

**CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL
Y/O FAMILIAR INBURMEDIC**

Av. Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, C.P. 14060, México, D.F., Teléfonos de atención en el Distrito Federal y su Área Metropolitana el 54-47-8000 y desde el interior de la República el 01-800-90-90000.

Índice

| | Página |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Capítulo 1. Definiciones. | 1 |
| Capítulo 2. Objeto del Seguro. | 4 |
| Capítulo 3. Coberturas y Servicios. | 4 |
| 3.1. Cobertura Básica. | 4 |
| 3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos. | 4 |
| 3.1.2. Gastos Hospitalarios. | 5 |
| 3.1.3. Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos. | 5 |
| 3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital. | 6 |
| 3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera. | 6 |
| 3.2. Servicios de Asistencia Médica. | 7 |
| 3.3. Coberturas Adicionales. | 7 |
| 3.3.1. Emergencia Internacional. | 7 |
| 3.3.2. Cobertura Internacional. | 7 |
| 3.3.3. Gastos Funerarios. | 8 |
| 3.3.4. Enfermedades Graves (SEVI). | 8 |
| 3.3.5. Muerte Accidental. | 8 |
| 3.3.6. Pérdida de Miembros. | 9 |
| 3.3.7. Previsión Familiar. | 9 |
| 3.3.8. Maternidad. | 9 |
| 3.3.9. Ambulancia Aérea. | 10 |
| 3.3.10. Exención de Deducible por Accidente. | 10 |
| 3.3.11. Disminución de Coaseguro por Enfermedad Cubierta en Pago Directo. | 10 |
| 3.3.12. Atención por Accidente en Hospitales Restringidos. | 10 |
| 3.3.13. Paquete Plus. | 10 |
| 3.3.14. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero. | 11 |
| 3.4. Edades de Contratación para Pólizas Nuevas y de Renovación. | 12 |
| 3.4.1. Para la Cobertura Básica y Coberturas Adicionales: Emergencia Internacional, Cobertura Internacional, Ambulancia Aérea, Exención de Deducible por Accidente, Disminución de Coaseguro en Pago Directo, Atención por Accidente en Hospitales Restringidos y Enfermedades Catastróficas en el Extranjero. | 12 |
| 3.4.2. Para la Cobertura Adicional de Gastos Funerarios. | 12 |
| 3.4.3. Para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI). | 13 |
| 3.4.4. Para las Coberturas Adicionales de Muerte Accidental y Pérdida de Miembros. | 13 |
| 3.4.5. Para la Cobertura Adicional de Previsión Familiar. | 13 |
| 3.4.6. Para la Cobertura Adicional de Maternidad. | 13 |
| 3.4.7. Para la Cobertura Adicional de Paquete Plus. | 13 |
| 3.5. Descuentos. | 13 |
| 3.5.1. Descuentos para Asegurados Nuevos en la Compañía. | 13 |
| 3.5.2. Descuentos para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI). | 13 |
| Capítulo 4. Exclusiones. | 13 |
| 4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas. | 13 |
| 4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales. | 16 |
| 4.2.1. Emergencia Internacional. | 16 |
| 4.2.2. Cobertura Internacional. | 16 |
| 4.2.3. Gastos Funerarios. | 16 |
| 4.2.4. Enfermedades Graves (SEVI). | 16 |
| 4.2.5. Muerte Accidental. | 16 |
| 4.2.6. Previsión Familiar. | 16 |
| 4.2.7. Maternidad. | 16 |
| 4.2.8. Ambulancia Aérea. | 17 |
| 4.2.9. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero. | 17 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado. | 17 |
| 5.1. Deducible. | 17 |
| 5.2. Coaseguro. | 17 |
| Capítulo 6. Reclamación de Siniestros. | 17 |
| 6.1. Aviso. | 17 |
| 6.2. Pago de Indemnizaciones. | 18 |
| 6.3. Cobertura Básica. | 18 |
| 6.3.1. Pago por Reembolso. | 18 |
| 6.3.2. Pago Directo. | 19 |
| 6.4. Obligaciones del Asegurado aplicables al punto 3.2. "Servicios de Asistencia Médica". | 19 |
| 6.5. Coberturas Adicionales. | 19 |
| 6.5.1. Emergencia Internacional y Cobertura Internacional. | 19 |
| 6.5.2. Gastos Funerarios. | 20 |
| 6.5.3. Enfermedades Graves (SEVI). | 20 |
| 6.5.4. Muerte Accidental. | 20 |
| 6.5.5. Pérdida de Miembros. | 21 |
| 6.5.6. Previsión Familiar. | 21 |
| 6.5.7. Maternidad. | 21 |
| 6.5.8. Ambulancia Aérea. | 21 |
| 6.5.9. Exención de Deducible por Accidente. | 21 |
| 6.5.10. Disminución de Coaseguro en Pago Directo. | 21 |
| 6.5.11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos. | 21 |
| 6.5.12. Paquete Plus. | 21 |
| 6.5.13. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero. | 21 |
| Capítulo 7. Cláusulas Generales. | 22 |
| 7.1. Contrato. | 22 |
| 7.2. Modificaciones al contrato. | 22 |
| 7.3. Vigencia. | 22 |
| 7.4. Terminación anticipada del contrato. | 22 |
| 7.5. Periodo de beneficio. | 22 |
| 7.6. Cambio de plan. | 22 |
| 7.7. Agravación del riesgo. | 22 |
| 7.8. Omisiones o inexactas declaraciones. | 22 |
| 7.9. Renovación automática. | 22 |
| 7.10. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados. | 23 |
| 7.11. Comunicaciones. | 23 |
| 7.12. Moneda. | 23 |
| 7.13. Competencia. | 23 |
| 7.14. Arbitraje médico. | 24 |
| 7.15. Prescripción. | 24 |
| 7.16. Primas. | 24 |
| 7.17. Reinstalación automática Suma Asegurada. | 25 |
| 7.18. Rehabilitación. | 25 |
| 7.19. Otros seguros. | 25 |
| 7.20. Indemnización por mora. | 25 |
| 7.21. Revelación de comisiones. | 26 |
| 7.22. Legislación aplicable. | 26 |
| Glosario. | 27 |
| Glosario de Artículos. | 28 |

Capítulo 1. Definiciones.

Accidente.

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

Accidente Cubierto.

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

Anestesiólogo.

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Asegurado(s).

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

Asegurado Titular.

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

Beneficiario.

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

Por lo que respecta a la cobertura adicional de Gastos Funerarios, se designa como Beneficiario en primer lugar, a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a los servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado afectado, y como Beneficiarios en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, a las personas designadas con tal carácter, cuyos datos aparecen en el Endoso de Beneficiarios correspondiente.

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

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

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe de las coberturas adicionales de Gastos Funerarios, Muerte Accidental y/o Enfermedades Graves (SEVI) se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

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

En el caso de que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de las coberturas de Gastos Funerarios y/o Muerte Accidental señalado en la carátula de esta póliza al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

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

“Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

Carta Pase.

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

Coaseguro.

Es el porcentaje establecido en la carátula de esta póliza a cargo de cada Asegurado, correspondiente a su participación sobre el monto total de los gastos médicos cubiertos por cada Enfermedad Cubierta, una vez descontado el Deducible.

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

Tratándose de Accidentes Cubiertos no se aplica Coaseguro, sin embargo, en tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, se aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta señalado en la carátula de esta póliza, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

Compañía.

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

Contratante.

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

Deducible.

Cantidad fija a cargo del Asegurado, señalada en la carátula de esta póliza, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos. Una vez que dichos gastos han rebasado este monto, comienza la obligación de la Compañía.

Dependientes Económicos o Familia del Asegurado Titular.

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

Diagnóstico.

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

Emergencia Médica.

Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata, entre los cuales de forma enunciativa mas no limitativa se consideran la afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass, enfermedad vascular cerebral, infarto agudo al miocardio, parálisis/paraplejía y cualquier Politraumatismo, entre otros, los que afecten la función de la rodilla y/o de la columna vertebral.

Endoso.

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

Enfermedad.

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

Enfermedad Cubierta.

Aquella Enfermedad que se manifieste 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza o de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado.

Se considerarán dentro de un mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico de dicho padecimiento, **salvo aquellas complicaciones de enfermedades no cubiertas.**

Enfermero.

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

Fecha de Ocurrencia del Siniestro.

Se considerará como tal, la fecha en que el Asegurado efectuó el primer gasto relacionado con un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Cabe mencionar, que este gasto debe estar amparado por una factura y/o recibo de honorarios con los requisitos fiscales vigentes a la fecha de expedición del mismo.

Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

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

Hospital.

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

Hospitalización.

Estancia continua en un Hospital siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable, para la atención de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Indemnización.

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

Índice de Masa Corporal.

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

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

Médico.

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

Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.

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

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

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

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula 7.14. "Arbitraje médico".

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

Padecimientos Congénitos.

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

Padecimiento(s) Crónico(s).

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

Pago Directo.

Es el servicio que elige el Asegurado, a través del cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de servicios que aquél haya elegido y contratado, siempre y cuando se encuentren dentro de la Red Médica, los gastos médicos cubiertos resultantes de la atención médica y hospitalaria que reciba a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, quedando únicamente a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y los excluidos en esta póliza, así como el Deducible y el Coaseguro indicados en la carátula de esta póliza que correspondan conforme a estas condiciones generales.

Período al Descubierta.

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

Período de Espera.

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

Perito Médico.

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

Politraumatismo.

Múltiples lesiones graves traumáticas y/o quemaduras producidas por un mismo accidente; con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pongan en peligro la vida, un órgano o una función.

Prótesis.

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

Reconocimiento de Antigüedad.

Es el período ininterrumpido en el que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos similar a la de esta póliza, en otra institución de seguros. Previa autorización de la Compañía, dicho período se podrá utilizar exclusivamente para disminuir o eliminar los Periodos de Espera de esta póliza. **En ningún caso, el Reconocimiento de Antigüedad, implica cubrir gastos de Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.**

Red Médica.

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

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

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

Reembolso.

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

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

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía señalada en la carátula de esta póliza para cada cobertura y aplicable por Accidente o Enfermedad Cubiertos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza.

Tabulador Médico.

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

Capítulo 2. Objeto del Seguro.

Si como consecuencia de una Emergencia Médica, Accidente o Enfermedad Cubiertos, se realizaren alguno de los gastos médicos descritos en el punto 3.1. "Cobertura Básica" de esta póliza y el Asegurado así lo solicite, la Compañía reembolsará el costo de los mismos o, en caso de que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica, y el Asegurado así lo elija, la Compañía pagará directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en las cláusulas adicionales que formen parte de este seguro.

No aplicará ningún Período de Espera en caso de Accidente Cubierto o Emergencia Médica.

La Compañía, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia de esta póliza, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- A) El agotamiento de la Suma Asegurada;
- B) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de esta póliza y el periodo de beneficio establecido en la cláusula 7.5. "Periodo de beneficio", o
- C) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente o Enfermedad Cubiertos que haya afectado al Asegurado.

Capítulo 3. Coberturas y Servicios.**3.1. Cobertura Básica.**

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

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

3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos.

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente o Enfermedad Cubiertos, que por prescripción de un Médico, sean necesarios para el tratamiento y Diagnóstico del Accidente o

Enfermedad mencionados, **siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos:**

3.1.2. Gastos Hospitalarios.

- A) El costo de un cuarto privado estándar con baño y alimentos proporcionados al Asegurado. En caso de contratar la modalidad Amplia de acuerdo a lo establecido en el punto 3.1.3. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos", inciso A), subinciso 3), el Asegurado tendrá derecho a una habitación tipo suite.
- B) Cama extra para un acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en el Hospital.
- C) La estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- D) Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
- E) El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
- F) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, que resulten a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.
- G) En caso de intervención quirúrgica amparada donde se requiera el trasplante de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea, quedarán cubiertos los gastos del donador con un límite de \$100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.).

En ningún caso se cubren las pruebas de compatibilidad, ya sean del donador final o de posibles donadores, además aplican las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.

3.1.3. Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

- A) Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.

Los honorarios de los Médicos que no pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos y visitas hospitalarias.

El límite por este concepto se determinará en función del plan contratado, el cual deberá aparecer en la carátula de esta póliza y está determinado de acuerdo a las siguientes modalidades:

- 1) Con Tabulador Médico: Los honorarios de cirujano serán cubiertos aplicando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en el Tabulador Médico a la Suma Asegurada señalada en la carátula de esta póliza para este concepto. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el Tabulador Médico se valorarán por similitud a las comprendidas en éste.
- 2) Sin Tabulador Médico: La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Quirúrgicos será el monto elegido por el Asegurado e indicado en la carátula de esta póliza para esta modalidad.
- 3) Amplia: La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Quirúrgicos será hasta la Suma Asegurada contratada en la Cobertura Básica señalada en la carátula de esta póliza.

Tanto para los incisos 1) y 2) aplicarán las siguientes disposiciones:

Los Honorarios Médicos y de ayudantes, por intervención quirúrgica y/o consulta médica, quedarán sujetos, como máximo, a los porcentajes establecidos en el Tabulador Médico, aplicados sobre la cifra base procedente por la Compañía.

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

Si el cirujano efectúa otra(s) intervención(es) quirúrgica(s) en una región distinta del cuerpo del Asegurado en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la(s) siguiente(s) intervención(es) se pagarán al 50% de lo que marca el Tabulador Médico.

Si se requiere otra intervención quirúrgica de diferente especialidad en la misma sesión, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de acuerdo al monto establecido en el Tabulador Médico. En caso de un politraumatizado, el pago se hará de acuerdo a lo establecido en los párrafos anteriores, en este caso los honorarios del Anestesiólogo serán cubiertos únicamente hasta un máximo de 35% de lo procedente para la cirugía principal.

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

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

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

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

B) Honorarios de Anestesiólogo: se pagará como máximo el 30% de lo correspondiente al primer cirujano, salvo lo estipulado en el párrafo de las disposiciones de los incisos 1) y 2) del punto 3.1.3. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos".

C) Honorarios de ayudantes: se pagará como máximo al primer ayudante el 20% de los honorarios del primer cirujano; al segundo ayudante el 10% de los honorarios de dicho cirujano.

El pago de los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos que deba efectuar la Compañía, en ningún caso excederá los importes y porcentajes señalados en la carátula de esta póliza.

D) Honorarios por consultas médicas intrahospitalarias, externas o a domicilio, quedarán cubiertos hasta el límite por día indicado en la carátula de esta póliza, con un máximo de una consulta diaria.

3.1.4. Gastos dentro o fuera del Hospital.

A) Medicamentos, siempre que sean prescritos por el Médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad Cubiertos y, tratándose de gastos fuera del Hospital, se acompañe el comprobante original de la farmacia, con la receta correspondiente.

B) Análisis de laboratorio, estudios con rayos X, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, o de cualquier otro indispensable(s) para el Diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando sean indicados por el Médico tratante.

C) Honorarios de Enfermero a domicilio, siempre y cuando la asistencia sea indicada por el Médico tratante. Los honorarios por este concepto serán cubiertos hasta el límite por turno indicado en la carátula de esta póliza con un máximo de 60 (sesenta) días.

Quedan excluidos los honorarios de Enfermero intrahospitalario cuando su servicio no haya sido previamente autorizado por la Compañía, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.

D) Consumo de oxígeno.

E) Renta o compra de aparatos auditivos, ortopédicos y/o Prótesis, **siempre y cuando sean consecuencia o complicación de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, sean prescritos por el Médico tratante, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. Sólo estarán cubiertas las Prótesis dentales, como consecuencia de un Accidente Cubierto.**

Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos con un máximo de 2 (dos) pares por año.

F) El transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado del Asegurado desde o hacia el Hospital, previa indicación del Médico tratante y hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos.

G) Tratamientos con radio-terapia, fisio-terapia o inhaloterapia, siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos tratantes.

H) La renta de equipo para recuperación, incluyendo cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, respiradores artificiales, pulmón de acero o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno, siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante.

3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para los Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera de los padecimientos y tratamientos quirúrgicos que se indican a continuación, es la Suma Asegurada de la Cobertura Básica señalada en la carátula de esta póliza, salvo lo indicado en el inciso C) de este numeral.

A) Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del primer año de vigencia continua de esta póliza para cada Asegurado **excepto para lesiones provenientes de Politraumatismo, en cuyo caso no aplicará dicho período de espera:**

- 1) Amigdalectomía y adenoidectomía.
- 2) Cataratas.
- 3) Enfermedad acidopéptica (esofagitis, gastritis, duodenitis, úlcera gástrica y úlcera duodenal).
- 4) Eventraciones, hernias y hernioplastias.
- 5) Hallux valgus (juanetes).
- 6) Insuficiencia venosa.
- 7) Litiasis del aparato genitourinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.
- 8) Padecimientos anorectales.
- 9) Padecimientos y cirugía de vesícula y vías biliares.

B) Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del segundo año de vigencia continua de esta póliza para cada Asegurado **excepto para lesiones provenientes de Politraumatismo, en cuyo caso no aplicará dicho período de espera:**

- 1) Histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.
- 2) Padecimientos de nariz o senos paranasales.
- 3) Prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso perineal.
- 4) Tratamiento médico o quirúrgico de rodilla.
- 5) Tumoraciones mamarias.
- 6) Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, aplicando el Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta, señalados en la carátula de esta póliza, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

- 7) Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante Endoso expedido por la Compañía, quedarán cubiertos después del segundo año ininterrumpido de vigencia de esta póliza para cada Asegurado. Los padecimientos que no cumplan con lo estipulado en este punto, no quedarán cubiertos, aun cuando hayan transcurrido los 2 (dos) años de vigencia ininterrumpida.
- C) Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) estarán cubiertos después del cuarto año de vigencia continua de esta póliza para cada Asegurado, **siempre y cuando no se hubiese diagnosticado ni erogado gasto alguno por esta Enfermedad durante los primeros 4 (cuatro) años ininterrumpidos del período establecido en este inciso, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.**

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

3.2. Servicios de Asistencia Médica.

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

Los servicios consisten en:

- a) **Recomendaciones médicas vía telefónica**, se proporcionarán las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, en situaciones simples o de Emergencia Médica en donde el Asegurado será asesorado por un Médico vía telefónica que evaluará la situación, sin recetar medicamentos, ni emitir Diagnóstico alguno.
- b) **Acceso a una red privada de Médicos y proveedores de artículos de farmacia**, se proporcionarán descuentos en aquellos servicios médicos y especialidades médicas, que se encuentren disponibles, los descuentos se realizarán en tratamientos quirúrgicos, estudios en laboratorios, gabinete e imagen, así como en diversos artículos de farmacia.
- c) **Consulta médica domiciliada**, se proporcionará atención médica al Asegurado en el domicilio que éste lo solicite, para atender padecimientos no urgentes que requieran la presencia física de un Médico a precios preferenciales.

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

El Asegurado podrá consultar estos servicios en la página web www.medicalhome.com o a través de los teléfonos de atención de la Compañía.

3.3. Coberturas Adicionales.

3.3.1. Emergencia Internacional.

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

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

El Asegurado pagará por cada evento cubierto por esta cobertura, el Deducible por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica y señalado en la carátula de esta póliza, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

Para esta cobertura no se aplica Coaseguro en caso de un Accidente Cubierto, para cualquier otro evento aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica, señalado en la carátula de esta póliza.

3.3.2. Cobertura Internacional.

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

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

El Asegurado pagará por cada evento cubierto por esta cobertura, el Deducible por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica y señalado en la carátula de esta póliza, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

Para esta cobertura no se aplica Coaseguro en caso de un Accidente Cubierto, para cualquier otro evento aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica, señalado en la carátula de esta póliza.

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

- A) Los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- B) Cuarto y alimentos (diarios).
- C) Consultas o visitas médicas (diarias).
- D) Enfermero a domicilio (por turno).
- E) Ambulancia terrestre.

F) Maternidad, según lo indicado en el inciso A) del punto 3.3.8. "Maternidad".

G) Tope de coaseguro (por cada Enfermedad Cubierta).

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

3.3.3. Gastos Funerarios.

Cuando esta cobertura aparezca amparada en la carátula de esta póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada que se indica en la carátula de dicha póliza para cada Asegurado, en caso de que ocurra su fallecimiento durante la vigencia de la misma, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

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

3.3.4. Enfermedades Graves (SEVI).

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si al Asegurado se le diagnostica alguna de las siguientes Enfermedades Graves, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, señalada en la carátula de esta póliza, en una sola exhibición al comprobar el Diagnóstico de la Enfermedad. El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico de forma definitiva. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

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

La Suma Asegurada, señalada en la carátula de esta póliza, no se reinstalará para ningún padecimiento.

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

A) Infarto agudo al miocardio.

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

B) Cáncer.

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la Enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma maligno, los demás cánceres de piel quedan excluidos, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.**

El Diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

C) Enfermedad vascular cerebral.

Es la Enfermedad que produce secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

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

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.**

E) Insuficiencia renal.

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

F) Trasplante de órganos vitales.

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

G) Parálisis/Paraplejía.

La pérdida total y permanente del uso de 2 (dos) o más miembros como consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.

3.3.5. Muerte Accidental.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en la carátula de esta póliza para esta cobertura. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

3.3.6. Pérdida de Miembros.

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

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

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

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

Esta cobertura sólo opera en el caso de que se contrate la cobertura adicional de Muerte Accidental. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

3.3.7. Previsión Familiar.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si el Contratante estando asegurado y siendo éste el Asegurado Titular en esta póliza falleciera o se invalidara total y permanentemente a causa de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, la Compañía les eximirá del pago de las primas correspondientes durante 5 (cinco) años a los Asegurados vigentes en la póliza a partir de la prima que venza después de la fecha en que haya ocurrido el siniestro, manteniéndola en vigor bajo las mismas condiciones vigentes al ocurrir el mismo. Cualquier cambio de condiciones requerirá de la autorización del área de selección médica. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

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

Dicho período no aplica por Accidente, además aplicarán las exclusiones señaladas en el Capítulo 4.

En caso de que la invalidez total y permanente sea ocasionada por:

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

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

3.3.8. Maternidad.

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

- A) Parto o cesárea, incluyendo el óbito, hasta por el monto por el concepto de Maternidad indicado en la carátula de esta póliza sin aplicación de Deducible y Coaseguro.
El Período de Espera que opera para esta cobertura es de 12 (doce) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma con la Compañía.
Dentro de la Suma Asegurada señalada en la carátula de esta póliza y especificada para el concepto de Maternidad, se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.
- B) Para las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio aplicará el Período de Espera de 10 (diez) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma con la Compañía y, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta, señalados en la carátula de esta póliza:
 1. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (preeclampsia o eclampsia).
 2. Fiebre puerperal.
 3. Placenta previa.
 4. Placenta acreta.
 5. Hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.

6. Atonía uterina.
7. *Diabetes gestacional. Siempre que se inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste último adjuntar el documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante y el Diagnóstico.*

Dentro de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica señalada en la carátula de esta póliza, se incluirán los gastos de la Asegurada desde su ingreso hasta su alta hospitalaria, incluyendo los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.

- C) *Para las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio aplicará el Período de Espera de 30 (treinta) días a partir de la fecha de contratación de la misma con la Compañía y, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta, señalados en la carátula de esta póliza:*

1. *Embarazo extrauterino. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura.*
2. *Embarazo molar. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste adjuntar el estudio histopatológico.*
3. *Embarazo anembriónico. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste adjuntar el resultado del ultrasonido con el que se elaboró el Diagnóstico.*
4. *Huevo muerto retenido. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste adjuntar el resultado del ultrasonido con el que se elaboró el Diagnóstico.*

Dentro de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica señalada en la carátula de esta póliza, se incluirán los gastos de la Asegurada, desde su ingreso hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

- D) *Las Enfermedades de los recién nacidos quedarán cubiertas desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la madre biológica Asegurada y sean dados de alta en la misma dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento, pagando la prima correspondiente. Incluye los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas.*

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

3.3.9. Ambulancia Aérea.

*En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto si a consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad donde se presente la Emergencia Médica no se cuente con los recursos médicos necesarios para su atención y el Médico tratante recomiende el traslado. Para que esta cobertura proceda deberá ser autorizada por la Compañía. Los límites para esta cobertura se indicarán en la carátula de esta póliza. Para esta cobertura no se aplica Deducible, **el Coaseguro aplicará independientemente de que la causa sea un Accidente o una Enfermedad Cubierta.***

3.3.10. Exención de Deducible por Accidente.

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

3.3.11. Disminución de Coaseguro por Enfermedad Cubierta en Pago Directo.

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

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

3.3.12. Atención por Accidente en Hospitales Restringidos.

Esta cobertura sólo podrá contratarse para el plan Inburmedic Con Restricción de Hospitales. En caso de contratarse el plan Inburmedic Sin Restricción de Hospitales, esta cobertura quedará excluida.

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

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

3.3.13. Paquete Plus.

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

1.- Complicaciones de Tratamientos o Procedimientos no Cubiertos.

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

- a) *Tratamientos o procedimientos terapéuticos de carácter estético o plástico.*
- b) *Tratamiento de calvicie, reducción de peso, anorexia, bulimia o esterilidad.*
- c) *Procedimientos terapéuticos o tratamiento de fertilidad, natalidad e infertilidad o impotencia sexual.*

d) *Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales.*

La Suma Asegurada será de \$500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.) aplicando el Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratados en la Cobertura Básica, señalados en la carátula de esta póliza.

2.- Consultas o Visitas Médicas Diarias.

El límite establecido en la carátula de esta póliza por este concepto se duplicará.

3.- Donación de Órganos.

Quedarán cubiertos los gastos médicos del donador, incluyendo las pruebas de compatibilidad, con un límite máximo de \$50,000.00 (cincuenta mil pesos 00/100 M.N.) totales, incluyendo cualquier tipo de gasto médico, en caso de que el Asegurado requiera alguna intervención quirúrgica amparada, donde se requiera el trasplante de alguno de los siguientes órganos:

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

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

4.- Indemnización Diaria por Hospitalización.

Si el Asegurado se viera incapacitado para realizar las actividades propias de su trabajo a causa de un Accidente o Enfermedad Cubiertos y se encontrara hospitalizado por prescripción médica por más de 24 (veinticuatro) horas en una clínica u Hospital, la Compañía pagará \$1,000.00 (mil pesos 00/100 M.N.) diarios, a partir del segundo día y como máximo 5 (cinco) días de Indemnización en la vigencia de la póliza.

5.- Tabulador Médico por Pago Directo.

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

6.- Tratamiento Psiquiátrico o Psicológico.

Se cubren las consultas psiquiátricas o psicológicas hasta un tope de \$5,000.00 (cinco mil pesos 00/100 M.N.) siempre que, a juicio del Médico tratante, sean necesarias por las siguientes causas:

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

3.3.14. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, la Compañía reembolsará al Asegurado afectado o a quien demuestre haber realizado algún gasto médico por su atención en territorio internacional, a consecuencia de alguno(s) de los padecimientos que se indican a continuación:

- A) **Enfermedades neurológicas, vasculares cerebrales y cerebrales:** quedarán cubiertos sólo los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de Enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, tumores o malformaciones del aparato circulatorio localizado en el sistema nervioso central, así como Isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.
- B) **Enfermedad vascular cerebral:** cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.
- C) **Cirugía cardiaca incluyendo la angioplastia.**
- D) **Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.** Se incluye la cirugía reconstructiva solamente cuando sea a consecuencia de un cáncer cubierto en esta cobertura.
- E) **Los trasplantes de órganos que se indican a continuación:**
 - a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado, o alguna combinación de estos.
 - b) Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.

- Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
- Tumores de célula germin "gameto".

c) **Medula ósea alogénica para:**

- Anemia aplásica.
- Leucemia aguda.
- Inmunodeficiencia combinada severa.
- Síndrome de Wiskott-Aldrich.
- Osteoporosis infantil maligna (Enfermedad de Albers Schomberg u osteoporosis generalizada).
- Leucemia mielógena crónica.
- Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
- Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).
- Linfoma de no Hodking, Estado III o Estado IV.
- Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la medula ósea, en relación con un trasplante de tejido al Asegurado, a partir del primer gasto que se efectuó por dicho cultivo.

Se incluyen los servicios prestados durante el proceso de adquisición de órganos o tejido de un donante fallecido, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido al Asegurado. Éste incluye la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido.

Se incluyen los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al Asegurado. Los gastos cubiertos incluyen:

- I. Servicios prestados al donante en un Hospital o centro de trasplantes, por concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del lugar o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios.
- II. Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante.

F) Tratamiento médico quirúrgico por trauma mayor (lesiones orgánicas o metabólicas que pongan en riesgo la vida), incluyendo rehabilitación.

G) Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

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

El Asegurado pagará para esta cobertura en todos los casos el Deducible y el Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratados para la Cobertura Básica, señalados en la carátula de esta póliza.

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

- 1) Los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- 2) Cuarto y alimentos (diarios).
- 3) Consultas o visitas médicas (diarias).
- 4) Enfermero a domicilio (por turno).
- 5) Ambulancia terrestre.

La Suma Asegurada, señalada en la carátula de esta póliza, no se reinstalará para ningún padecimiento.

Esta cobertura no podrá contratarse cuando se tenga contratada la Cobertura Internacional.

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

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

La edad de aceptación será de 0 (cero) años hasta 64 (sesenta y cuatro) años, realizando la renovación vitalicia de esta póliza después del segundo año de vigencia ininterrumpida, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza, debiendo observarse al respecto lo que establecen dichas condiciones en los incisos a) al c) de la cláusula 7.9. "Renovación automática".

3.4.2. Para la Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de 0 (cero) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará para cada Asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada Asegurado alcance los 84 (ochenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

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

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

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

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

3.4.5. Para la Cobertura Adicional de Previsión Familiar.

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

3.4.6. Para la Cobertura Adicional de Maternidad.

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

3.4.7. Para la Cobertura Adicional de Paquete Plus.

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

3.5. Descuentos.

3.5.1. Descuentos para Asegurados Nuevos en la Compañía.

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

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

Descuento de no Fumador.

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

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

Descuento de Mujer.

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

Este descuento de edad podrá adicionarse, en su caso, con el de no fumador, hasta un total de 5 (cinco) años respetando la edad mínima de cálculo de 20 (veinte) años.

Capítulo 4. Exclusiones.

4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas.

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

- 1. Cualquier Enfermedad que se presente dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de esta póliza, salvo que se trate de Accidentes Cubiertos o Emergencias Médicas, caso en el cual no aplicará ningún período de espera.**
- 2. Cualquier Accidente y/o Enfermedad no cubiertos en esta póliza, así como los Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, aún y cuando estén declarados en la solicitud, excepto los que cumplan con lo establecido en el punto 7), del inciso B), numeral 3.1.5. "Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera".**
- 3. Realizados fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 4. Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**

5. **Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos padecimientos psicológicos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
6. **Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Trastornos del sueño o de la conducta, síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de éstas.**
8. **Afecciones propias del embarazo, cesárea, parto, puerperio y legrados cualquiera que sea su causa, salvo lo establecido en el numeral 3.3.8. “Maternidad” del punto 3.3. “Coberturas Adicionales”.**
9. **Aborto(s).**
10. **Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones que no cumplan con lo señalado en el inciso C) de la sección 3.1.5. “Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera”.**
11. **Accidentes o Enfermedades que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
12. **Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de algún Accidente Cubierto.**
13. **Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, así como los desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún Accidente Cubierto.**
14. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
15. **Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.**
16. **Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.**
17. **Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.**
18. **Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.**
19. **Exámenes médicos para comprobar el estado de salud conocidos con el nombre de check-up.**
20. **Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual así como cualquiera de sus complicaciones.**
21. **Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.**
22. **Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.**
23. **Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional a los consignados en el inciso B) numeral 3.1.2. “Gastos Hospitalarios” de esta póliza.**
24. **Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.**

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

46. Cualquier Accidente o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Período al Descubierta así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.

4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales.

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

4.2.1. Emergencia Internacional.

Salvo lo indicado en la exclusión identificada con el numeral 3, del punto 4.1. “Exclusiones aplicadas a todas las coberturas”, quedan excluidos de esta cobertura los conceptos que se excluyen en la Cobertura Básica, además de los siguientes:

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

4.2.2. Cobertura Internacional.

Salvo lo indicado en la exclusión identificada con el numeral 3 del punto 4.1. “Exclusiones aplicadas a todas las coberturas”, quedan excluidos de esta cobertura los conceptos que se excluyen en la Cobertura Básica y en esta cobertura se excluirá cuando el Asegurado resida en el extranjero por más de 12 (doce) meses.

4.2.3. Gastos Funerarios.

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

4.2.4. Enfermedades Graves (SEVI).

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

4.2.5. Muerte Accidental.

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

4.2.6. Previsión Familiar.

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

4.2.7. Maternidad.

- 1) Cualquier complicación del embarazo salvo las mencionadas en la sección 3.3.8. “Maternidad”.**

- 2) **Complicaciones del embarazo derivadas de un tratamiento de esterilidad o infertilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.**

4.2.8. Ambulancia Aérea.

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

4.2.9. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero.

- 1) **No se consideraran como enfermedades catastróficas los siguientes padecimientos:**
- a. **Cánceres in-situ del cuello uterino.**
 - b. **Cánceres de la piel, a excepción del melanoma maligno.**
- 2) **No están cubiertos los gastos que se originen por:**
- a. **Trasplante de órganos cuando existan tratamientos o padecimientos quirúrgicos alternos que razonablemente garanticen la recuperación de la salud del Asegurado con menor riesgo de su vida que el procedimiento del trasplante.**
 - b. **Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.**
 - c. **Cuidado proporcionado por enfermeros o personal de asistencia en casos de sensibilidad o deterioro cerebral.**
- 3) **No se cubren los gastos de posibles donantes y compatibilidad que hayan sido rechazados.**

Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado.

5.1. Deducible.

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

No se aplicará ningún tipo de Deducible en las siguientes coberturas adicionales: Gastos Funerarios, Enfermedades Graves (SEVI), Muerte Accidental, Pérdida de Miembros, Previsión Familiar, Ambulancia Aérea y Maternidad, salvo lo especificado en los incisos B) y C) del punto 3.3.8. "Maternidad".

De acuerdo a lo establecido en el inciso B), subinciso 6) del punto 3.1.5. "Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera", se aplicará el Deducible por Enfermedad Cubierta señalado en la carátula de esta póliza, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

5.2. Coaseguro.

Se aplicará el Coaseguro que corresponda conforme a estas condiciones generales a todo gasto médico cubierto una vez descontado el Deducible señalado en la carátula de esta póliza que corresponda conforme a estas condiciones generales. La participación del Asegurado no será superior por cada Enfermedad Cubierta, al monto establecido como tope de coaseguro señalado en la carátula de esta póliza.

No se aplicará el Coaseguro señalado en la carátula de esta póliza en las siguientes coberturas adicionales: Cobertura Internacional (a consecuencia de un Accidente Cubierto), Emergencia Internacional (a consecuencia de un Accidente Cubierto), Gastos Funerarios, Enfermedades Graves (SEVI), Muerte Accidental, Pérdida de Miembros, Previsión Familiar, Maternidad salvo lo especificado en los incisos B) y C) del punto 3.3.8. "Maternidad".

De acuerdo a lo establecido en el inciso B), subinciso 6) del punto 3.1.5. "Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera", se aplicará el Coaseguro señalado en la carátula de esta póliza, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto.**

Capítulo 6. Reclamación de Siniestros.

6.1. Aviso.

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

6.2. Pago de Indemnizaciones.

Cuando se presente una reclamación por algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado se descontará primero la cantidad señalada en la carátula de esta póliza bajo el rubro de Deducible y después, si es aplicable conforme a estas condiciones generales, a la cifra resultante, se le descontará la cantidad que corresponda al Coaseguro señalado en la carátula de esta póliza.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado. Para el inciso C), del punto 3.1.5. "Gastos Médicos Cubiertos con Período de Espera", donde la Suma Asegurada está en función del salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, el número de veces de salario mínimo general mensual de la Suma Asegurada vigente a la fecha de inicio del padecimiento o de ocurrencia del Accidente permanecerá fija para el siniestro señalado en dicho numeral.

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

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

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

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

Los teléfonos de atención 24 horas son los siguientes:

Para el D.F. y su Área Metropolitana: 54 47 80 89.

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

6.3. Cobertura Básica.

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

6.3.1. Pago por Reembolso.

Los pagos de siniestros que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un Diagnóstico médico definitivo y haberse cubierto el Deducible señalado en la carátula de esta póliza que corresponda conforme a estas condiciones generales, en caso contrario éste se descontará del importe a indemnizar.

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la Indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.

- F. *Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.*
- G. *Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).*

6.3.2. Pago Directo.

Siempre que esta póliza se encuentre vigente, que el Asegurado cuente con un Diagnóstico médico definitivo, que los gastos incurridos rebasen el Deducible que corresponda conforme a estas condiciones generales, el cual se encuentra señalado en la carátula de esta póliza, que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica y que el Asegurado así lo elija, la Compañía podrá pagar directamente los gastos que resulten procedentes derivados de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.

Para que la Compañía pueda realizar el Pago Directo, éste deberá solicitarse por escrito o a través de los teléfonos de atención 24 horas, señalados en el numeral 6.2. "Pago de Indemnizaciones", acompañando el Diagnóstico médico definitivo, y también deberá haberse cubierto el Deducible señalado en la carátula de esta póliza que corresponda conforme a estas condiciones generales.

Si al ser valorados por el Médico y al contar con el Diagnóstico médico definitivo resulta que dicha atención está cubierta en los términos establecidos en esta póliza, la Compañía pagará a los prestadores de servicios elegidos por el Asegurado pertenecientes a la Red Médica los gastos incurridos, en caso contrario, el Asegurado deberá efectuar el pago de los mismos a dichos prestadores.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. *Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.*
- B. *Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.*
- C. *Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).*
- D. *Original de un comprobante de domicilio con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad del Asegurado y del reclamante, en su caso.*
- E. *Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.*
- F. *Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).*

Al operar el Pago Directo en caso de una Enfermedad Cubierta se aplicará una reducción tanto del Deducible por Enfermedad Cubierta como del tope de coaseguro por Enfermedad Cubierta señalados en la carátula de esta póliza de acuerdo al Endoso que se emita al efecto, para lo cual el Asegurado deberá contar con una Carta Pase emitida y autorizada por la Compañía.

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

Solicitud de Asistencia.

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Asegurado, deberá llamar a los teléfonos de atención 24 horas señalados en el numeral 6.2. "Pago de Indemnizaciones", facilitando los datos siguientes:

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

Normas Generales.

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

6.5. Coberturas Adicionales.

6.5.1. Emergencia Internacional y Cobertura Internacional.

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos, serán liquidados mediante Reembolso de los mismos en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un Diagnóstico médico definitivo y haberse cubierto el Deducible y el Coaseguro señalados en la carátula de esta póliza que correspondan conforme a estas condiciones generales, en caso contrario éste (éstos) se descontará(n) del importe a indemnizar.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la Indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el Ministerio Público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

6.5.2. Gastos Funerarios.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

- A. Copia certificada del acta de defunción.
- B. Copia simple del certificado de defunción.
- C. Copia certificada del acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

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

Del reclamante:

- A. Carta de reclamación.
- B. Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- C. En su caso, copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor.
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.3. Enfermedades Graves (SEVI).

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el reclamante.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso.
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original del Diagnóstico médico definitivo.

6.5.4. Muerte Accidental.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

- A. Copia certificada del acta de defunción.
- B. Copia simple del certificado de defunción.
- C. Copia certificada del acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

Del reclamante:

- A. Carta de reclamación.
- B. Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- C. En su caso, copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del Asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor.
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.5. Pérdida de Miembros.

El Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.6. Previsión Familiar.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el reclamante.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado Titular y del reclamante, en su caso.
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado Titular, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.7. Maternidad.

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

6.5.8. Ambulancia Aérea.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado "Aviso de Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el reclamante.
- B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

6.5.9. Exención de Deducible por Accidente.

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

6.5.10. Disminución de Coaseguro por Enfermedad Cubierta en Pago Directo.

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

6.5.11. Atención por Accidente en Hospitales restringidos.

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

6.5.12. Paquete Plus.

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

6.5.13. Enfermedades Catastróficas en el Extranjero.

El Asegurado se obliga a:

En caso de cirugía programada, a obtener por medio de la Red Médica un diagnóstico previo a un parte médico autorizado o designado por la Compañía, que determine la probable existencia de una Enfermedad Catastrófica, por lo menos con 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un Hospital o centro de trasplante.

En caso de Emergencia Médica se tendrá que notificar a la Compañía, su ingreso al Hospital o centro de trasplante durante las siguientes 24 (veinticuatro) horas.

Si la atención médica se coordina con la Red Médica de servicio en el extranjero, el Asegurado deberá pagar el Deducible y el Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratados para la Cobertura Básica, señalados en la carátula de esta póliza, este último con tope de U.S.C. \$10,000 (Diez mil Dólares de los Estados Unidos de América).

En atenciones dentro de la Red Médica en el extranjero, el Coaseguro mínimo a aplicar será de 10 (diez) puntos porcentuales, independientemente del Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica, señalado en la carátula de esta póliza.

Para atenciones médicas fuera de la Red Médica, el Asegurado deberá cubrir el Deducible y el doble del Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica, señalados en la carátula de esta póliza, este último con tope de U.S.C. \$20,000 (Veinte mil Dólares de los Estados Unidos de América).

En atenciones fuera de la Red Médica en el extranjero, el Coaseguro mínimo a aplicar será de 20 (veinte) puntos porcentuales, independientemente del Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratado para la Cobertura Básica señalado en la carátula de esta póliza.

Capítulo 7. Cláusulas Generales.

7.1. Contrato.

La solicitud de seguro, esta póliza, la carátula y los Endosos, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

7.2. Modificaciones al contrato.

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos Endosos, en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

7.3. Vigencia.

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

7.4. Terminación anticipada del contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante la prima total por el tiempo de vigencia no corrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

7.5. Período de beneficio.

En caso de que esta póliza se dé por terminada anticipadamente de conformidad con la cláusula 7.4. "Terminación anticipada del contrato" o esta no se renueve, y alguno de los Asegurados se encuentra recibiendo algún tipo de atención médica cubierta en esta póliza, solamente se indemnizarán los gastos médicos cubiertos que hayan sido generados en el curso de los siguientes 30 (treinta) días en que se lleve a cabo la terminación.

7.6. Cambio de plan.

Cuando el Asegurado cambie el plan contratado con la Compañía, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, sin limitar a la Compañía, para llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

7.7. Agravación del riesgo.

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tengan los riesgos amparados en esta póliza durante su vigencia, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo. (artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

7.8. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y el (los) Asegurado(s) está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

7.9. Renovación automática.

Esta póliza se considerará renovada por períodos de un año, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando el Contratante, notifique en la forma establecida en el punto 7.11. "Comunicaciones" de este Contrato, su voluntad de no renovarlo, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La Renovación automática se realizará de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a) Deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado. Asimismo, el nuevo contrato deberá prever un servicio de Red Médica y hospitalaria con una calidad, servicio y ubicación que sea similar con la originalmente contratada, de conformidad con los productos que estén registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en ese momento;
- b) Se actualizarán el Deducible y/o Coaseguro en cada renovación, que serán los que correspondan 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, y
- c) La Compañía se obliga a informar al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de esta póliza, los valores de la prima, Deducible y Coaseguro aplicables a la misma;

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

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

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

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán en base a la fracción que resulte aplicable del artículo 135 BIS de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.

- Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada, señalada en la carátula de esta póliza, que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el tiempo de la celebración del contrato.

7.11. Comunicaciones.

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

7.12. Moneda.

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

En caso de que los gastos realizados para la cobertura adicional de gastos funerarios se hayan satisfecho en moneda extranjera, así como cuando la Compañía tenga que realizar alguna indemnización derivada de las coberturas adicionales de Emergencia Internacional, Cobertura Internacional y Enfermedades Catastróficas en el Extranjero, las obligaciones a cargo de la Compañía se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en los Estados Unidos Mexicanos que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

7.13. Competencia.

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

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

7.14. Arbitraje médico.

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

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

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

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

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

Si los Asegurados optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o Enfermedad.

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

7.15. Prescripción.

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

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

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

7.16. Primas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

7.17. Reinstalación automática Suma Asegurada.

La Suma Asegurada indicada en la carátula de esta póliza, determina el límite máximo de responsabilidad que la Compañía pagará en cada Accidente o Enfermedad Cubiertos en términos de la póliza y/o Endosos correspondientes, incluyendo sus alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas o cuando éstas deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico con el que el Accidente o Enfermedad Cubiertos sean atendidos.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente a cada Asegurado, al suscitarse nuevos Accidentes o Enfermedades Cubiertos que sean independientes entre sí y ajenos a cualquier otro Accidente o Enfermedad Cubiertos ya existente y pagados.

La Suma Asegurada se reinstalará sin cobro adicional de primas, para que el Asegurado cuente nuevamente con la Suma Asegurada contratada para sufragar los gastos médicos en que incurra, para otros Accidentes o Enfermedades Cubiertos en esta póliza, que sean independientes entre sí, y ajenos a cualquier otro Accidente o Enfermedad Cubiertos ya existentes.

En ningún caso se reinstalará tanto para la presente vigencia como para vigencias anteriores o posteriores, la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo Accidente o Enfermedad Cubiertos, incluyendo sus alteraciones, recaídas, complicaciones y/o secuelas o cuando éstas deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico con el que el Accidente o Enfermedad Cubiertos fueron atendidos, que sean a consecuencia o en relación de otros ya existentes y pagados.

7.18. Rehabilitación.

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza por no haberse efectuado el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar su Rehabilitación y la Compañía la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y de Rehabilitación vigentes, y bajo los siguientes requisitos:

- a) Presentar los siguientes documentos:
 - 1) Carta de no siniestro a la fecha firmada por el Asegurado (en el formato establecido por la Compañía); y.
 - 2) Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Asegurado (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- b) Presentar los requisitos de asegurabilidad que la Compañía determine para la evaluación de su estado de salud.

Al ser autorizada la Rehabilitación, el Contratante pagará la prima correspondiente a la Compañía y ésta respetará la antigüedad del Asegurado.

Esta póliza se considerará rehabilitada a partir del día en que la Compañía lo autorice y dé a conocer al Contratante la aceptación de la Rehabilitación mediante la emisión del Endoso respectivo.

En ningún caso, la Compañía responderá por Accidentes y/o Enfermedades ocurridos durante el Período al Descubierta.

Únicamente se podrá rehabilitar con un máximo de 2 (dos) veces para todas las vigencias de una misma póliza.

7.19. Otros seguros.

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, sea por un seguro o la suma de varios. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra aseguradora, el Asegurado y/o los reclamantes deberán presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización. Esta cláusula no es aplicable a la cobertura adicional 3.3.3. "Gastos Funerarios" de estas condiciones generales.

7.20. Indemnización por mora.

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

7.21. Revelación de comisiones.

Durante la vigencia de esta póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 Compañía 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.

7.22. Legislación aplicable.

Este contrato se rige conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás regulación y normatividad que le resulte aplicable.

“Le recordamos que el “Aviso de Privacidad” de la Compañía se encuentra a su disposición en www.inbursa.com”.

Glosario.

1. **Adenoidectomía.**
Extirpación quirúrgica de adenoides.
2. **Amigdalectomía.**
Extirpación quirúrgica de las amígdalas. Cirugía para extraer las anginas.
3. **Bypass.**
Cirugía a corazón abierto. Conexión entre las arterias del corazón a través de puentes, con la finalidad de mantener una adecuada irrigación del órgano.
4. **Cálculos renales.**
Cálculo en cualquier parte de las vías urinarias. El cálculo es llamado comúnmente piedra, y suele estar compuesto de sales minerales.
5. **Cáncer.**
Es el crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales capaz de matar al huésped mediante su propagación desde el sitio de origen hasta lugares distantes, o a nivel local.
6. **Catarata.**
Opacidad del cristalino (parte del ojo), su cápsula o ambos.
7. **Cesárea.**
Extracción del feto (bebé), por medio de una incisión en el útero (matriz), a través del abdomen.
8. **Cistocele.**
Hernia de la vejiga que sale hacia la vagina.
9. **Colecistectomía.**
Extirpación de la vesícula biliar.
10. **Colelitiasis.**
Presencia de cálculos en los conductos biliares o en la vesícula biliar que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares.
11. **Colpoperineorrafia.**
Operación para reparar desgarros del piso (periné) de la vagina.
12. **Divertículos en colon.**
Presencia de divertículos en la pared del colon.
13. **Eclampsia.**
Coma y crisis convulsivas entre las 20 (veinte) semanas de la gestación y la primera posterior al parto.
14. **Embarazo anembriónico.**
Embarazo en el cual no se desarrolla un embrión
15. **Embarazo extrauterino o ectópico.**
Embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina (matriz).
16. **Embarazo molar.**
Embarazo en el cual en lugar de que el óvulo se desarrolle en un embrión, se transforma en una mola (aglomerado de células).
17. **Endometriosis.**
Capa de la matriz cuya localización se extiende de manera anormal a diversos sitios, (en toda la pelvis o en la pared abdominal).
18. **Enfermedad vascular cerebral.**
Es un trastorno de los vasos del cerebro por la lesión de éstos de causa isquémica (muerte de tejido) o hemorrágica. Suele ser secundario a Enfermedades ateroscleróticas (acumulación de placas de grasa que ocluyen los vasos), hipertensión, o una combinación de ambos.
19. **Eventraciones.**
Protrusión parcial del contenido abdominal a través de una abertura en la pared del abdomen.
20. **Fiebre puerperal.**
Infección del conducto del parto (matriz o vagina), después o durante el mismo evento.
21. **Hallux valgus.**
Desplazamiento del dedo gordo del pie hacia los otros dedos.
22. **Hemorroidectomía.**
Eliminación de hemorroides por una de varias técnicas (cirugía, congelamiento o ligadura).
23. **Hernioplastia.**
Operación quirúrgica para reparar una hernia (salida de órganos o tejidos).
24. **Hiperemesis gravídica.**
Náuseas y vómitos incontrolables durante el embarazo de intensidad y duración tal que provocan efectos en el organismo (cuerpo), como deshidratación y pérdida de peso; y que ameritan Hospitalización.
25. **Histerectomía.**
Extirpación quirúrgica del útero (matriz), a través de la pared abdominal o la vagina.
26. **Infarto agudo al miocardio.**
Muerte del músculo del corazón que por lo general resulta de la formación de un coágulo que se desprende y ocluye uno o más vasos del órgano.
27. **Insuficiencia renal.**
Incapacidad del riñón para eliminar productos de desecho de la sangre de forma normal.
28. **Miomectomía.**
Extirpación de una porción de músculo o tejido muscular. 2. Eliminación de un tumor miomatoso, por lo general uterino; casi siempre por vía abdominal, dejando el útero.
29. **Nefrectomía.**
Extirpación de un riñón por indicación médica a consecuencia de una Enfermedad.
30. **Óbito.**
Nacimiento de un feto (bebé), muerto.

31. **Parálisis.**
Suspensión temporal o pérdida permanente de la función, en especial pérdida de la sensación o movimiento voluntario.
32. **Preeclampsia.**
Enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión creciente (elevación de la presión arterial), dolor de cabeza, alteraciones renales y edema (acumulación de líquido), de las extremidades inferiores.
33. **Prolapso.**
Caída o descenso de un órgano o parte interna.
34. **Rectocele.**
Saliente o hernia de la pared vaginal posterior con la pared anterior del recto, a través de la vagina.
35. **Síndrome del túnel del carpo.**
Compresión del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano de la muñeca.
36. **Timpanoplastia**
Procedimiento diseñado para tratar un proceso inflamatorio crónico en el oído medio o restaurar la función de los mecanismos transmisores de sonidos.
37. **Tiroidectomía.**
Extirpación de la glándula tiroides.
38. **Tumoración mamaria.**
Crecimiento limitado o indiscriminado de células del tejido mamario.

Glosario de Artículos.

Ley sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 8º.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato”.

“Artículo 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado”.

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario”.

“Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”.

“Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8º, 9º y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro”.

“Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo”.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

“Artículo 36.- Las instituciones de seguros al realizar su actividad deberán observar los siguientes principios:

I.- Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a los sanos usos y costumbres en materia de seguros con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman;

II.- Determinar sobre bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;

III.- Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro así como en la determinación del importe de las primas y extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta del riesgo, y

IV.- Indicar de manera clara y precisa, en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la institución de seguros así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las instituciones de seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general.

V. En el caso de las instituciones de seguros que operan el ramo de salud, deberán contar con un Contralor Médico nombrado por el Consejo de Administración y ratificado por la Secretaría de Salud de acuerdo a los criterios que emita dicha Secretaría en donde se tomarán en cuenta, entre otros requisitos, la experiencia y conocimientos médicos, no tener parentesco por consanguinidad hasta el segundo grado, o afinidad, con el Director General de la institución, y no encontrarse en ninguno de los supuestos a que se refieren los incisos b), c), d), e), f), g) y h) del numeral 3 de la fracción VII Bis, del artículo 29 de esta Ley.

El Contralor Médico deberá, entre otras actividades, supervisar el cumplimiento del programa de utilización de los servicios médicos de la institución, el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que su cobertura sea apropiada, el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas aplicables derivadas de la Ley General de Salud y el seguimiento a las reclamaciones presentadas en contra de la institución, en los términos que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante disposiciones de carácter general, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.

El Contralor Médico deberá informar cuatrimestralmente de las obligaciones a su cargo, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud.

VI. En el caso de las instituciones de seguros que operen en el ramo de salud, deberán:

- a) Mantener los servicios médicos y hospitalarios ofrecidos, de tal manera que la infraestructura sea suficiente para satisfacer directa o indirectamente los contratos suscritos.*
- b) Informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria.*
- c) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado”.*

“Artículo 36-A.- *Para los efectos de lo dispuesto en la fracción II del artículo 36 de esta Ley, las instituciones de seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan, en una nota técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:*

- a) Las tarifas de primas y extraprimas;*
- b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas;*
- c) Las bases para el cálculo de reservas;*
- d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;*
- e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso;*
- f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;*
- g) Los procedimientos para calcular las tablas de valores garantizados, en los casos en que procedan;*
- h) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar; e*
- i) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.*

Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, previo el registro de las notas técnicas que al efecto lleve la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo que establece el artículo 36-D de esta Ley.

Las instituciones que realicen operaciones sin fundamento en la nota técnica a que se refiere este artículo, omitan su registro o desarrollen las operaciones en términos distintos a los que se consideren en la misma, serán sancionadas en los términos de esta Ley.

Cuando una institución de seguros otorgue una cobertura, en contravención a este artículo, que dé lugar al cobro de una prima o extraprima inferior a la que debería cubrirse para riesgos de la misma clase, que la institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le concederá un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación para que exponga lo que a su derecho convenga. Si dicha Comisión determina que ha quedado comprobada la falta, le ordenará a la empresa que dentro del término que señale, no mayor de treinta días naturales, corrija el documento de que se trate manteniendo la vigencia de la póliza hasta su terminación a su costa no pudiendo, en su caso, renovarse la póliza en las mismas condiciones.

En las coberturas de vida o de accidentes y enfermedades en que una institución de seguros cobre una prima o extraprima superior a la que debería cubrirse para los riesgos de la misma clase que la propia institución opere, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ajustándose al procedimiento citado en el párrafo anterior, si determina que ha quedado comprobada la falta, lo comunicará al contratante, asegurado o beneficiario o a sus causahabientes para que en un plazo de diez días a partir de la fecha de notificación, determine si se le devuelve el exceso cobrado y su rendimiento o se aumenta la suma asegurada. En caso de que no resuelva nada en el referido plazo, la Comisión ordenará a la institución la devolución del exceso cobrado y su rendimiento. Tratándose de coberturas de daños, la Comisión dará vista al interesado previamente y ordenará a la institución que devuelva el exceso cobrado y su rendimiento”.

“Artículo 36-B.- *Los contratos de seguros en que se formalicen las operaciones de seguros que se ofrezcan al público en general como contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos, por una institución de seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, deberán ser registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en los términos previstos en el artículo 36-D de esta Ley.*

Los referidos contratos de adhesión deberán ser escritos en idioma español y con caracteres legibles a simple vista para una persona de visión normal.

La citada Comisión registrará los contratos señalados y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una institución de seguros sin contar con el registro de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a que se refieren el presente artículo, así como el artículo 36-D de esta Ley, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes, contra la institución de seguros y nunca por ésta contra aquéllos”.

“Artículo 36-C.- *Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro”.*

"Artículo 36-D.- Las instituciones de seguros sólo podrán ofrecer al público las operaciones y servicios que esta Ley les autoriza, previo registro ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de sus productos. Los requisitos para obtener el referido registro serán establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante disposiciones de carácter general, las cuales observarán los siguientes principios generales:

I.- Tratándose de productos de seguros que se ofrezcan al público como contratos de adhesión:

a) Las instituciones deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como la documentación contractual a que se refiere el artículo 36-B de esta Ley, correspondientes a cada uno de los productos;

b) La nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos de lo previsto en los artículos 36 y 36-A de esta Ley y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante las disposiciones generales a que se refiere este artículo. Las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o acredite ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que tiene los conocimientos requeridos para este efecto;

c) La documentación contractual del producto deberá acompañarse de un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de esta Ley y demás disposiciones aplicables. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las disposiciones generales a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes suscriban dicho dictamen, y

d) La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución;

II.- Tratándose de productos de seguros distintos a los señalados en la fracción anterior:

a) Las instituciones deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de manera conjunta, la nota técnica a que se refiere el artículo 36-A, así como el proyecto de la documentación contractual correspondiente al producto. En el caso de que al celebrarse el contrato se modifique dicho proyecto, la documentación contractual definitiva deberá ser remitida a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes a su celebración, iniciando con ello nuevamente el plazo previsto en este artículo para que la Comisión pueda ejercer la facultad de suspender el registro del producto para subsecuentes contrataciones;

b) La nota técnica del producto deberá ser elaborada en términos previstos en el inciso b) de la fracción I del presente artículo, y

c) La solicitud de registro del producto de que se trate, deberá acompañarse de un análisis de congruencia entre la nota técnica y el proyecto de documentación contractual, el cual deberá ser suscrito tanto por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica, como por un abogado de la institución.

Los productos quedarán inscritos en el registro a partir del día en que se presenten a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas cumpliendo con los requisitos establecidos en el presente artículo, y la institución de inmediato podrá ofrecer al público los servicios previstos en el mismo.

El registro del producto no prejuzga en ningún momento sobre la veracidad de los supuestos en que se base la nota técnica ni la viabilidad de sus resultados;

Si la nota técnica o la documentación contractual de los productos de seguros registrados no se apega a lo dispuesto en los artículos 36, 36-A y 36-B de esta Ley, así como a las disposiciones de carácter general a las que se refiere este artículo, la Comisión en un plazo que no excederá de 30 días hábiles a partir de aquél en que le fue presentada, suspenderá el registro del producto. En este caso, la institución dejará de ofrecer y contratar la operación correspondiente hasta en tanto integre la nota técnica o la documentación contractual conforme a lo dispuesto en este artículo. Si la institución no presenta todos los elementos dentro de un término de 60 días hábiles a partir de aquél en que se le haya comunicado la suspensión del registro, el mismo quedará revocado.

Las operaciones que la institución haya realizado desde la fecha de registro hasta la de suspensión del mismo, o después de éste, deberán ajustarse a costa de la institución, a los términos correspondientes de la nota técnica o documentación contractual cuyo registro se haya restablecido y si la institución no la presenta y opera la revocación del registro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas ordenará las correcciones que conforme a lo dispuesto en la fracción I del artículo 36 de esta Ley procedan, ello con independencia de las sanciones que conforme a la presente Ley correspondan.

Cuando las operaciones que realicen las instituciones de seguros, obtengan resultados que no se apeguen razonablemente a lo previsto en la nota técnica correspondiente y, por ello, se afecten los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios así como la solvencia y liquidez de esas instituciones, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá revocar el registro de la nota técnica y, por ende, del producto de que se trate.

En este caso, la institución deberá adecuar la nota técnica a las condiciones que se hayan presentado en el manejo y comportamiento del riesgo cubierto y someterla nuevamente a registro. Si a juicio de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas no hubieren sido subsanadas las deficiencias de la nota técnica, ordenará las modificaciones o correcciones que procedan, prohibiendo entre tanto su utilización.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las disposiciones generales previstas en este artículo, determinará los productos a que se refiere fracción II de este mismo artículo, que por su reducido impacto potencial en la solvencia de la institución, puedan ofrecerse al público sin obtener su registro.

El registro previsto en esta fracción no será aplicable a los productos que por su naturaleza técnica o características especiales, impliquen que la institución de seguros adopte las tarifas y condiciones de aseguramiento de los reaseguradores.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá el procedimiento y requisitos para el registro de los servicios relacionados con los productos de seguros que ofrezcan las instituciones”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“Artículo 136.- *En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.*

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo”.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

“Artículo 50 Bis.- *Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:*

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional".

"Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferir la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno”.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número CNSF-S0022-0423-2012 de fecha 22/02/2013”.