitos/genéticos

4.6.2.1. Los padecimientos congénitos y genéticos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado titular y/o madre asegurada del menor tengan, al momento del parto o cesárea, por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en la aseguradora y lo notifique en un periodo de 30 días posteriores al nacimiento. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado y las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente al momento del nacimiento, incluye reflujo del recién nacido.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, no quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

4.6.2.2. Los padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el periodo de espera especificado en el numeral 4.6.2.1. al momento del parto o cesárea, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

4.6.2.2.1. No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en La aseguradora.

4.6.2.2.2. No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

4.6.2.2.3. El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

4.6.2.2.4. No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

4.6.3. Recién nacidos prematuros

Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, y asegurados en la presente póliza, siempre y cuando el Asegurado titular y/o la madre asegurada del menor tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio, no quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

4.6.4. Maternidad: parto y cesárea

Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea tanto en territorio nacional como en el extranjero, incluyendo óbito fetal, sin aplicar tabulador de honorarios quirúrgicos, ni deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora y el deducible contratado en la póliza sea igual o menor a \$89,000 (ochenta y nueve mil pesos). La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo al plan contratado e indicado en la carátula de la póliza:

Plan contratado	Suma Asegurada máxima
Internacional con gasto en territorio extranjero	32 UMAM
Internacional con gasto en territorio nacional	22 UMAM
Ejecutivo	22 UMAM
Más	17 UMAM
Básico	12 UMAM
Práctico	12 UMAM

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con el apartado 10.1.10

4.6.5. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Quedarán cubiertos únicamente los siguientes gastos:

4.6.5.1. La intervención quirúrgica o tratamiento médico realizado con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;

4.6.5.2. La toxicosis gravídica (preeclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico y/o estudios de laboratorio;

4.6.5.3. La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico y ultrasonografía;

4.6.5.4. El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones;

4.6.5.5. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);

4.6.5.6. Placenta acreta;

4.6.5.7. Diabetes gestacional;

4.6.5.8. Púrpura trombocitopénica;

4.6.5.9. Huevo muerto retenido;

4.6.5.10. Cerclaje

Este beneficio aplicará siempre y cuando la asegurada cumpla con al menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

Las condiciones de cobertura son las que se tengan contratadas al momento en que inicia la gestación.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con el apartado 10.1.10

4.6.6. Deportes peligrosos

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur y ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales no estarán cubiertos.

4.6.7. Tratamientos dentales

Los gastos por tratamientos dentales, maxilofaciales, o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente precedente, serán cubiertos siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas.

Esta cobertura tiene un periodo máximo de beneficio de un año a partir de la fecha de primer gasto.

4.6.8. Síndrome de Prader-Willi

Se cubren los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de control de peso sólo si son indispensables a consecuencia del Síndrome de Prader-Willi.

4.6.9. Cirugía reconstructiva

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

4.6.10. Trasplantes

En cirugía de trasplantes, los gastos amparados del donante final serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico, en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

4.6.11. Adherencias pélvicas y endometriosis

Sólo se cubrirán previa valoración y aceptación al acto quirúrgico por parte del médico designado por la aseguradora.

4.6.12. SIDA

Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos cuatro años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

Si el Asegurado presenta a la aseguradora la prueba serológica de Elisa con fecha de realización no mayor a un mes anterior a su presentación con resultado negativo, el periodo de espera que aplicará para este padecimiento será de 6 meses, **adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, queda excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este periodo de cuatro años o con anterioridad a él.**

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con el apartado 10.1.10

Para la determinación de la enfermedad se requerirá la prueba serológica de Elisa así como la suplementaria de Western Blot.

4.6.13. Daño psiquiátrico y psicológico

Se cubren los honorarios médicos por consultas y medicamentos hasta el tope máximo que se describe más adelante, a consecuencia del daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación:

Si a juicio de su médico tratante y derivado del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o psicólogo, requiera tratamiento psiquiátrico o psicológico a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del periodo de cobertura del Asegurado.

4.6.13.1. Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.

4.6.13.2. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando haya sido amparado por la póliza:

4.6.13.2.1. Cáncer

4.6.13.2.2. Accidente vascular cerebral

4.6.13.2.3. Infarto del miocardio

4.6.13.2.4. Insuficiencia renal

4.6.13.2.5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias

4.6.13.2.6. SIDA

4.6.13.3. Mediante la comprobación que se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

4.6.13.3.1. Robo con violencia,

4.6.13.3.2. Secuestro, o

4.6.13.3.3. Violación

El punto 4.6.13.3. procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público y el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

4.6.13.4. Los gastos amparados por este beneficio son:

4.6.13.4.1. Honorarios del médico psiquiatra o psicólogo por un máximo de 20 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 UMAM máximo por consulta.

4.6.13.4.2. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica o psicológica, hasta un máximo total de 25 UMAM.

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

4.6.13.5. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, quedan excluidos de este beneficio:

4.6.13.5.1. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los puntos 4.6.13.1., 4.6.13.2. o 4.6.13.3. del presente beneficio.

4.6.13.5.2. Los eventos ocurridos con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.

4.6.13.5.3. Los gastos erogados posteriores al término de la vigencia en caso de interrupción de continuidad de la cobertura. Es decir, para esta cobertura no aplica el periodo máximo de beneficio.

4.6.13.6. Los diversos trastornos incluidos en este beneficio no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

4.6.14. Padecimientos preexistentes

Con este beneficio, se cubre únicamente los gastos derivados de padecimientos preexistentes a la contratación de la póliza, bajo los siguientes casos:

4.6.14.1. Los padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora podrán quedar cubiertos siempre y cuando el padecimiento no se encuentre explícitamente descrito dentro del apartado exclusiones de estas condiciones generales y el Asegurado se encuentre médicamente sano.

Una vez transcurrido el periodo de espera de dos años ininterrumpidos de cobertura en la aseguradora, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluida, emitido por un médico especialista en el padecimiento declarado.

la aseguradora se reserva el derecho de solicitar la información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de Suma Asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica.

la aseguradora realizará en su caso la eliminación del endoso de exclusión que exista e incluyendo uno adicional con el alcance de la protección.

Es importante mencionar que en caso de haber declarado la existencia de padecimientos en su solicitud y que por ello no se haya manifestado un endoso de exclusión no significa que el padecimiento esta cubierto en este contrato, ya que para ello será necesario un endoso que manifieste el alcance de su cobertura.

4.6.14.2. Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora, podrán quedar cubiertos siempre y cuando el padecimiento no se encuentre explícitamente descrito dentro del apartado exclusiones de estas condiciones generales y el Asegurado se encuentre médicamente sano.

Una vez transcurrido el periodo de espera de cinco años ininterrumpidos de cobertura en la aseguradora el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos no declarados preexistentes adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluido, emitido por un médico especialista en el padecimiento no declarado.

la aseguradora se reserva el derecho de solicitar la información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo el deducible y coaseguro contratado en la póliza para la cobertura básica y la Suma Asegurada dependerá del número de años de antigüedad con la póliza, quedando como sigue:

Antigüedad	Suma Asegurada
5 - 9 años	\$350,000 M.N.
10 años en adelante	\$700,000 M.N.

La Suma Asegurada que aplicará para los padecimientos preexistentes no declarados será aquella que resulte menor entre la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza y la indicada en este apartado.

La cobertura del padecimiento preexistente en caso de ser aceptado deberá quedar endosado en la presente póliza con el alcance de la protección.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a esta póliza, el periodo de espera para tener derecho a este beneficio, se contará a partir de la fecha de inclusión como Asegurado en la aseguradora en esta póliza.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con el apartado 10.1.10.

4.6.14.3. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, se excluyen:

4.6.14.3.1. Padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados en el cuestionario. Operando esta condición únicamente para los cubiertos bajo un periodo de espera de dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora bajo esta póliza.

4.6.14.3.2. Cualquier padecimiento preexistente declarado o no declarado que haya erogado gastos o presentado síntomas y/o signos durante los periodos de espera requeridos para tener derecho a los beneficios mencionados en este mismo apartado 4.6.14.

4.6.15. Emergencias de gastos médicos no cubiertos

Se cubren en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria de las siguientes exclusiones declaradas en el apartado 7. de exclusiones de esta póliza.

4.6.15.1. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.

4.6.15.2. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.

4.6.15.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.

4.6.15.4. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual.

4.6.15.5. Tratamientos con fines preventivos.

4.6.15.6. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

4.6.15.7. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como emergencia médica.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado afectado, cesará la emergencia médica y por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

La Suma Asegurada para este beneficio será de \$550,000 M.N.

No quedarán cubiertos los gastos de los conceptos antes descritos en los incisos 4.6.15.1 al 4.6.15.7 que sean preexistentes al momento de la contratación de la presente póliza.

4.6.16. Cirugía bariátrica

Quedarán cubiertos los gastos médicos que eroguen los asegurados con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia del tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III, aplicando el deducible y el coaseguro descritos en la carátula de la póliza con los siguientes periodos de espera.

Póliza nueva. Con periodo de espera de 12 meses en la aseguradora.

La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo al plan contratado e indicado en la carátula de la póliza:

Plan contratado	Suma Asegurada máxima
Internacional con gasto en territorio extranjero	45 UMAM
Internacional con gasto en territorio nacional	40 UMAM
Ejecutivo	40 UMAM
Más	35 UMAM
Básico	30 UMAM
Práctico	25 UMAM

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10

4.6.17. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica

Los procedimientos que quedan sujetos a una segunda valoración médica requerida por la aseguradora son:

Traumatología y ortopedia, tales como:

- Cirugía de rodilla
- Cirugía de columna
- Hernias de disco intervertebral
- Clínica de dolor
- Sesiones de fisioterapia en general

Oncología, tales como:

- Quimioterapia en cáncer de mama
- Quimioterapia en cirugía de colon

Otorrinolaringología, tales como:

- Cirugía funcional vs estética por desviación de septum nasal
- Cirugía funcional vs estética por hipertrofia de cornetes

Oftalmología, tales como:

- Eventos realizados en dos tiempos (cataratas, retinopatía)

Cirugía general, tales como:

- Hernias abdominales• Hernias inguinales

Los tratamientos y/o procedimientos de estas especialidades son enunciativos más no limitativos.

5. Apartado cinco – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente, insuficiencia respiratoria aguda, infarto agudo al miocardio, accidente y enfermedad cardiovascular cerebral y apendicitis. Una vez transcurrido el periodo de espera la Suma Asegurada que aplique al padecimiento será la indicada en la póliza y/o en sus condiciones en vigor en ese momento.

5.1. Con sesenta meses de periodo de espera

5.1.1. Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora, podrán quedar cubiertos siempre y cuando se satisfagan las condiciones descritas en el punto 4.6.14 de estas mismas condiciones generales.

5.2. Con cuarenta y ocho meses de periodo de espera

5.2.1. Para la cobertura de SIDA, el Asegurado deberá cumplir con al menos cuatro años de cobertura continua e ininterrumpida con un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

5.3. Con veinticuatro meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir con al menos dos años de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente:

5.3.1. Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán sometidos a dictamen médico para validar su procedencia.

Los procedimientos quirúrgicos de hernias se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por la aseguradora.

5.3.2. Los padecimientos de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso, será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que la aseguradora requiera para su valoración.

5.3.3. Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.

5.3.4. Las operaciones y/o tratamientos de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertas siempre y cuando no se trate de cirugía estética. La reclamación será procedente sólo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento.

Los procedimientos quirúrgicos de nariz se cubrirán previa valoración y aceptación al acto quirúrgico por parte del médico designado por la aseguradora.

En caso de accidente, si este se presenta en los primeros 24 meses de vigencia se aplicará un coaseguro del 50%

5.3.5. Las circuncisiones, siempre y cuando no sean de carácter profiláctico.

5.3.6. Los padecimientos de columna vertebral, protrusión discal y hernia discal por enfermedad.

Los procedimientos quirúrgicos de columna vertebral se requerirá el estudio de electromiografía donde se defina la lesión del Asegurado y así mismo deberá existir previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por la aseguradora.

5.3.7. Para tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla.

5.4. Con doce meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir con al menos un año de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente:

5.4.1. Enfermedades ácido-pépticas incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico, excepto recién nacido.

5.4.2. Cirugía bariátrica.

5.4.3. Todo tipo de cáncer

Los tratamientos de cáncer se cubrirán previa valoración por parte del médico designado por la aseguradora.

5.5. Con diez meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, se deberá cumplir con al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual con la aseguradora:

5.5.1. Gastos médicos mayores cubiertos erogados por padecimientos congénitos, prematuridad y complicaciones que se presenten a partir de la fecha de nacimiento de los hijos de la asegurada, siempre y cuando el Asegurado titular cumpla con al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en la aseguradora y sus hijos hayan nacido durante la vigencia de la póliza y sean incluidos en la misma dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

5.5.2. Gastos cubiertos por maternidad (parto o cesárea) de la asegurada.

5.5.3. Gastos cubiertos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada, siempre y cuando la complicación se encuentre listada en el punto 4.6.5. de estas condiciones generales.

5.6. Con seis meses de periodo de espera

Si el Asegurado presenta a la aseguradora la prueba seriológica de Elisa con fecha de realización no mayor a un mes anterior a la presentación con resultado negativo, el periodo de espera que aplicará para este padecimiento será de seis meses.

6. Apartado seis – Límites de la cobertura

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza.

6.1. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima de responsabilidad que ampara la aseguradora por cada Asegurado, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto, siempre y cuando dicho padecimientos ocurra durante la vigencia de la presente póliza.

La Suma Asegurada se describe en la carátula de la póliza y se reinstala automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos padecimientos. Es decir, el Asegurado cuenta con el total de la Suma Asegurada contratada, para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento cubierto e independiente.

En ningún caso, incluyendo renovaciones posteriores de la presente póliza, se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. En caso de que ocurra

el agotamiento de la Suma Asegurada por enfermedad o accidente a causa del padecimiento cubierto y se continúen erogando gastos médicos, estos últimos correrán a cargo del Asegurado.

6.2. Deducible

El deducible aplicará en todos los casos por cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones vigentes en la póliza, en toda reclamación por enfermedad o accidente será necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, al momento de realizarse el primer gasto y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de la aseguradora.

6.2.1. Reducción de deducible por accidente

En caso de que el Asegurado haya contratado la cobertura reducción de deducible por accidente, La aseguradora responderá por los gastos procedentes en exceso de \$2,000 y hasta \$100,000 (cien mil pesos) si el primer tratamiento médico o quirúrgico es recibido dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

6.2.2. Deducible para las pólizas del plan práctico

El deducible a aplicar en las pólizas pertenecientes al plan práctico podrá reducirse en un 50% si la atención médica se realiza en los hospitales clasificados dentro del mismo plan y se utilicen los servicios de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, aplicará el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

6.3. Coaseguro

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible incluyendo complementos.

Considerando las siguientes reglas:

6.3.1. Honorarios médicos

Si el Asegurado acude con médicos del grupo médico asociado dentro del plan contratado o inferior y utiliza el servicio de pago directo, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos; en caso contrario aplicará el coaseguro contratado.

Para pólizas pertenecientes al plan práctico, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos si la atención médica se realiza con un médico perteneciente al grupo médico asociado y se utilizan los servicios de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, el porcentaje de coaseguro a aplicar sobre los honorarios médicos será el contratado y establecido en la carátula de la póliza.

6.3.2. Hospital

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan inferior al contratado, se reducirán diez puntos porcentuales del coaseguro contratado sobre los gastos de hospitalización. Si el coaseguro contratado es menor a 10%, se elimina el coaseguro sobre los gastos de hospitalización.

El plan del hospital será aquel que se encuentre en vigor a momento de ejercer el servicio médico ya sea inicial o complementario a un padecimiento abierto.

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional clasificado en un plan superior al contratado, participará invariablemente con diez puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, por cada nivel que ascienda, sobre los gastos de hospitalización.

El plan del hospital será aquel que se encuentre en vigor a momento de ejercer el servicio médico ya sea inicial o complementario a un padecimiento abierto.

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional que no pertenece a la red hospitalaria de la aseguradora dicho hospital se considerará en el plan de mayor nivel de este seguro, por lo que si el plan contratado es menor a éste el Asegurado participará invariablemente con diez puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado por cada nivel que ascienda sobre los gastos de hospitalización.

6.3.3. Otros gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza y/o el resultante a los gastos erogados mencionados en el apartado 6.3.3 de gastos cubiertos correspondientes a medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos. Si los gastos correspondientes a este apartado fueron realizados en un hospital, aplicará el coaseguro correspondiente conforme a lo indicado en el apartado 6.3.2.

6.3.4. Medicamentos fuera del hospital por pago directo

Los medicamentos fuera del hospital que sean factibles de tramitar vía programación pago directo no aplicarán coaseguro.

6.3.5. Tope de coaseguro

En los casos hay un monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro y variará dependiendo del coaseguro contratado y del nivel de hospital utilizado.

Para los casos en el que el siniestro presente reclamaciones en diferentes niveles hospitalarios, el tope de coaseguro que se asignará al siniestro será el que resulte mayor.

Si la atención del siniestro llega a su tope de coaseguro y por algún motivo el Asegurado presenta una reclamación adicional al siniestro en un nivel hospitalario superior al contratado, se ajustará el tope de coaseguro por atención en nivel superior.

6.4. Pago de honorarios médicos en intervenciones quirúrgicas

El pago de los honorarios quirúrgicos que deba efectuar la aseguradora, en ningún caso excederá lo pactado según la tabla de honorarios médicos.

6.4.1. Operaciones en una misma región del cuerpo

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, la aseguradora únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

6.4.2. Operaciones en distintas regiones del cuerpo

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

6.4.3. Intervención quirúrgica de distinta especialidad

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos.

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en la tabla de honorarios médicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

6.4.4. Reconstrucción quirúrgica

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del importe tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes.

6.4.5. Intervención quirúrgica de padecimientos cubiertos y no cubiertos

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

6.4.5.1. Honorarios médicos

De acuerdo a lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.5.2. Anestesiólogo y ayudante

De acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.5.3. Hospital

Se pagará el 50% de la factura total.

6.4.6. Cirugía en ambos lados del cuerpo

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la tabla de honorarios médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

6.5. Tabla de honorarios médicos

En dicha tabla se indica el monto máximo contratado para intervenciones quirúrgicas. En caso de que el médico tratante no pertenezca al grupo médico asociado y existan diferencias entre el monto establecido en la tabla de honorarios médicos y los gastos erogados, el Asegurado estará a cargo de las diferencias.

En caso de que el médico tratante pertenezca a la red médica, el Asegurado no deberá hacer ningún desembolso extra por concepto de diferencia contra la tabla de honorarios médicos para los gastos y padecimientos cubiertos de acuerdo a estas condiciones generales.

7. Apartado siete – Exclusiones

La póliza no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por padecimientos, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

7.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos

7.1.1. Padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.14. del apartado 4 – gastos médicos cubiertos; o que se haya cumplido con lo especificado en el apartado 8.2.1. en lo conducente al “examen médico de preexistencias”.

7.1.2. Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15. solo y solo sí ponen en riesgo la vida del Asegurado y solo hasta su estabilización médica.

7.1.3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en los apartados 4.6.7., 4.5.11. y 4.6.15.

7.1.4. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren específicamente cubiertas por esta póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido concebido ni tampoco a los que presente la madre. Adicionalmente no se cubre la maternidad asistida en caso de que la madre no se encuentre de alta en la póliza.

7.1.5. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.

7.1.6. La enfermedad mental o trastorno mental, así como los tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.13.

7.1.7. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.

7.1.8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15 y 4.6.16.

7.1.9. Tratamientos dietéticos o quirúrgicos, para reducción de peso o para obesidad, a excepción de los necesarios para el tratamiento del síndrome de Prader-Willi y obesidad mórbida.

7.1.10. Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuya madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en la aseguradora al momento del nacimiento, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza. Ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.

7.1.11. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en la aseguradora, así como los gastos requeridos para su detección.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuatro años del periodo de espera, no se cubrirá a cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

7.1.12. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.

7.1.13. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.

7.1.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas células madre.

La presente exclusión no es aplicable y consecuentemente quedan amparados los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de:

- Leucemias agudas mieloides y linfoides

- Leucemias crónicas mieloides
- Mielodisplasias
- Linfomas
- Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

7.2. Lesiones no cubiertas

7.2.1. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.

7.2.2. Lesiones originadas por actos delictivos en los que el Asegurado actúe como sujeto activo del delito, o lesiones derivadas de riña en las que el Asegurado actúe como provocador de acuerdo a lo estipulado en las conclusiones del acta del Ministerio Público.

7.2.3. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

7.2.4. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.

7.2.5. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y en forma adicional por la práctica amateur u ocasional de box, lucha libre o artes marciales salvo que sea declarado y/o sujeto a extra prima.

7.2.6. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.

7.2.7. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor 40 ml/lt.

7.2.8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.

7.2.9. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.

7.3. Honorarios médicos no cubiertos

7.3.1 Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por éstos.

7.4. Gastos hospitalarios no cubiertos

7.4.1. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.

7.4.2. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.

7.4.3. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

7.4.4. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra).

7.5. Otros servicios médicos no cubiertos

7.5.1 Aparatos y prótesis auditivas, implantes cocleares.

7.5.2. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura de visión.

7.5.3. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.

7.6. Otras exclusiones

7.6.1. Curas de reposo.

7.6.2. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up.

7.6.3. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero del apartado 9. coberturas adicionales opcionales con costo de estas condiciones generales.

7.6.4. Gastos de donantes para el trasplante de órganos, salvo lo estipulado en el punto 4.6.10.

7.6.5. Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.11.

7.6.6. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido y proporcionado por los prestadores de servicio, toda vez que estos serán responsables directos de la atención de acuerdo a las disposiciones legales aplicables.

7.6.7. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

7.6.8. Complementos vitamínicos, independientemente del padecimiento que se trate.

7.6.9. Zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.

7.6.10. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.

7.6.11. Honorarios médicos cuando el médico sea el Asegurado o tenga con el mismo parentesco en línea directa o colateral o por afinidad.

7.6.12. Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.

7.6.13. Cirugías asistidas por robot a excepción de las cirugías cerebrales.

7.6.14. Siniestros que administre o pague un tercero no autorizado por la aseguradora para hacerlo.

8. Apartado ocho – Pago de siniestros e indemnizaciones

8.1. Información importante para el Asegurado

8.1.1. Tarjeta de identificación La aseguradora

Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial vigente con fotografía, le permitirá al Asegurado obtener, de manera más fácil y rápida, el servicio con cualquiera de los proveedores de servicios médicos afiliados a la aseguradora.

8.1.2. Pago de prima

Para que las reclamaciones procedentes presentadas por el Asegurado sean cubiertas, es necesario que la póliza se encuentre en vigor.

8.2. Pago de reclamaciones

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la aseguradora las formas de reclamación correspondientes requisitadas en su totalidad que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otra información que La aseguradora juzgue necesario para la mejor apreciación del siniestro.

Las radiografías, así como todos los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados, deberán tener datos confiables de identificación y acreditación fehaciente.

El pago de reclamaciones sólo procederá si son presentados los requisitos mencionados para cada caso. La aseguradora quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación en tanto no sean satisfechos dichos requisitos.

La aseguradora se reserva el derecho de solicitar que las reclamaciones por eventos relacionados con accidentes, sean acompañadas en copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público, en caso de que éste haya tenido conocimiento.

La aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean familiares directos del Asegurado (tales como padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, abuelos, cuñados o primos en primer grado), y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de La aseguradora ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

La aseguradora se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas condiciones, que considere necesaria para la valoración de cada caso.

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que La aseguradora reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las reclamaciones y/o indemnizaciones cubiertas por La aseguradora serán liquidadas al Asegurado titular, a quien éste haya designado con la presentación de carta poder o en caso de fallecimiento o falta de estado de conciencia para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina (rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente.

El pago del Impuesto al Valor Agregado será cubierto por la aseguradora. Se hace del conocimiento del Asegurado:

8.2.1. Examen médico de preexistencias:

A efecto de determinar de forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la aseguradora como parte del proceso de suscripción y selección de riesgos, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

8.2.2. Arbitraje médico:

En caso de que La aseguradora notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico independiente previo acuerdo entre ambas partes, garantizando en dicho acuerdo la objetividad e imparcialidad de dichos árbitros y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esta instancia, La aseguradora acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La aseguradora.

8.3. Opciones de atención de siniestros y/o trámites de reclamación

8.3.1. Cirugía programada

Es recomendable que cuando al Asegurado se le programe una cirugía, ésta se realice utilizando nuestro grupo médico asociado, de esta forma La aseguradora liquidará los gastos de acuerdo a las condiciones de la póliza directamente al médico y hospital que tengan convenio con la aseguradora.

8.3.2. Pago directo

El sistema de pago directo permite al Asegurado atenderse en cualquier hospital de acuerdo al plan contratado con los que la aseguradora ha establecido convenio sin desembolsar el costo total del internamiento, protegiéndolo así de un probable desequilibrio económico. Si el padecimiento está dentro de las coberturas contratadas en su póliza y ésta se encuentra vigente y no presenta adeudo de primas, la aseguradora se hace cargo de liquidar al hospital los gastos erogados por concepto de la hospitalización, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que en su caso señale su póliza y los gastos no cubiertos.

Ahora bien, si el Asegurado elige atenderse con algún médico perteneciente al grupo médico asociado o si el médico tratante acepta el proceso de pago de la aseguradora y la tabla de intervenciones quirúrgicas, serán también liquidados por la aseguradora los honorarios por atención médica dentro del hospital (cirujano, ayudante, anestesia), por lo que el desembolso del Asegurado se limitará al deducible y coaseguro que en su caso señale la póliza, por gastos hospitalarios no cubiertos así como gastos personales, es decir una parte mínima con respecto al total.

8.3.3. Pago directo no programado por emergencia y/o accidente

El procedimiento de pago directo no programado opera cuando la aseguradora recibe el reporte hospitalario, una vez que el Asegurado se encuentra en el hospital. Este caso solo operará en internamientos mayores a 24 horas.

8.4. Cirugía de corta estancia

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso menor a veinticuatro horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital, deberán tramitarse bajo el esquema de cirugía programada. En caso contrario dicha cirugía se tramitará por vía reembolso.

8.4.1. Emergencias

En caso de una emergencia, sólo podrá operar el servicio de pago directo no programado, en aquellos casos que justifiquen la permanencia del Asegurado por un lapso mayor a 24 horas.

8.5. Trámites por reembolso

Los gastos efectuados por el Asegurado y que estén amparados por la póliza contratada, serán reembolsados al Asegurado previa revisión y autorización de los comprobantes por la aseguradora.

Para esto, es necesario que el Asegurado presente la siguiente documentación ya sea en los centros de atención, sucursales y/o con los médicos coordinadores cuya referencia puede obtener en el centro de atención telefónica.

En caso de que el Asegurado decida atenderse con un médico no perteneciente a la red médica o en un hospital que no esté en convenio con la aseguradora, deberá pagar todos los gastos en que se incurra y posteriormente realizar el trámite de pago por reembolso.

8.5.1. Documentación necesaria

El Asegurado deberá comprobar la realización del siniestro y para tal efecto deberá presentar la siguiente documentación debidamente llenada y firmada:

8.5.1.1. solicitud de reclamación de gastos médicos mayores

8.5.1.2. Informe médico.

8.5.1.3. Facturas con los requisitos fiscales completos vigentes de todos y cada uno de los gastos que se hayan hecho, conteniendo el desglose de cada concepto que se está cobrando.

8.5.1.4. Facturas de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente y especificando cada uno de los medicamentos comprados.

8.5.1.5. Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto facturado anexando las comandas correspondientes.

8.5.1.6. Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando claramente el concepto que se está cobrando. En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de informe médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

8.5.1.7. Facturas y resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido y electrocardiogramas, será necesario el original de la interpretación.

8.5.1.8. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte de histopatología.

8.5.1.9. La aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

Todas las facturas y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, etc.) deberán contener todos los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del Asegurado titular.

Al entregar la documentación requerida, el Asegurado recibirá un contra recibo que avala los documentos que entrega para validar la procedencia del pago del reembolso de los gastos erogados.

8.6. Pago directo en el extranjero

La contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la póliza.

8.6.1. Pago directo no programado en el extranjero

8.6.1.1. Procedimiento

8.6.1.1.1. El Asegurado deberá reportar su ingreso hospitalario a la administradora de forma inmediata. En caso contrario, no podrá realizarse el pago directo a los proveedores en el extranjero.

8.6.1.1.2. La administradora tomará el reporte y empezará a recabar la información necesaria para que La aseguradora dictamine el siniestro una vez que se cuente con la información médica y administrativa completa.

8.6.1.2. En caso de procedencia del siniestro

8.6.1.2.1. La administradora se pondrá en contacto con el hospital y médico para la programación y manejo del convenio.

8.6.1.2.2. La administradora otorgará una pre-autorización a los proveedores y lo notificará al Asegurado.

8.6.1.2.3. Durante la hospitalización, la administradora, se pondrá en contacto con los proveedores internacionales para dar el seguimiento correspondiente.

8.6.1.2.4. El Asegurado, al momento del alta, cubrirá los cargos por deducible y coaseguro, así como cargos no amparados por la póliza.

8.6.1.2.5. En caso de que el hospital requiera que el Asegurado realice un depósito por los gastos de hospitalización, el Asegurado deberá hacerlo. Posteriormente, la aseguradora, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes.

8.6.2. Pago directo programado en el extranjero

El Asegurado podrá programar su cirugía y/o tratamiento en el extranjero, mediante los proveedores de convenio presentando a la aseguradora la siguiente documentación.

8.6.2.1. Documentación necesaria

8.6.2.1.1. Informe médico llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante, incluyendo teléfono de contacto, localidad donde se llevará a cabo la intervención, nombre del hospital y el nombre del médico tratante en el extranjero.

8.6.2.1.2. Solicitud de reclamación de gastos médicos mayores.

8.6.2.1.3. Historia clínica amplia y detallada por parte del médico tratante.

8.6.2.1.4. Estudios y resultados de los mismos que avalen el diagnóstico.

8.6.2.1.5. Nombre del hospital o clínica en donde se llevará a cabo la cirugía.

8.6.2.1.6. Formato de confidencialidad que permita a La aseguradora, a través de la administradora, el acceso al historial clínico del Asegurado en el extranjero.

Una vez que sea valorado el caso por La aseguradora se le indicará por escrito al Asegurado si la programación de cirugía procede o no de acuerdo a las coberturas contratadas en la póliza.

El tiempo de respuesta a partir de que la aseguradora cuente con la información médica y administrativa completa es de cinco días hábiles.

8.6.2.2. En caso de procedencia del siniestro

8.6.2.2.1. La aseguradora dará aviso al Asegurado de la procedencia de la solicitud y especificará la Suma Asegurada y gastos a cubrir por parte de esta última, así como los gastos que el Asegurado deberá cubrir: deducible, coaseguro y gastos personales.

8.6.2.2.2. La aseguradora avisará a la administradora del internamiento del Asegurado.

8.6.2.2.3. La administradora se pondrá en contacto con el hospital y médico para la programación y manejo del convenio.

8.6.2.2.4. Durante la hospitalización, la administradora, se pondrá en contacto con los proveedores internacionales para dar el seguimiento correspondiente.

8.6.2.2.5. El Asegurado, al momento del alta, cubrirá los cargos por deducible y coaseguro, así como cargos no amparados por la póliza.

8.6.2.2.6. La aseguradora, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos precedentes.

9. Apartado nueve – Coberturas adicionales opcionales con costo

9.1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de emergencia.

El efecto de esta cobertura cesará cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero y no sea considerada emergencia médica.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad. Esto, de acuerdo al apartado 1.19. emergencia médica de estas mismas condiciones generales.

Suma Asegurada: el equivalente en moneda nacional a US \$100,000.00 o el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica, la que resulte menor.

Deducible: el equivalente en Moneda Nacional a US \$100.00

Coaseguro: no aplica

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos que se aplicará para el pago de la reclamación, será el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atiende la emergencia médica.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, incluyendo las complicaciones del embarazo y recién nacido prematuro.

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el punto 10.3. moneda, del apartado cláusulas contractuales.

9.1.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

9.1.1.1. Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.

9.1.1.2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

9.1.1.3. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.1.1.4. Tratamientos de rehabilitación.

9.1.1.5. Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.

9.2. Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

En caso de contratación de esta cobertura adicional el Asegurado podrá atenderse en el extranjero las enfermedades cubiertas y originadas durante la vigencia de esta cobertura.

Esta cobertura cubrirá los gastos por hospitalización, honorarios médicos y otros servicios médicos que se originen como consecuencia única y exclusivamente de los siguientes padecimientos:

9.2.1. Cáncer (excluido el de piel)

9.2.2. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares

9.2.3. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto)

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis.

9.2.4. Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón

Solo quedarán cubiertos por esta cláusula los padecimientos que inicien a partir de la contratación de la misma; por lo tanto no cubre padecimientos preexistentes aun cuando la cobertura básica de acuerdo a sus condiciones si los cubra.

El beneficio de esta cobertura está sujeto a la valoración y autorización previa de La aseguradora, debiendo el Asegurado solicitarla por lo menos diez días hábiles antes de la atención médica, para realizar el pago directo e indicarle al Asegurado el procedimiento a seguir.

Cuando sea posible, La aseguradora realizará la programación del tratamiento correspondiente con los proveedores de los servicios médicos independientes previamente sugeridos por ella y aceptados por el Asegurado.

Suma Asegurada: topada a 1 millón de USD o Suma Asegurada básica, la que resulte menor.

Deducible: el mismo contratado para la cobertura básica y establecida en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% o el contratado en la básica, lo que resulte mayor.

Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3. moneda.

La Suma Asegurada aplicada en el siniestro por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica.

9.3. Cobertura en el extranjero

Con la contratación de esta cobertura quedarán cubiertos los gastos erogados fuera de la República Mexicana por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada: la contratada en la cobertura básica.

Deducible: contratado para la cobertura en el Extranjero estipulado en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% si el contratado en la cobertura básica es menor o igual al 10%.

El contratado en la cobertura básica, siempre y cuando sea mayor a 10%

Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será el especificado en el apartado 6.1.3.5. tope de coaseguro.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero dentro de la República Mexicana, aplicando en estos casos el deducible contratado para territorio nacional.

Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero siempre y cuando los gastos procedentes hayan rebasado el deducible del extranjero y el padecimiento haya iniciado en la vigencia de esta cobertura.

La Suma Asegurada será única por evento, independientemente de donde se reciba la atención médica, es decir, **la Suma Asegurada aplicada en el siniestro por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica.**

El deducible y coaseguro son aplicables al 100% tanto por reembolso como pago directo.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero, será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en el apartado 4.6.4 maternidad: parto y cesárea, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en la aseguradora.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3. moneda, de estas condiciones generales.

El límite de Suma Asegurada para padecimientos congénitos y/o prematuros será de 300,000 dll o la Suma Asegurada contratada lo que resulte menor.

9.4. Cobertura de últimos gastos

Con la contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto en caso de fallecimiento a causa de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. En este caso, la aseguradora pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión legal del Asegurado, el importe de la Suma Asegurada contratada especificada en la póliza, siempre y cuando se pruebe a La aseguradora dicho fallecimiento.

En caso de fallecimiento a causa de una enfermedad o accidente cubierto de un Asegurado menor de edad amparado por esta cobertura, y no se cuente con la designación de beneficiarios correspondiente, la aseguradora realizará el pago de la Suma Asegurada contratada a los padres o tutores del menor.

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, La aseguradora indemnizará únicamente el reembolso de los gastos funerarios a los padres o tutores definitivos del menor. Los tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

No serán sujeto de esta cobertura niños menores de un año de edad.

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, la aseguradora no estará obligada al pago de la Suma Asegurada en caso de suicidio del Asegurado, si este ocurre durante los dos primeros años de vigencia continua en la póliza del Asegurado respectivo, en este caso, la aseguradora sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada correspondiente al Asegurado de que se trate.

9.5. Cobertura de Muerte Accidental

Su contratación debe especificarse en la póliza.

Con la contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto en caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del mismo. En este caso, la aseguradora pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión legal del Asegurado, el importe de la Suma Asegurada contratada especificada en la póliza, siempre y cuando se pruebe a La aseguradora dicho fallecimiento.

En caso de fallecimiento de un Asegurado menor de edad amparado por esta cobertura, y no se cuente con la designación de beneficiarios correspondiente, La aseguradora realizará el pago de la Suma Asegurada contratada a los padres o tutores del menor.

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, La aseguradora indemnizará únicamente el reembolso de los gastos funerarios a los padres o tutores definitivos del menor. Los tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

9.5.1. Definición:

Se entenderá por muerte accidental la que tiene como causa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado dentro de los 90 naturales siguientes a la fecha del accidente.

No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

9.5.2. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura por accidente no cubre:

9.5.2.1. La muerte accidental originada por participar en:

9.5.2.1.1. Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.

9.5.2.1.2. Donde el Asegurado participe como sujeto activo en actos delictivos intencionales.

9.5.2.1.3. Viajes a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular, o en ambulancia aérea.

9.5.2.1.4. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

9.5.2.2. Los siguientes eventos:

9.5.2.2.1. La muerte del Asegurado debida a enfermedades de cualquier naturaleza.

9.5.2.2.2. Suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

9.5.2.2.3. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

9.5.2.2.4. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

9.5.2.2.5. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, debido a que estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.

9.5.2.2.6. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.

9.5.3. Terminación:

La vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

9.5.3.1. Concluir la vigencia de la póliza de la cual esta cobertura forma parte.

9.5.3.2. Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

9.5.3.3. Al efectuar La aseguradora el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

9.6. Cobertura de renta diaria por hospitalización

Su contratación debe especificarse en la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto, el Asegurado requiere de hospitalización, la aseguradora otorgará al Asegurado la renta diaria contratada especificada en la carátula de la póliza, siempre y cuando; exista un diagnóstico médico definitivo, la estancia en el hospital sea como paciente interno y se encuentre bajo el cuidado y atención regular de un médico.

En caso de accidente o de internamiento en el hospital en terapia intensiva, el monto de la renta diaria se duplica.

El periodo máximo de este beneficio por hospitalización es de 90 días naturales, comprendido entre el primer día de hospitalización y el egreso del Asegurado del hospital.

En caso de hospitalización por maternidad, es decir; hospitalización en caso de cesárea, parto o complicaciones del embarazo, es necesario que el Asegurado titular tenga un periodo mínimo de 10 meses de haber contratado esta cobertura para poder hacer uso de la misma. En caso de renovación no aplica este periodo de espera.

En caso de hospitalización por enfermedad o por maternidad, operará un periodo de espera para esta cobertura de 2 días. Este periodo de espera se establece por hospitalización y no se aplicará retroactivamente.

En caso de hospitalización a causa de accidente no se aplicará periodo de espera.

Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado, tendrán un periodo de espera de un año.

No serán sujeto de esta cobertura niños menores de un año de edad.

9.6.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

9.6.1.1. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.

9.6.1.2. Lesiones que por culpa grave del Asegurado sufra al encontrarse bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.

9.6.1.3. Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento o cualquier fin estético, abortos provocados intencionalmente.

9.6.1.4. Hospitalizaciones por infecciones a causa del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA) o enfermedades relacionadas.

9.6.1.5. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales, clínicas o sanatorios de acuerdo a lo definido en el apartado 1.30. de estas condiciones generales.

9.6.1.6. Lesiones por catástrofes naturales.

9.6.1.7. Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado que no cumplan con el periodo de espera de un año señalado anteriormente.

9.7. Cobertura de Visión

Su contratación debe especificarse en la póliza.

Los beneficios otorgados por esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán otorgados por la aseguradora a través de la compañía articuladora de servicios de visión que aparece en la póliza y con la cual la aseguradora ha celebrado un contrato.

La aseguradora anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios de visión, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura y, a través de la aseguradora el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de la misma.

Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los relacionados con la prescripción de anteojos derivados de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa se refieren a defectos de refracción como presbicia, hipermetropía, miopía y astigmatismo.

En esta cobertura no aplica el concepto de reembolso.

Condición de servicio:

Para recibir los servicios de visión descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de gastos médicos mayores La aseguradora acompañada de una identificación oficial con fotografía.

9.7.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, quedan excluidos los gastos erogados a consecuencia de tratamientos de corrección visual que no se encuentren señalados como cubiertos en el folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios de visión.

9.8. Cobertura Plus

Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza.

Mediante la contratación de esta cobertura se amplían los beneficios amparados por la cobertura señalada en el apartado 4.5.11.

Los beneficios otorgados por esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán otorgados por la aseguradora a través de la compañía articuladora de servicios dentales que aparece en la póliza y con la cual la aseguradora ha celebrado un contrato.

La aseguradora anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura y, a través de la aseguradora el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de la misma.

Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental por padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa puede referirse a consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante. La cantidad de reembolso es de acuerdo a lo señalado en el folleto y es basado en un tabulador que representa un estimado del promedio de gastos odontológicos nacionales.

9.8.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, la presente cobertura en ningún caso cubre los gastos especificados como exclusiones de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

9.9. Cobertura Franja Fronteriza

Su contratación debe especificarse en la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura, La aseguradora responderá por los gastos que el Asegurado erogue en la franja fronteriza por la atención de una enfermedad o accidente cubierto. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada: Topada a 1 millón de USD o Suma Asegurada básica, la que resulte menor

Deducible: El doble del contratado en la cobertura básica.

Coaseguro: * 20 puntos porcentuales adicionales al contratado

Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

Se entiende por franja fronteriza las ciudades fronterizas de Estados Unidos con México, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica que consta de veinte (20) millas, es decir 32.19 kms. de ancho, cuyo límite sur es la frontera con México.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero dentro de la República Mexicana, aplicando en estos casos el deducible contratado para territorio nacional.

Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero siempre y cuando los gastos procedentes hayan rebasado el deducible en franja fronteriza y el padecimiento haya iniciado en la vigencia de esta cobertura.

La Suma Asegurada será única por evento, independientemente de donde se reciba la atención médica, es decir, la Suma Asegurada aplicada en el siniestro por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica.

El deducible y coaseguro son aplicables al 100% tanto por reembolso como pago directo.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero, será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en la carátula de la póliza, sin aplicar deducible ni coaseguro, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua para esta cobertura.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en el punto 10.3. moneda de estas condiciones generales.

Para esta cobertura no aplica la eliminación del deducible por accidente descrito en el punto 6.2.

9.10. Reducción de deducible por accidente

Su contratación debe especificarse en la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, y cuando el Asegurado necesite someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización, servicios de enfermería, medicinas, estudios de laboratorio o hacer uso de una ambulancia a consecuencia de un accidente cubierto, la aseguradora responderá por los gastos procedentes en exceso de \$2,000 (dos mil pesos) y hasta \$100,000 (cien mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto precedente se realicen durante los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea igual o menor a \$100,000 (cien mil pesos) se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a \$2,000.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la póliza sea mayor a \$100,000 (cien mil pesos), la aseguradora responderá por los primeros \$100,000 (cien mil pesos) del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a \$2,000.00 y quedando a cuenta del Asegurado la diferencia, teniendo como máximo el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

El beneficio aplica para los servicios de pago directo y reembolso.

Son aplicables los términos, condiciones generales y exclusiones de la cobertura básica.

Además de lo indicado en el apartado 7. exclusiones de las condiciones generales de la póliza, se excluye la reducción de deducible por accidente, cuando en forma simultánea se contrate la cobertura adicional de franja fronteriza y el accidente cubierto ocurra en la franja fronteriza, entendiéndose por franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica, el cual consta de veinte (20) millas, es decir 32.19 kms. de ancho, y cuyo límite sur es la frontera con México.

9.11. Incremento al tabulador de honorarios médicos

Su contratación debe especificarse en la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura, se incrementará la base de los tabuladores médicos por reembolso en territorio nacional en la proporción elegida por el Asegurado.

Esta cobertura opera para los gastos por reembolso de los padecimientos cubiertos por la póliza y que se originen a partir de la fecha de contratación de la presente cobertura adicional.

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para padecimientos y eventos cuyo origen sea previo a la contratación de esta cobertura adicional.

9.12. Protección garantizada

Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura el Asegurado tendrá los siguientes beneficios:

a. Ampliar la Suma Asegurada del plan básico de gastos médicos mayores colectivo contratado en la aseguradora u otra compañía de seguros. Para ello deberán elegir un deducible que se ajuste al importe que se aproxime a la Suma Asegurada de la póliza básica colectiva en vigor de acuerdo a los deducible establecidos para esta cobertura siendo requisito indispensable demostrar con documentación fehaciente la existencia de una póliza básica colectiva vigente a la fecha de la solicitud, teniendo como beneficios:

1. Que la presente cobertura cubra los gastos médicos mayores que excedan el deducible de este contrato, siempre y cuando el primer gasto del padecimiento en la póliza de gastos médicos mayores colectiva sea posterior a la fecha de alta del Asegurado en la presente póliza.
2. El evento será procedente, siempre y cuando la causa del siniestro en la póliza colectiva se encuentre cubierto en las condiciones generales de la presente póliza.
3. La siniestralidad pagada en la(s) póliza(s) colectiva(s) del mismo padecimiento se considerará para el deducible contratado en la presente póliza.
4. Reconocer la antigüedad de planes colectivos para la eliminación de periodos de espera de este contrato y no así para los padecimientos preexistentes indicados en esta póliza.
5. Reducción o incremento del deducible contratado.

b. Reducción o incremento de deducible sin selección médica siempre y cuando este sea igual o superior al deducible indicado en el momento de la contratación de este beneficio e indicado en la solicitud correspondiente y se encuentre en vigor en el producto al momento del cambio.

1. Reducir el deducible de la presente póliza sin selección médica bajo las mismas condiciones.
2. El inicio de vigencia de la póliza con el nuevo deducible será la fecha de baja de la póliza colectiva ya sea por renuncia, liquidación, retiro por edad avanzada, dependientes sin relación de titular, hijos que rebasan la edad máxima de aceptación en la póliza de cobertura básica.
3. Incrementar el deducible de la póliza sin selección médica en el caso de que ingrese nuevamente a una póliza básica colectiva.

La reducción o incremento de deducible deberá realizarse dentro de los 60 días naturales posteriores a la baja o alta de la póliza colectiva, de lo contrario perderá todos los derechos arriba citados incluyendo la continuidad de pago de siniestros originados dentro de la póliza básica colectiva posteriores a la contratación de la cobertura de protección garantizada.

En caso de que un siniestro hubiera iniciado en el periodo arriba señalado y aún no hubiera hecho el trámite respectivo de la reducción y/o el incremento de deducible, éste deberá tramitarse vía reembolso en forma posterior al movimiento.

c. Cambio de condiciones de la póliza de gastos médicos colectiva

Si el Asegurado cambia de empresa y/o de condiciones de la póliza colectiva de gastos médicos, deberá notificar por escrito a La aseguradora dentro de los primeros 60 días posteriores al cambio, para ello será necesario presentar el certificado vigente de la póliza colectiva de gastos médicos.

Si el Asegurado no avisa por escrito a La aseguradora, ésta no tendrá la obligación de otorgar la reducción o incremento de deducible sin selección médica.

d. Continuidad en el pago de siniestros abiertos en póliza colectiva

La continuidad de pago de siniestros abiertos en la póliza colectiva se dará siempre y cuando el padecimiento se encuentre cubierto en las condiciones generales de la presente póliza y el cúmulo de gastos por siniestro rebase el deducible contratado al momento de la reducción o incremento, la continuidad se dará cuando el siniestro haya ocurrido en fecha posterior a la contratación de la cobertura de protección garantizada de lo contrario quedará sujeta a la cláusula de preexistencia de la presente póliza.

e. Renovación de contratos realizados en forma colectiva

Para aquellos contratos realizados en forma colectiva, la renovación quedará sujeta a la renovación de la cobertura básica en La aseguradora.

El derecho de la contratación de la póliza individual con reducción de deducible no aplica en caso de cancelación de la cobertura básica o cambio de ésta a otra compañía de seguros.

9.13. Estudiantes en el extranjero

Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que por motivos de estudios en el extranjero tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de emergencia.

El efecto de esta cobertura cesará cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero y no sea considerada emergencia médica.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad.

Suma Asegurada: el equivalente en Moneda Nacional a US \$100,000.00

Deducible: el equivalente en Moneda Nacional a US \$100.00

Coaseguro: no aplica

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos que se aplicará para el pago de la reclamación, será el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atienda el evento.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, incluyendo las complicaciones del embarazo y recién nacido prematuro.

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el punto 10.3. moneda, del apartado cláusulas contractuales.

Al contratar esta cobertura la cobertura de asistencia en viajes opera con los mismos efectos y por la vigencia que esta cobertura tenga.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que al menos un ascendiente de los estudiantes este Asegurado en la compañía con una póliza individual de gastos médicos mayores.

9.13.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

9.13.1.1. Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.

9.13.1.2. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.13.1.3. Tratamientos de rehabilitación.

9.13.1.4. Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.

9.14. Incremento de la Suma Asegurada

Su contratación debe especificarse en la póliza.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado quedará cubierto por los gastos que excedan el deducible de esta cobertura bajo el siguiente alcance:

Suma Asegurada:	25,500 UMAM
Deducible:	26,000 UMAM
Coaseguro:	No aplica

9.14.1. Exclusiones:

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, incluyendo las complicaciones del embarazo y recién nacido prematuro.

10. Apartado diez – Cláusulas generales

10.1. Cláusulas de interés para el Asegurado

10.1.1. Altas de asegurados

El alta de asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

- a)** Los hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza quedarán cubiertos desde el momento del nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando se haya notificado a la aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento. De no haber sido notificado dicho evento dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la aseguradora, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite La aseguradora.
- b)** En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.
- c)** Si el Asegurado titular contrae matrimonio, la inclusión de su cónyuge quedará sujeta a la aprobación por parte de la aseguradora, debiéndose llenar el cuestionario médico correspondiente y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite La aseguradora.
- d)** En el caso de que alguna persona adquiera el carácter de concubino dentro de la vigencia de la póliza en términos de la disposición civil vigente, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de la aseguradora, debiéndose llenar el cuestionario médico correspondiente y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite la aseguradora.

En los casos de los párrafos precedentes, se requerirá que el Asegurado titular lo notifique por escrito a la aseguradora anexando copia certificada de cada acta de nacimiento o de matrimonio, según sea el caso. Así mismo, se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente del nuevo Asegurado.

10.1.2. Baja de asegurados

Causarán baja de la presente póliza las personas que determine el Contratante, para lo cual se obliga a comunicarlo por escrito y en forma inmediata a la aseguradora, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha de dicha comunicación

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, no operará el periodo de beneficio y la aseguradora devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún siniestro para el mismo.

El Asegurado que cause baja de la presente póliza podrá ser Asegurado nuevamente siempre y cuando cumpla con los requerimientos de selección médica al momento de la solicitud.

10.1.3. Edad

10.1.3.1. Para efecto de la presente póliza, los límites de aceptación son desde el nacimiento hasta los 69 años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección vitalicia siempre y cuando realice el pago correspondiente de la prima y la renovación de su contrato sea consecutiva sin periodos al descubierto.

10.1.3.2. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.

10.1.3.3. Inexactitud en la indicación de la edad

Si a consecuencia de una inexacta declaración, la edad real de alguno o algunos de los asegurados, al momento de la celebración o en su caso la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para esos asegurados y la aseguradora reintegrará al Contratante el 70% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, conforme al artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, la aseguradora reembolsará el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del periodo de seguro en curso, las primas anteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

La aseguradora se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, La aseguradora deberá anotarlo en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

10.1.4. Forma de pago

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

Las primas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan como pudiera ser de manera enunciativa más no limitativa, por medio de tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

10.1.5. Ocupación

El Asegurado deberá comunicar por escrito a la aseguradora cualquier cambio de ocupación, a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes al momento en que este ocurra. Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a la aseguradora, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación.

La aseguradora, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo. En caso de no darse aviso a la aseguradora y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro, La aseguradora no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamación que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

10.1.6. Periodo de beneficio

La aseguradora pagará los gastos complementarios por cada enfermedad y/o accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud biológica del Asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada.
- b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado renueva su póliza de seguro de gastos médicos individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prórroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el Asegurado y aceptado por La aseguradora. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la cobertura básica.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.
- d) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

10.1.7. Periodo de gracia

Lapso convenido de tiempo contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza, quedando el pago de los siniestros ocurridos durante dicho periodo, que resulten procedentes bajo el sistema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de pago directo.

10.1.8. Primas

La prima de la presente póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza, zona de contratación, Suma Asegurada, coberturas contratadas, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, edad, sexo y ocupación de cada uno de ellos y en su caso, la extraprima correspondiente; y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y sexo de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente. Así mismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

La aseguradora no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciera, ello no establece precedente ni obligación alguna para La aseguradora.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, La aseguradora podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Con la contratación de un seguro de gastos médicos mayores el Asegurado y/o contratante tendrá derecho a deducciones, tal y como lo establecen los artículos 109 y 176 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

10.1.9. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto por los puntos 10.1.7 periodo de gracia y 10.1.8 primas, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los treinta días siguientes al término del periodo de gracia, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado. Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

En este caso, la aseguradora ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Bajo ninguna circunstancia la aseguradora responderá de enfermedades o accidentes ocurridos dentro del periodo comprendido entre el vencimiento del aludido periodo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

10.1.10. Reconocimiento de antigüedad

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida en La aseguradora o en otra compañía de seguros, en una póliza de gastos médicos mayores.

Para considerar un periodo de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a la aseguradora que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado, fue(ron) pagada(s), siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayo a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

No podrán eliminarse o reducirse los periodos de espera de SIDA, padecimientos preexistentes, cirugía bariátrica, recién nacidos, padecimientos congénitos, recién nacidos prematuros, maternidad, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y el apartado de cobertura del contrato por enfermedad descritos en los puntos 4.6.1., 4.6.2., 4.6.3., 4.6.4., 4.6.5., 4.6.12., 4.6.14., 4.6.16. y 10.2.10. de estas condiciones generales.

10.1.11. Régimen fiscal

El régimen fiscal de la presente póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago del siniestro.

10.2. Cláusulas operativas

10.2.1. Agravación del riesgo

El costo de la póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para cada Asegurado, por lo que si cualquiera de ellos cambia de ocupación, inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud, puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, La aseguradora podrá cobrar la extra-prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo (artículo 47 Y 52 de Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si el Asegurado no avisa por escrito a la aseguradora y si dicha agravación influye en el siniestro, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

10.2.2. Cancelación

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de la aseguradora y/o su representante para tales efectos.

En este caso la aseguradora devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación. El monto correspondiente a la prima objeto de cancelación se encontrará a disposición del contratante a los 10 días hábiles posteriores de que la aseguradora reciba su solicitud.

Esta póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en la presente póliza, cesando los efectos del contrato a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

10.2.3. Rescisión del contrato

La aseguradora podrá rescindir el presente contrato, en términos de lo previsto en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en los siguientes casos:

- a) Que el Contratante o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión. En este caso, se devolverá al Contratante el 60 % de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza. De ser así, la aseguradora comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.
- b) Esta póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en esta póliza, cesando los efectos del contrato a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.
- c) Si el Contratante decide dar por terminado el contrato en cualquier momento después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza. En este caso, la aseguradora devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación.
- d) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas condiciones generales.

10.2.4. Modificaciones al contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y la aseguradora.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por La aseguradora, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato. En caso de que el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerden con la oferta, se podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reciba la póliza, de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a la aseguradora por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de La aseguradora llegase a ser diferente de la que conste en la póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la aseguradora prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

10.2.5. Lugar de pago

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de la aseguradora, contra la entrega del recibo correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante, en este caso, hasta en tanto la institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago. En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo a la cuenta

bancaria o tarjeta de crédito, el seguro cesará sus efectos siendo efectiva la cancelación de la póliza a partir del inicio del periodo al que corresponde el adeudo de la prima.

10.2.6. Residencia

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a la aseguradora el lugar de residencia de los asegurados dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado titular.

En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses, y se haya contratado alguna cobertura con beneficio en el extranjero, deberá avisarse anticipadamente a la aseguradora, a fin de que se calcule y emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho, o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la República Mexicana no será cubierto por la póliza.

La aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia, o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la reclamación para atención fuera del territorio nacional.

Este apartado no aplica para los hijos estudiantes en el extranjero hijos del Asegurado titular siempre y cuando contrate su cobertura de estudiantes en el extranjero.

10.2.7. Cambio de plan

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de plan o producto, podrá solicitarlo, sólo en la renovación y por escrito, reconociéndose así su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra. La aseguradora, se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio de plan, quedarán cubiertos conforme los límites y condiciones generales establecidas en la póliza o en los endosos que se emitan eventualmente como consecuencia de dicho cambio.

Los padecimientos y/o diagnósticos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la(s) póliza(s) anterior(es).

10.2.8. Terminación del contrato

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la póliza, o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

10.2.8.1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante.

10.2.8.2. El término del periodo de gracia antes del pago de la prima vencida o de cada una de las fracciones de la misma pactadas en este contrato, salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

10.2.8.3. Que el Contratante o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión.

10.2.9. Vigencia del contrato

El contrato estará vigente durante el periodo pactado que aparece en la póliza, siempre que la prima vencida sea pagada dentro del periodo convenido.

10.2.10. Cobertura del contrato

Los asegurados inscritos en la póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente amparado, a partir del a fecha inicial de vigencia estipulada en póliza.

La cobertura por enfermedad o tratamiento, quedará amparada transcurridos los primeros 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro; el periodo de espera antes señalado no será aplicable en los casos de enfermedad o tratamiento derivados de emergencia médica.

10.3. Cláusulas contractuales

10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente

En caso de que la aseguradora notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación, éste podrá solicitar un arbitraje médico, previo acuerdo entre ambas partes, con el fin de garantizar la objetividad e imparcialidad y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esa instancia, la aseguradora y el reclamante aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y sujetarse a los procedimientos y resoluciones del citado arbitraje. Por este hecho se considerará que renuncian a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la aseguradora.

10.3.2. Comisión o compensación directa

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la aseguradora 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 aseguradora 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.

10.3.3. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la unidad especializada de la aseguradora.

10.3.4. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deberán dirigirse por escrito al domicilio social de la aseguradora estipulado en la póliza.

Las comunicaciones que la aseguradora haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este último haya proporcionado para los efectos de la presente póliza.

10.3.5. Interes moratorio

En caso de que la aseguradora, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

10.3.6. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la aseguradora, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el diario oficial de la federación, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

10.3.7. Notificaciones

Toda reclamación o notificación relacionada con el contrato de seguro deberá hacerse por escrito y dirigirse a la aseguradora al domicilio que se hace constar en la póliza.

El Contratante deberá notificar por escrito a la aseguradora cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que la aseguradora deba hacer al Contratante, tendrán validez si se hacen en la última dirección que ésta conozca.

10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a la aseguradora, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (artículo 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, La aseguradora quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a la aseguradora por el Contratante.

10.3.9. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de la póliza de seguro prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La aseguradora 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

10.3.10. Responsabilidad

El Asegurado acepta que la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera derivar del servicio médico recibido, será exclusiva y directa de los médicos y prestadores de servicios que los realizaron, en términos de la Legislación Civil que les sea aplicable.

En ningún caso la aseguradora será responsable ante el Asegurado, asegurados dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad amparada.

10.3.11. Rectificación de la póliza

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el artículo 25 del propio ordenamiento que textualmente dice: "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". Este derecho se hace extensivo a "el Contratante".

10.3.12. Renovación

El Asegurado podrá renovar su contrato en cualquiera de los planes que se encuentren vigentes al momento de su renovación.

La renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- No implicará modificación de los periodos de espera.
- No considerará los límites de edades de aceptación.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la aseguradora.

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con la aseguradora.

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.