



Aut. Oficio No. PPAQ-S0016-0042-2021, Í de 2021 de 2022.

Medikuz Bx+
Gastos Médicos Mayores
Colectivo

Seguros Bx+

Condiciones Generales

Medikuz Bx+
Gastos Médicos Mayores
Colectivo

Abril 2022

CONTENIDO

I. OBJETO DEL SEGURO	6
II. DEFINICIONES	6
Accidente	6
Agente de seguros	6
Antigüedad	6
Aparatos ortopédicos (auxiliares mecánicos)	6
Asegurado	6
Asegurado dependiente económico	7
Asegurado titular	7
Beneficiario	7
Carátula de la Póliza	7
Certificado individual	7
Coaseguro	7
COFEPRIS	7
CONDUSEF	7
Colectividad asegurable	7
Colectividad asegurada	8
Compañía o Aseguradora	8
Contratante	8
Contrato de Seguro o Póliza	8
Cuarto privado	8
Deducible	8
Elegibilidad	8
Emergencia médica	8
Endoso	8
Enfermedad o Padecimiento	8
Enfermedades o Padecimientos congénitos	9
Enfermedades o Padecimientos genéticos	8
Enfermera	9
Estado de Ebriedad	9
Evento	9
Exclusiones	9
Extraprima	9
FDA	9
Fecha de alta	9
Fecha de antigüedad	9
Hospital	9
Hospital Preferente	10
Hospitalización	10
Indemnización	10
Lugar de residencia	10
Medicamento	10
Medicina alternativa	10
Médico	10
Médico tratante	11
Nivel hospitalario	11
Padecimientos o enfermedades preexistentes	11
Pago directo	11
Pago por Reembolso	11
Periodo de espera	11
Práctica amateur	11

Prima	11
Programación de cirugía y/o tratamiento médico	12
Prótesis	12
Proveedores en convenio	12
Recién nacido sano	12
Reconocimiento de antigüedad	12
Registro de asegurados	12
Siniestro	12
Signo	12
Síntoma	13
Suma asegurada	13
Solicitud	13
Subgrupo	13
Tabla de honorarios quirúrgicos	13
Tope de coaseguro	13
Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)	13
Vigencia	13
III.COBERTURA BÁSICA	14
A.Gastos Médicos Amparados	14
1. Gastos hospitalarios	14
2. Honorarios por procedimientos médicos y/o quirúrgicos	14
3. Cirugía robótica y procedimientos especializados	15
4. Cuidados en casa	15
5. Medicamentos fuera del hospital	15
6. Estudios de laboratorio y gabinete	15
7. Tratamientos de quimioterapia y radioterapia	16
8. Terapias de rehabilitación	16
9. Aparatos ortopédicos, de rehabilitación y/o prótesis	16
10. Ambulancia	17
11. Trasplante de órganos	17
12. Gastos del donador	17
13. Circuncisión	17
14. Tratamientos dentales por Accidente	17
15. Cirugía Reconstructiva	17
16. Consulta Psicológica o psiquiátrica	18
17. Medicina alternativa	18
18. Deportes peligrosos	18
B.Gastos Médicos Amparados con periodo de espera	18
1. Amparados a partir de 6 meses	18
2. Amparados a partir de 10 meses	18
3. Amparados a partir de 12 meses	20
4. Amparados a partir de 24 meses	20
4.1 Enfermedades preexistentes	20
5. Amparados a partir de 48 meses	21
C.Servicios de asistencia	21
1. Servicio de Asistencia B×+	21
2. Servicios de asistencia al viajero	22
IV.COBERTURAS ADICIONALES CON COSTO	24
A. Maternidad	24
B. Condonación de deducible y coaseguro por accidente	24
C. Emergencia médica en el extranjero	24

D. Enfermedades graves en el extranjero	25
E. Cobertura en el extranjero	26
F. Indemnización de Enfermedades graves	26
G. Gastos Funerarios	29
H. Beneficio Hospitalario VIP	29
V.EXCLUSIONES GENERALES (Gastos No Cubiertos)	30
VI.GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO EN EL SINIESTRO	33
VII.CLÁUSULAS GENERALES	35
Contrato	35
Periodo de beneficio	35
Renovación	35
Edad	35
Residencia	36
Ocupación	36
Movimientos de asegurados	37
Responsabilidad de terceros	38
Régimen fiscal	38
Beneficio fiscal	38
Pago de indemnizaciones por siniestros	39
Pago de Prima	40
Prima de ajuste	40
Zona de cobertura (territorialidad)	41
Otros seguros	41
Cancelación, terminación o rescisión	41
Agravación esencial del riesgo	41
Comisiones o Compensaciones	42
Notificaciones y/o comunicaciones	42
Rectificaciones	42
Modificaciones	42
Omisiones o inexactas declaraciones	43
Moneda	43
Interés por mora	43
Subrogación de derechos	44
Competencia	45
Prescripción	45
Entrega de la Póliza	45
Uso de Medios Electrónicos (Via telefónica e internet) o por persona moral distinta a agentes de seguros	46
Preceptos legales	46

I. OBJETO DEL SEGURO

“Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más”, en lo sucesivo la “Compañía”, cubrirá los gastos erogados por la atención médica recibida a consecuencia de un accidente o enfermedad que ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y se encuentre cubierto de acuerdo a las presentes condiciones generales y hasta el límite de suma asegurada convenido, aplicando el deducible y el Coaseguro correspondiente para el asegurado y sus dependientes. Por otra parte, el “Contratante”, el cual se indica en la carátula de la póliza, se obliga al pago de la prima, al tenor de las definiciones y cláusulas mencionadas en las presentes condiciones generales.

La Compañía emite la presente Póliza, a efecto de brindar protección a las personas que forman parte de la colectividad asegurable, por el riesgo de la cobertura básica y, en su caso, por los riesgos adicionales que se contraten, protección que se otorgará a partir de la fecha de inicio de vigencia consignado en el Certificado individual o cualquier otro documento convenido.

Los accidentes y/o enfermedades cubiertos, que la Compañía pagará hasta el agotamiento de la suma asegurada y/o periodo de beneficio, se ajustarán previamente a:

- Las especificaciones en la Póliza y Certificado individual correspondiente,
- Condiciones generales, y
- Endosos y cláusulas adicionales.

Siempre y cuando ocurra durante el período de cobertura del Asegurado, el Certificado individual respectivo se encuentre en vigor y los padecimientos cumplan con lo enunciado en estas condiciones generales.

II. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

Accidente

Accidente imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa, súbita, fortuita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales que requieran atención médica o causen la muerte.

El tratamiento Médico o quirúrgico, recaídas, complicaciones y secuelas derivadas de un Accidente sufrido por el Asegurado se considerarán un mismo Siniestro.

No se consideran Accidentes aquellos casos en donde el primer gasto médico se realice después de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que le dio origen.

Agente de seguros

Persona autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) para realizar actividades de intermediación en la contratación de seguros.

Antigüedad

Tiempo que el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Ve por Más, S.A u otra aseguradora habiendo sido reconocida dicha antigüedad expresamente por la Compañía.

Aparato ortopédico (AUXILIARES MECÁNICOS)

Aparato o aditamento mecánico que ayuda al correcto funcionamiento del sistema musculoesquelético. Se consideran Aparatos Ortopédicos: muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, collarines y férulas.

Asegurado(a)

Persona (s) amparada (s) por el contrato de seguro, aceptada (s) por la Compañía y que así conste por escrito en la carátula de la Póliza o en el Certificado individual correspondiente que podrá(n) ser cualquiera de las siguientes:

- a. Asegurado titular.
- b. Asegurado dependiente económico del Asegurado Titular.

Asegurado dependiente económico

Para efectos de este contrato serán considerados Asegurados dependientes económicos los siguientes:

- a) El cónyuge o concubino(a)
- b) Los hijos del Asegurado Titular.
- c) Los padres del Asegurado Titular, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado Titular. La Compañía se reserva el derecho de poder comprobar la dependencia económica a través del o los documentos que lo acrediten tales como Constancia de dependencia económica emitido por el IMSS o su equivalente, entre otros.
- d) Niños cuya tutela legal se ha otorgado al Empleado o a su cónyuge. La Compañía se reserva el derecho de poder comprobar la dependencia económica a través del documento legal que lo acredite.

Lo anterior siempre y cuando exista un interés asegurable, cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía y cumplan con la definición de colectividad asegurable en términos de lo indicado en estas Condiciones Generales.

Adicionalmente en caso de que se actualicen supuestos diversos a los anteriormente señalados la Compañía podrá solicitar los documentos que consideré pertinentes para acreditar la calidad de "Asegurado dependiente económico"

Asegurado titular

Persona física que forma parte de la colectividad asegurada cubierta por el contrato de seguro, tendrá el carácter de titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente Certificado individual de la Póliza.

Beneficiario

Persona física designada por el Contratante o Asegurado Titular con el derecho a recibir las indemnizaciones procedentes objeto de la cobertura de la Póliza.

Carátula de la Póliza

Documento que forma parte integrante de la Póliza, en el cual se indican, entre otros, los datos del contratante, domicilio del Contratante, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada, los Deducibles y/o Coaseguros aplicables y las Primas del seguro.

Certificado individual

Documento que la Compañía expedirá de manera individual para notificar al Asegurado las condiciones de cobertura de la Póliza de la cual forma parte. El certificado se entregará al Contratante, a efecto de que éste lo entregue a cada uno de los asegurados.

Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de la póliza, endosos y/o en el certificado Individual y que corresponde a la participación del Asegurado sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible correspondiente de la Póliza.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro (tope de Coaseguro), estará indicada en la carátula de la póliza, endosos y/o en el Certificado individual correspondiente.

COFEPRIS

Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros

Colectividad asegurable

Conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro y cumplen con la Elegibilidad establecida por el Contratante.

Colectividad asegurada

Conjunto de personas que cumplen con los requisitos de asegurabilidad establecidos por La Compañía cuyos nombres se incluyen en el registro de asegurados de la Póliza. Está integrada por los miembros de la colectividad asegurable que hayan sido reportados con el carácter de Asegurado por parte del Contratante.

Compañía o Aseguradora

En lo sucesivo, toda mención de la Compañía o Aseguradora se refiere a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Contratante

Persona física o moral con capacidad jurídica que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante La Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las primas, así como es responsable de solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza que no afecten el riesgo original contratado.

Contrato de Seguro o Póliza

Aquel en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, el cual está conformado por:

- a) Solicitud
- b) Carátula de Póliza.
- c) Certificados Individuales
- d) Condiciones Generales.
- e) Endosos.
- f) Folleto de derechos básicos del Asegurado.
- g) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo formatos de la Compañía que, éste o un tercero, hayan requisitado a Solicitud de la Compañía

Cuarto privado

Cuarto individual de hospital o sanatorio que incluye una cama extra para un acompañante y baño privado.

Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de la póliza, endosos y/o Certificado individual, que el asegurado tendrá que cubrir una sola vez por cada enfermedad o accidente.

Elegibilidad

Regla clara y de aplicación general determinada por el Contratante que define a las personas que podrán ser aseguradas.

Emergencia médica

Situación de Salud crítica que requiere tratamiento médico y/o quirúrgico en forma inmediata, el cual, de no otorgarse, pone en riesgo la vida o la integridad de algún órgano. También conocida como Urgencia Real.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Emergencia Médica.

NO se considera como Emergencia Médica agudizaciones de Padecimientos crónicos.

Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste. Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las condiciones generales, en todo aquello que se contrapongan.

Enfermedad o Padecimiento

Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, es decir sus consecuencias, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

No se considerarán como enfermedades o padecimientos amparados, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Enfermedades o Padecimientos congénitos

Aquellas enfermedades o malformaciones que se originan durante el periodo de gestación y se manifiestan al nacimiento o durante la vida de quien la padece.

Enfermedades o Padecimientos genéticos

Enfermedad o Padecimiento que resulta de una anomalía en el número o la estructura de los cromosomas humanos.

Enfermera

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

Estado de Ebriedad

Aquel en el que el Asegurado presente intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su grado o intensidad, siempre que así lo determine la autoridad competente o un médico legalmente facultado para el ejercicio de su profesión.

Evento

Momento en que se utiliza un servicio para la atención médica de un Accidente o Enfermedad amparada.

Exclusiones

Gastos o enfermedades no amparados por la Póliza.

Extraprima

Cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, por cubrir un riesgo agravado del Asegurado Titular y/o sus dependientes económicos en razón de sus actividades, hábitos, costumbres o estado de salud al momento de contratar la Póliza.

FDA

Food and Drug Administration. Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos. <https://www.fda.gov/about-fda/fda-en-espanol>.

Fecha de alta

Aquella a partir de la cual inician los derechos y obligaciones del Asegurado en este contrato de seguro.

Fecha de antigüedad

Aquella a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de gastos médicos con esta Compañía o alguna otra, siempre y cuando esta situación sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra estipulada en la Póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir los periodos de espera que se marcan dentro de las condiciones generales de la Póliza. En ningún caso el reconocimiento de antigüedad se aplicará para cubrir los Accidentes, Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.

Si la Póliza se cancela, el Asegurado perderá su fecha de antigüedad.

Hospital

Institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado y certificado para brindar servicios Médicos, hospitalarios o quirúrgicos de enfermos o lesionados.

No se considera como Hospital a casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Hospital Preferente

Listado de Hospitales pertenecientes a Proveedores en convenio con los cuales la Compañía podrá brindar beneficios especiales.

Dicho listado podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento.

Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital.

Hospitalización

Estancia en una institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado y certificado para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o lesionados, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

Indemnización

Pago efectuado conforme a lo establecido en el contrato de seguro como consecuencia de la realización del riesgo amparado en el mismo.

Lugar de residencia

Domicilio declarado en la solicitud por el Contratante y/o Asegurado Titular.

Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiéndose como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, Medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud.

Se utilizan bajo la prescripción del Médico Tratante y deben estar relacionados con el diagnóstico derivado de la Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto, adicionalmente debe cumplir con los siguientes puntos según corresponda:

En territorio Nacional:

- Debe estar registrado como tal ante la COFEPRIS.
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA.
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional de acuerdo con la página oficial: <http://economia.gob.mx/transparencia/transparencia-focalizada> establecidos en el documento denominado: "Precios Máximos de Medicamentos de Patente", los cuales deben contar con precio máximo al público.

En territorio Extranjero:

- Presentar receta emitida por el Médico Tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe de estar relacionado con el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor en el extranjero que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA.

Medicina alternativa

Aquellos enfoques diferentes a la medicina convencional o científica para tratar el accidente, enfermedad o padecimiento y/o conservar la salud.

Médico

Persona que ejerce la Medicina, con Cédula Profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser Médico General o Médico Especialista, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos Médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. Cualquier prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el Tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

Médico tratante

Médico responsable de la atención y evolución diaria del paciente durante su período de hospitalización o tratamiento.

Nivel hospitalario

Hospitales con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles que el **Contratante** selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o Tratamiento Médico.

El Nivel Hospitalario es elegido por el **Contratante** al momento de la contratación de la **Póliza** y se encuentra especificado en la **Carátula de Póliza**.

La **Compañía** podrá cambiar o modificar el **Hospital**, Clínica o Sanatorio de un **Nivel Hospitalario** a otro. Dicho listado no limita, ni excluye el derecho y la voluntad del **Asegurado** para que éste elija o seleccione libremente, el **Hospital**, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.

Se pueden consultar los **Hospitales** que integran cada **Nivel Hospitalario** en la página de internet: <https://www.vepormas.com/red-medica/hospitalaria/>

Padecimientos o enfermedades preexistentes

Aquellas enfermedades o padecimientos que cumplan con cualquiera de los siguientes puntos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado o el Contratante haya declarado de su existencia.
- b) Se hayan originado antes de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza, que se comprueben mediante la existencia de un expediente clínico o médico 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. Al efecto, el Asegurado concede a la Compañía la o las facilidades que se precisen, para que la Compañía pueda acudir ante terceros a solicitar y acceder a esa información.
- c) Que previamente a la celebración del contrato o al alta del Asegurado en la Póliza, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

Pago directo

Beneficio que la Compañía puede otorgar, previa valoración y autorización, mediante el cual coordina y paga los gastos procedentes, de acuerdo a condiciones de este Contrato de seguro, directamente al Hospital y/o al Médico, por servicios brindados a los Asegurados.

Pago por Reembolso

Restitución por parte de la Compañía de los gastos procedentes y erogados en forma directa por el Asegurado a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, Laboratorio, Gabinete o Farmacia con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

Periodo de espera

Tiempo mínimo de cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir, a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza, para la cobertura de ciertos gastos de acuerdo a las especificaciones establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza y/o Endosos.

Práctica amateur

Práctica de algún deporte con motivos de ocio o salud sin el patrocinio de alguna institución, ya sea pública o privada y por el cual no se recibe remuneración alguna.

Prima

Contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

Programación de cirugía y/o tratamiento médico

Beneficio por el cual la Compañía valora la procedencia del Siniestro, previo a la realización del tratamiento Médico y/o quirúrgico, siempre y cuando se cuente con toda la información médica y de estudios que permitan brindar dicho servicio.

Prótesis

Elemento artificial que se integra en el cuerpo con la finalidad de reemplazar un órgano o una extremidad que, por algún motivo, está ausente, presenta un grado de incapacidad física, invalidez o dosimetría, que justifica su sustitución parcial o completa.

Proveedores en convenio

Guías de Hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes, farmacias y Médicos con los cuales la Compañía ha celebrado convenio exclusivamente para realizar el Pago Directo por los servicios cubiertos y brindados a los Asegurados de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

Dicha Guía podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento. En caso de que hubiere un cambio en la red hospitalaria, la Compañía notificará a los Asegurados dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a que sucedan. Esta Guía podrá consultarse en la página de internet: <https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/productos-seguros>.

Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.

Al ser el Asegurado quien elige libremente a los proveedores con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por la calidad de los servicios prestados por los proveedores.

La Compañía únicamente es responsable del pago a los Proveedores en Convenio o por el Pago por Reembolso al Asegurado de los gastos Médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

Recién nacido sano

Recién nacido que únicamente requiere cunero fisiológico.

Reconocimiento de antigüedad

Beneficio que la Compañía podrá otorgar a efecto de reducir o eliminar periodos de espera cuando el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de gastos médicos con esta Compañía u alguna otra compañía bajo condiciones similares a las contratadas en esta póliza. Esta situación deberá ser reconocida expresamente por la Compañía al momento de la contratación del seguro. En ningún caso el reconocimiento de antigüedad se aplicará para cubrir los Accidentes, Padecimientos o Enfermedades Preexistentes.

Registro de asegurados

Aquel llevado por la Compañía, en el que consten los siguientes datos de los Asegurados: Plan del Seguro, nombre, edad y sexo, y en su caso, parentesco de cada uno de los miembros de la colectividad asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla; fecha en que entran en vigor las coberturas para cada Asegurado, fecha de terminación de las coberturas para cada Asegurado y números de los certificados individuales correspondientes.

Siniestro

Eventualidad prevista en el contrato de seguro.

Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad o Padecimiento que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o una anomalía subjetiva que revela una Enfermedad o Padecimiento y sirve para determinar su naturaleza.

Suma asegurada

Cantidad máxima de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado para cada cobertura contratada, con base en las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, certificado Individual, Endosos y/o cláusulas correspondientes, aplicable para cada Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto.

Solicitud

Documento mediante el cual el solicitante del seguro da a conocer y declara a la Compañía la información necesaria para la evaluación del riesgo y sus necesidades de cobertura. Dicho documento sirve como base para la suscripción, el cálculo de la prima y la emisión de la Póliza, y formará parte integrante del contrato de seguro.

Subgrupo

Colektividad formada por asegurados con características particulares mismas que el Contratante asigna en la solicitud del seguro, y estos a su vez se encontrarán contenidos en la póliza.

Tabla de honorarios quirúrgicos

Relación de diferentes procedimientos **médicos** y quirúrgicos en donde se especifica el porcentaje máximo a pagar por la **Compañía** para cada uno de éstos de acuerdo a la base de honorarios quirúrgicos contratada.

Se pueden consultar la Tabla de Honorarios quirúrgicos en la página de internet: <https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/seguros-siniestros>

Tope de coaseguro

Monto máximo con el que participa el Asegurado por concepto de Coaseguro de acuerdo a las condiciones de la Póliza.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

Referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Vigencia

Periodo de validez del contrato de seguro que se indica en la carátula de la Póliza y certificados, siempre que la prima sea pagada dentro del periodo convenido.

III. COBERTURA BÁSICA

A. Gastos Médicos Amparados

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional por tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios y hayan sido prescritos o proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

La Compañía pagará, de acuerdo a la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza, Certificado Individual y/o sus Endosos los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

1. Gastos hospitalarios

Quedan cubiertos los siguientes gastos generados por una hospitalización:

- Cuarto privado estándar con baño y cama para acompañante.
- Alimentos del Asegurado.
- Sala de operaciones, recuperación y de curaciones, terapia intensiva o intermedia y unidad de cuidados coronarios
- Medicamentos requeridos durante la Hospitalización que hayan sido prescritos por el Médico Tratante y estén relacionados con el Padecimiento o Accidente cubierto.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete durante la Hospitalización prescritos por el Médico Tratante y que estén relacionados con el Padecimiento o Accidente cubierto.
- Suministros, equipo de anestesia, material Médico y cuidados generales de enfermería.
- Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, plaquetas y suero, así como las pruebas de compatibilidad de los donantes definitivos.

2. Honorarios por procedimientos médicos y/o quirúrgicos

Los Honorarios Médicos se pagarán de acuerdo con el Tabulador Médico contratado.

- i. Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica
- ii. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica

Se cubrirán de acuerdo a Tabulador Médico contratado aplicando la siguiente tabla para el cálculo de los honorarios del equipo quirúrgico:

Médico	Porcentaje sobre Tabulador Médico
Cirujano	100%
Anestesiólogo	30%
Primer Ayudante	20%
Segundo Ayudante	10%

Las consultas post operatorias de los 15 días siguientes a la intervención estarán cubiertas dentro de los honorarios médicos quirúrgicos.

El segundo ayudante o instrumentista sólo se autorizará en aquellas cirugías que por protocolo lo requieran.

Los procedimientos realizados que no se encuentren en Tabulador Médico, se valuarán por similitud a los comprendidos en ella.

Si se practica al Asegurado dos procedimientos en la misma región anatómica por el mismo Médico, la Compañía pagará la cirugía de mayor monto de acuerdo al Tabulador Médico y la segunda no quedará amparada.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos procedimientos en regiones anatómicas distintas por el mismo Médico, se pagará la cirugía de mayor monto al 100% de lo estipulado en el Tabulador Médico y la segunda al 50%.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región o en distintas regiones anatómicas y se requiera la intervención de otro Médico Especialista, la Compañía pagará a éste el 100% de lo estipulado en el Tabulador Médico contratado.

En caso de politraumatismo, cuando se requiera intervención quirúrgica por diferentes especialistas, se cubrirá el 100% de la tabla de honorarios quirúrgicos para cada uno de los procedimientos

3. Cirugía robótica y procedimientos especializados

Quedan cubiertos los procedimientos quirúrgicos como el uso de robots, Da Vinci, la oxigenación por membrana extracorpórea ECMO, radiocirugía y terapia endovascular.

No aplican los beneficios de reducción de coaseguro de la cláusula de Coaseguro por región y nivel hospitalario.

En estos casos, los médicos tratantes deberán contar con el conocimiento técnico y práctica médica y, en su caso, contar con la certificación por el organismo correspondiente para el uso de este tipo de tratamiento.

4. Cuidados en casa

Quedan cubiertos los gastos derivados de los siguientes cuidados en casa:

- a. Enfermera fuera del hospital. Quedan cubiertos los honorarios de Enfermeras, siempre y cuando sea por indicación del Médico Tratante considerando únicamente las labores de enfermería relacionadas con la aplicación de Medicamentos de alta especialidad por vía parenteral o enteral, rehabilitación pulmonar, vigilancia y cambio continuo de sondas.
Se pagará de acuerdo al Tabulador Médico contratado por un periodo máximo de 30 días o 720 (setecientos veinte) horas por Enfermedad o Padecimiento o Accidente cubierto, salvo autorización expresa de la Compañía.
- b. Renta de equipo tipo hospital: Estarán cubiertos los gastos por renta de equipo tipo hospital que por prescripción del médico tratante sea necesario para la convalecencia domiciliaria, previa autorización de la Compañía, tomando en cuenta que:
 - i. El Asegurado se hará cargo del mantenimiento y deberá cumplir con las instrucciones de uso y reparación del equipo. Si éste falla antes de que finalice su vida útil, se enviará a un perito asignado por el proveedor para realizar el dictamen, para verificar que el Asegurado cumplió con las instrucciones de uso.
 - ii. Si el equipo se encontrará dañado al momento de la recepción por parte del Asegurado, éste deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.
 - iii. La Compañía podrá decidir si el equipo se compra o renta.
 - iv. La Compañía proporcionará el equipo médico hospitalario al Asegurado, sin que esto signifique que dicho equipo será propiedad del Asegurado.
- c. Oxígeno: Se cubren los gastos por consumo de oxígeno medicinal fuera de Hospital, siempre que sean prescritos por el Médico Tratante, mediante receta médica expedida por periodos máximos de 90 días naturales.

5. Medicamentos fuera del hospital

Quedan cubiertos los costos de los Medicamentos adquiridos por el Asegurado fuera del Hospital, prescritos por los Médicos Tratantes y que estén relacionados con el Padecimiento cubierto.

Aplica para Medicamentos adquiridos en territorio nacional y que cumplan con la definición de Medicamentos establecida en el apartado “DEFINICIONES” de este contrato.

Exclusiones: Medicamentos adquiridos en territorio extranjero.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

6. Estudios de laboratorio y gabinete

Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o cualquier otro estudio que establezca el diagnóstico definitivo de la Enfermedad o Padecimiento y Accidente cubiertos.

Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales pertenecientes a los Proveedores en Convenio, tendrán el mismo Nivel hospitalario que el Hospital, Clínica o Sanatorio en que se encuentren para efectos de aplicación de Coaseguro.

Exclusiones: estudios para llegar al diagnóstico de la Enfermedad sin reporte de alteración en la salud o diagnóstico definitivo, o aquellos de tipo experimental, en fase de investigación o protocolo médico.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

7. Tratamientos de quimioterapia y radioterapia

Quedan cubiertos los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la COFEPRIS y el Tratamiento se encuentre indicado para el tipo de cáncer diagnosticado al Asegurado.

8. Terapias de rehabilitación

Quedan cubiertos los gastos por las siguientes Terapias de Rehabilitación médicamente necesarias para la recuperación de la salud del Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Padecimiento o Accidente cubierto: Rehabilitación Física, Neurorehabilitación, hidroterapia, inhaloterapia. Siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Sean indicadas por el Médico Tratante quien canalizará al Asegurado con un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Asegurado sea determinado por el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, excepto para el caso de inhaloterapia en la cual el Médico Tratante es quien prescribe el tratamiento y número de sesiones.
- Para los programas de neurorehabilitación se requiere contar con la valoración inicial por un Médico Especialista en neurorehabilitación y/o rehabilitación y con el plan de tratamiento que describa las distintas terapias involucradas y pronóstico.
- Para los programas de neurodesarrollo, se cubrirá exclusivamente a Asegurados nacidos dentro de la Vigencia de la Póliza y cuya Madre Asegurada haya cumplido con 10 meses continuos en la Póliza al momento del nacimiento. Así mismo se requiere contar con la valoración inicial por un Médico Especialista en rehabilitación y el plan de tratamiento que describa las distintas terapias involucradas y pronóstico.
- Las Terapias se deben realizar en centros especializados certificados y ser proporcionadas por personal que cuente con cédula profesional de especialidad para ejercer la medicina física y de rehabilitación.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialidades que lo proporcionen.

La Compañía cubrirá cómo máximo las siguientes Terapias de rehabilitación:

- 30 (treinta) sesiones para músculo esquelético
- 360 sesiones para programas de neurorehabilitación.
- 360 sesiones para programas de neurodesarrollo.

El pago se realizará de acuerdo con el Tabulador Médico contratado (el cual incluye el pago del honorario Médico)

9. Aparatos ortopédicos, de rehabilitación y/o prótesis

Quedan cubiertos los gastos originados por la renta o colocación de prótesis y aparatos ortopédicos y de rehabilitación, que se requieran a consecuencia de un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto, siempre que sean indicados por el médico tratante, no sean consideradas experimentales y con aprobación previa del gasto de la Compañía.

Exclusiones:

- **Reemplazos o reposiciones de los mencionados Aparatos Ortopédicos o prótesis**
- **Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas ortopédicas o alerones ortopédicos, aun cuando sean prescritos como médicamente necesarios**

10. Ambulancia

Se cubrirán los siguientes servicios de ambulancia dentro del Territorio Nacional hacia o desde el Hospital, cuando se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente amparado:

- Ambulancia terrestre
- Ambulancia aérea en caso de Emergencia Médica, sólo si en la localidad en donde se encuentra el Asegurado no se cuenta con los recursos Médicos hospitalarios necesarios para su atención y se haya expedido una responsiva médica que autorice el traslado.

La Ambulancia Aérea sólo se cubrirá por Pago por Reembolso, el coaseguro por este concepto será el que resulte mayor entre el 20% y el coaseguro contratado, sobre el monto total de la factura eliminando el tope de coaseguro estipulado en la carátula de la Póliza.

11. Trasplante de órganos

Quedan cubiertos los gastos del Asegurado receptor del trasplante.

Los trasplantes de órganos se deberán apegar al protocolo de Trasplante del CENATRA (Centro Nacional de Trasplante), de la Secretaría de Salud, no será necesario si el donador es un familiar del Asegurado.

Trasplantes de célula madre quedan cubiertos para tratamientos de leucemia, linfomas y Enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas experimentales.

El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente, en caso de Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la Vigencia de la Póliza y la Madre Asegurada haya tenido 10 (diez) meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento del Asegurado.

Exclusiones: gastos derivados de compra de órganos, tejidos y células.

12. Gastos del donador

Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad amparados por la Póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante definitivo, necesarios para el trasplante, siempre que el receptor sea un Asegurado. **No se cubren las pruebas de compatibilidad de candidatos a donadores.**

Se cubrirán los gastos erogados hasta por un límite de 160 UMAM o al agotar Suma Asegurada contratada, lo que ocurra primero

13. Circuncisión

Se cubren los gastos erogados por una circuncisión, siempre y cuando se demuestre con una patología la necesidad de practicarla y no sea de carácter profiláctico. Se cubre hasta **por un monto máximo equivalente a 5 UMAM. No aplica deducible ni Coaseguro**

14. Tratamientos dentales por Accidente

Quedan amparados los tratamientos dentales, maxilofaciales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente amparado, debidamente sustentados con las radiografías que corroboren el daño sufrido por el accidente. siempre que la atención dental inicie dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales posteriores al Accidente.

15. Cirugía Reconstructiva

Se cubren los tratamientos quirúrgicos de carácter reconstructivo a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando sea médicamente necesario.

16. Consulta Psicológica o psiquiátrica

Se amparan las consultas psiquiátricas y psicológicas que se requieran siempre y cuando un psiquiatra o psicólogo certificado sea quien determine que el tratamiento se requiere, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

Se cubren los gastos por los honorarios del psicólogo o psiquiatra **hasta por 24 consultas anuales por un periodo no mayor a un año, con un límite equivalente a 0.25 UMAM por consulta.**

17. Medicina alternativa

Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por tratamientos de acupuntura para clínica del dolor, siempre y cuando el acupunturista cuente con cédula profesional y que sean recomendados por el **médico tratante.**

18. Deportes peligrosos

Se cubren los gastos **médicos** erogados a consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica amateur y ocasional de deportes y actividades peligrosas, salvo lo expresamente excluido, siempre y cuando no ocurran a causa de negligencia inexcusable o culpa grave por parte del **Asegurado.**

B. Gastos Médicos Amparados con periodo de espera

Quedarán cubiertos los gastos que a continuación se mencionan, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso aplique.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Alta en esta Póliza o la Fecha de Antigüedad que aplique en cada caso.

Aplica Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de Póliza así como el límite de Suma Asegurada establecido en la misma.

1. Amparados a partir de 6 meses**1.1 Padecimientos congénitos**

Quedarán cubiertos a partir de 6 (seis) meses de cobertura continua en esta Póliza los Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza y de aquellos nacidos durante la Vigencia de la Póliza pero sin que la madre haya cumplido 10 meses de cobertura continua en esta Póliza al momento de su nacimiento. Siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- El Asegurado tenga más de 5 años de edad; o haya nacido dentro de la póliza de prestación otorgada por el mismo contratante de esta póliza y la madre haya cumplido con 10 meses de antigüedad al momento de su nacimiento.
- No se hayan presentado Síntomas y/o Signos, ni realizado diagnóstico Médico a la fecha alta del Asegurado en la Póliza
- No hayan erogado gastos por dichos Padecimientos a la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza
- El Padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la Fecha de Alta del Asegurado.
- No haya sido conocido por la evolución natural del Padecimiento.

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

Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

2. Amparados a partir de 10 meses**2.1 Complicaciones del embarazo**

Se cubrirán únicamente los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o puerperio:

- Aborto no voluntario. Se cubren los gastos **hasta por un límite máximo equivalente a 12 UMAM.**
- Atonía Uterina.
- Cerclaje
- Diabetes Gestacional
- Embarazo Extrauterino
- Embarazo Molar

- Fiebre Puerperal
- Huevo Muerto Retenido
- Óbito
- Placenta Acreta
- Placenta Previa
- Preclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica

Este beneficio aplica siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos 10 (Diez) meses de cobertura continua con esta Póliza.

Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- **Aborto Voluntario**
- **Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente mencionadas en esta cobertura.**
- **No se cubren Enfermedades y procedimientos en el feto.**
- **Complicaciones o gastos cuando sean como consecuencia de un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida. En estos casos no quedarán cubiertos los gastos de la madre ni tampoco los gastos relacionados con el recién nacido, excepto lo especificado en el apartado denominado “COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS”**
- **En caso de Maternidad Subrogada no quedan cubiertos los gastos de la Madre Biológica ni de la Madre Gestante**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales

2.2 Cobertura del Recién Nacido

Quedan amparados los gastos del Recién Nacido por Accidente o Padecimientos cubiertos que ocurran a partir del nacimiento, así como tratamientos médicos y/o quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro, Padecimientos Genéticos, Padecimientos congénitos, así como circuncisión por fimosis siempre y cuando:

- La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza al momento del nacimiento del Recién Nacido.
- Se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la Prima correspondiente al Alta de (los) nuevo(s) Asegurado(s) en la Póliza.

Si la Madre Asegurada cumple con los 2 (dos) puntos anteriores, el Recién Nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza, quedando asegurado desde su fecha de nacimiento.

Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación:

- **Padecimientos Genéticos o Congénitos, tratamientos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro o cualquier Padecimiento o complicación como consecuencia de un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida**

- **Padecimientos que presente el Recién Nacido a consecuencia de algún Padecimiento no cubierto o excluido a la Madre Asegurada en esta Póliza. Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “Exclusiones (Gastos no cubiertos)” de estas Condiciones Generales.**

3. Amparados a partir de 12 meses

Se cubren, a partir de 12 (doce) meses de cobertura continua en la presente Póliza los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos

- Várices, varicocele e insuficiencia venosa de extremidades inferiores.
- Hallux Valgus
- Hernias de cualquier tipo incluyendo diástasis de rectos.
- Cataratas
- Amígdalas y Adenoides
- Hemorroides y Enfermedades ano rectales.
- Padecimientos de Columna Vertebral incluyendo Hernias de disco
- Padecimientos de Rodilla
- Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.
- Padecimientos ginecológicos incluyendo cáncer de ovario, cáncer cervicouterino y endometrio.
- Padecimientos de glándulas mamarias incluyendo cáncer
- Padecimientos de la vesícula y vías biliares
- Nariz y senos paranasales. Aplica deducible contratado y coaseguro del 20%
- Enfermedades acido-pépticas

Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

En caso de Accidente quedarán cubiertos sin Periodo de Espera aplicando Coaseguro del 50%, en este caso no aplica Tope de Coaseguro.

Estos Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes.

4. Amparados a partir de 24 meses

4.1 Enfermedades preexistentes

Se cubren las enfermedades preexistentes después de dos años de cobertura continua de este seguro, contados a partir de la fecha de alta de cada Asegurado a la póliza, siempre y cuando el Asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante este periodo de espera.

Dichos padecimientos preexistentes estarán cubiertos bajo las mismas condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro contratado

Aplica solo en territorio Nacional

Se excluyen de esta cobertura los siguientes casos:

- **Enfermedad coronaria, diabetes, insuficiencia renal, enfermedades de la columna vertebral, SIDA, enfermedades degenerativas.**
- **Condiciones específicamente mencionadas en el capítulo de exclusiones.**
- **Endosos específicos de exclusión.**

No Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera

5. Amparados a partir de 48 meses

5.1 VIH y SIDA

Se cubren los gastos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando se haya detectado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses.

Aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción

5.2 Cirugía Bariátrica

Se cubrirá la Cirugía Bariátrica requerida por el Asegurado siempre y cuando se compruebe médicamente:

- Diagnóstico de obesidad mórbida con un índice de masa corporal superior al 40%
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o hipertensión arterial
- Sea mayor de 18 años y menor de 55 años

Para esta cobertura aplica un coaseguro del 50% y no aplica tope de coaseguro. No aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

C. Servicios de asistencia

1. Servicio de Asistencia Bx+

El **Asegurado** tiene a su disponibilidad los siguientes servicios:

Asistencia Médica

a) Asesoría médica telefónica

Servicio de Asistencia Bx+, orientará telefónicamente al **Asegurado** sobre problemas menores o dudas con relación a:

- i. Utilización de **medicamentos**.
- ii. Síntomas o molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 horas de los 365 días del año. El Equipo de **médicos de Servicio de Asistencia Bx+** no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del **Asegurado** se le direccionará para:

- iii. Programar la visita de un médico a domicilio con costo para el **Asegurado**.
- iv. Programar el envío de una ambulancia terrestre.

La **Compañía** será responsable respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los **médicos** o instituciones médicas.

b) Envío de médico a domicilio (consulta domiciliaria)

A solicitud del **Asegurado**, el **Servicio de Asistencia Bx+** gestionará el envío de un **médico** general sin costo o un **médico especialista** con costo (mismo que el **Asegurado** deberá liquidar directamente al médico), hasta su residencia legal o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.

Este servicio está limitado a dos eventos durante la **vigencia** de la **Póliza** y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

c) Envío de ambulancia terrestre (traslado médico terrestre)

El **Servicio de Asistencia Bx+**, con el consentimiento del **Asegurado**, gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano.

Este servicio está limitado a un evento sin costo durante la **vigencia** de la **Póliza** y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

d. Asistencia Nutricional

Servicio de Asistencia Bx+ proporcionará al **Asegurado** vía telefónica asistencia nutricional que incluye guía para una dieta balanceada de acuerdo al perfil del **Asegurado**, asesoría para el mejoramiento de los hábitos alimenticios, información nutricional, control de obesidad y peso.

e. Acceso a Red Visual

Servicio de Asistencia Bx+ proporcionará al **Asegurado** acceso a una red Visual con costo por cada servicio.

- f. **Acceso a Red Dental**
Servicio de Asistencia Bx+ proporcionará al **Asegurado** acceso a una red de proveedores dentales con costo por cada servicio.
- g. **Referencias a médicos especialistas en consultorios**
A solicitud del **Asegurado**, se le proporcionarán referencias a **médicos** de distintas especialidades quienes atenderán al paciente con costo por cada servicio, mismo que el **Asegurado** deberá liquidar directamente al médico.
- h. **Asistencia emocional**
Se brindará al **Asegurado** asesoría psicológica telefónica profesional, los 365 días del año, en situaciones críticas de conducta y estados anímicos a través de terapia breve.
- i. **Convenios con clínicas y laboratorios**
Servicio de Asistencia Bx+ proporcionará al **Asegurado** acceso a su red de proveedores de farmacias, laboratorios, hospitales y clínicas.
- j. **Análisis de Laboratorio**
El **Asegurado** podrá acceder a un check-up básico con costo. Así mismo podrá obtener los costos convenidos en los laboratorios y clínicas afiliados a la red de **Servicio de Asistencia Bx+**.

Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del **Asegurado Titular de la Póliza** los familiares tendrán acceso a la red de funerarias con las que **Servicio de Asistencia Bx+** tiene convenios para otorgar los servicios de: recolección de cuerpo (hasta por 20 km), trámites y pago de derechos por muerte natural, ataúd metálico o de madera, uso de sala de velación estándar y cremación hasta por un límite de pago de \$15,000 pesos en cualquier paquete de servicio funerario aplicable para la red de **Servicio de Asistencia Bx+**. El servicio debe ser gestionado y coordinado telefónicamente por **Servicio de Asistencia Bx+** desde un inicio con su red de funerarias, **no aplican reembolsos** y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento del **Asegurado**.

2. Servicios de asistencia al viajero

El Asegurado tiene a su disponibilidad los servicios de asistencia cuando se encuentre viajando a 75 km. o más de su residencia legal o en otro país cubriéndose únicamente los primeros 90 días consecutivos a partir del inicio del viaje. Si el Asegurado sufre una emergencia médica o personal, éste podrá comunicarse al centro de atención telefónica que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Es importante que el Asegurado que requiera hacer uso del servicio presente su tarjeta de identificación.

El servicio de asistencia ofrece:

- Una red global de médicos.
- Un centro de operaciones capacitado para responder en cualquier parte del mundo.
- Proveedores de servicio de ambulancias aéreas y terrestres.
- Profesionales en la gestión de crisis.

Mientras el Asegurado se encuentre de viaje estará sujeto a las condiciones generales de la Póliza contratada; para la asistencia en viaje contará con los siguientes servicios:

- a) **Referencia médica y hospitalaria** en cualquier parte del mundo.
- b) **Asistencia al Asegurado** para su ingreso hospitalario.
- c) **Traslado médico de emergencia.** Cuando no existan los centros médicos adecuados en el lugar donde el Asegurado se encuentre, se podrá utilizar el método de transporte, equipo y personal necesario para trasladar al Asegurado al centro más cercano capaz de proporcionar la atención médica apropiada.
- d) **Monitoreo médico.** El personal médico de asistencia se mantendrá en comunicación constante con el médico que atiende el caso y con el hospital, luego transmitirá la información necesaria a la familia o al Contratante.
- e) **Repatriación médica:** Una vez que la condición médica del Asegurado se considere estable según lo determine un médico de la Compañía y el médico que atiende el caso, harán los arreglos necesarios para transportarlo de regreso a su domicilio o a un centro de rehabilitación. la repatriación se hará bajo constante supervisión médica y únicamente cuando sea médicamente necesario.

- f) **Asistencia de medicamentos:** Si el Asegurado pierde u olvida su medicamento recetado mientras está de viaje, se le brindarán los servicios de asistencia a efecto de que este puede reponer o reemplazar dicho medicamento, sin embargo, el costo del medicamento será a cargo del Asegurado.
- g) **Transporte para reunirse con un paciente:** Si un Asegurado está viajando solo y requiere ser hospitalizado por más de siete días, tan pronto como se determine esto, se proporcionará un boleto de transporte en clase turista hasta el lugar de la hospitalización, para que viaje una persona elegida por el Asegurado para acompañarlo.
- h) **Cuidados para menores de edad:** Si algún menor de edad queda desatendido como resultado de una emergencia médica del Asegurado, se proporcionará transporte en clase turista de regreso a su domicilio, con acompañantes calificado si fuera necesario.
- i) **Traslado de restos mortales:** En caso del fallecimiento del Asegurado, se asistirá con la logística y el costo para transportar los restos mortales al lugar de entierro. incluyendo la localización de una funeraria, morgue o centro de disposición para la preparación del cadáver para su transporte, así como la tramitación de toda la documentación.
- j) **Asistencia de equipaje y documentos perdidos:** Apoyo en la localización y recuperación de equipaje y documentos personales perdidos.
- k) **Referencia legal y de intérprete:** El Asegurado cuenta con la asistencia para obtener información vía telefónica con intérpretes o abogados en el lugar donde se encuentre.

Exclusiones de los “servicios de asistencia médica” y “servicios de asistencia al viajero”

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara:

- Traslado o repatriación de un Asegurado sin autorización médica ni por los siguientes casos:
 - Por lesiones leves, tales como esguinces, luxaciones, fracturas simples, o enfermedades leves que puedan ser tratadas por médicos locales y que no impidan que el Asegurado continúe su viaje o regrese a su hogar.
 - Por un embarazo de más de seis meses.
 - Por trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.
- Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.
- Intento de suicidio.
- Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.
- Si el Asegurado participa en un acto ilegal.
- Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que estas sean recetadas por un médico.
- Traslado del Asegurado de una instalación médica a otra con servicios similares y que proporcione el mismo nivel de cuidado médico.
- El tiempo que exceda de los 90 días consecutivos de viaje.

Por demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplos no limitativos a, condiciones climatológicas, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

IV. Coberturas adicionales con costo

Las siguientes coberturas se podrán contratar mediante el pago de prima correspondiente y, en su caso, se indicará como amparada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual:

A. Maternidad

La Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza y/o certificado individual para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada al momento del parto o cesárea tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Cobertura.

Aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación de periodo de espera siempre y cuando la Suma Asegurada contratada en esta Póliza sea igual o menor a la contratada en la póliza anterior para esta cobertura.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su causa o complicación y su forma de tratamiento:

- Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad
- Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

B. Condonación de deducible y coaseguro por accidente

Mediante la contratación de esta cobertura se elimina el Deducible y Coaseguro contratado en caso de un Accidente amparado, siempre y cuando el Asegurado se atienda en un Hospital del mismo nivel o menor al contratado y los gastos procedentes excedan 2 UMAM, de acuerdo a la definición de Accidente amparado de estas condiciones generales.

Esta cobertura aplica únicamente en Territorio Nacional.

Exclusiones:

- a) *Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales.*
- b) *Rodilla y columna, cuando el Asegurado no cumpla con el periodo de espera establecido en “Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera”.*
- c) *Cualquier otro padecimiento que no haya cumplido con el periodo de espera establecido en “Gastos médicos Amparados con Periodo de Espera”*

C. Emergencia médica en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, se amparan los gastos Médicos a consecuencia de una Urgencia o Emergencia Médica ocurrida fuera del Territorio Nacional.

La Suma Asegurada máxima y Deducible serán los indicados en la Carátula de la Póliza para esta cobertura, sin aplicación de Coaseguro. La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente a la fecha en que el Asegurado haya recibido los servicios Médicos.

Al estar estabilizada y controlada la Emergencia Médica, cesarán los efectos de esta cobertura.

Los gastos amparados para esta cobertura se sujetan únicamente a los siguientes conceptos:

- Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
- Gastos Hospitalarios
- Suministros en el Hospital

- Estudios de Laboratorio y Gabinete
- Ambulancia, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Uso de Ambulancia
- Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarias para el tratamiento.

Exclusiones:

- Tratamientos que no sean catalogados como de Emergencia médica, porque no ponen en peligro la vida del Asegurado ni la integridad corporal de algún órgano.**
- Los gastos por Parto o Cesárea.**
- Las Enfermedades o Accidentes preexistentes a la contratación de esta cobertura.**
- Gastos no mencionados en la descripción de esta cobertura.**
- Cirugías previamente programadas.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

D. Enfermedades graves en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura se podrá ampliar la zona de cobertura de la Póliza a territorio extranjero para la atención médica del Asegurado, a consecuencia de las Enfermedades descritas más adelante, cuyo inicio de Signos o Síntomas, diagnóstico y primeros gastos se originen posterior a la contratación de esta cobertura adicional y que cumplan con el Periodo de Espera establecido en las presentes Condiciones Generales para las Enfermedades amparadas por esta cobertura:

- Infarto al miocardio
- Cirugía Coronaria (Operación de Torax abierto)
- Enfermedades Cerebrovasculares y Cerebrales
Únicamente los tratamientos Médicos y quirúrgicos derivados de: tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, malformaciones del aparato circulatorio, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.
- Neoplasia Maligna (Cáncer)
 - Tumores malignos,
 - Cáncer con metástasis
 - Leucemia.
 El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos.
- Insuficiencia Renal Crónica Terminal: Falla funcional de ambos riñones, que se diagnostican por la franca y persistente alteración de las pruebas de función renal (urea y creatinina) que hacen necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis o trasplante renal
- Trasplante de Órgano Vital: quedan cubiertos únicamente los trasplantes de corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea y páncreas.

Para esta cobertura aplica la Suma Asegurada contratada para la COBERTURA BÁSICA, la cual se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza, esta Suma Asegurada es para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.

Los Honorarios Médicos generados en el extranjero se pagará de acuerdo a tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) con un límite de hasta el doble de lo establecido en Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado

Aplica Deducible y Coaseguro contratado y estipulado en la Carátula de Póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero.

Exclusiones de esta cobertura

- a) **Se excluye cualquier Enfermedad que existiera antes de la fecha de contratación de esta cobertura.**
- b) **No quedan cubiertos los tratamientos por Enfermedades o Padecimientos que no hayan cumplido el Periodo de Espera establecido en el apartado B) Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

E. Cobertura en el extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado podrá complementar y ampliar la cobertura de la Póliza para atención en el extranjero de cualquier Enfermedad o Accidente amparado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

El monto máximo de cobertura será la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica, esta Suma Asegurada no es adicional a la Básica, es decir la suma de los gastos totales en que incurra el Asegurado tanto en territorio nacional como en el extranjero no deberán rebasar la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

Para esta cobertura aplica el Deducible y el Coaseguro contratado para la Cobertura básica, y se elimina el Tope de Coaseguro establecido en la caratula de la Póliza. El Tope de Coaseguro aplica sólo para atención en territorio nacional.

Los Honorarios Médicos generados en el extranjero se pagará de acuerdo a tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) con un límite de hasta el doble de lo establecido en Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado.

Exclusiones:

- a) **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en “EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)” de estas Condiciones Generales.

F. Indemnización de Enfermedades graves

Mediante la contratación de esta cobertura, si durante la vigencia del contrato y una vez transcurrido el periodo de espera de 90 días, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves señaladas más adelante, La Compañía le pagará la suma asegurada estipulada para este beneficio en la carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, cabe señalar que la suma asegurada es indemnizatoria y por lo tanto no aplica Deducible ni Coaseguro.

El periodo de espera que se menciona anteriormente, se entenderá como el tiempo que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, el cual será de 90 días naturales. Si dentro de este periodo de espera, el Asegurado resulta afectado por alguna enfermedad grave, la suma asegurada contratada no será otorgada.

No aplica reconocimiento de antigüedad.

Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado se vea afectado por alguno de las siguientes enfermedades y/o se requieran los siguientes procedimientos médicos y/o quirúrgicos:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco): Necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción en el aporte sanguíneo de esa área y que ocurre por primera vez. El diagnóstico debe incluir evidencia de los síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo, los cuales son:

- Historia del dolor torácico típico

- Cambios electrocardiográficos usuales o diagnósticos de infarto al miocardio

Cirugía Coronaria: Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales

El diagnóstico debe incluir la evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.

Infarto y/o Hemorragia Cerebral: Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada. Hemorragia masiva intra-cerebral que causa daño cerebral que se manifiesta por sintomatología por más de 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angioresonancia.

Neoplasia Maligna (Cáncer): La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia excepto la leucemia linfocítica crónica, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal: Falla funcional de ambos riñones, que se diagnostican por la franca y persistente alteración de las pruebas de función renal (urea y creatinina) que hacen necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis o trasplante renal. Los criterios para el diagnóstico serán los aceptados en la norma oficial mexicana y tendrán que ser avalados por especialistas certificados.

Parálisis de las Extremidades: Daño irreversible del sistema nervioso central que produce parálisis permanente de dos o más extremidades completas producida por accidente o enfermedad, El diagnóstico deberá de ser establecido por especialistas certificados y deberá de acompañarse de estudios de imagen y electromiografía.

Trasplante de un Órgano Vital: Es el que se realiza cuando el Asegurado por accidente o por una enfermedad crónica e irreversible que dañen en forma permanente y total un órgano, es necesario para su supervivencia siendo receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans), solo se cubrirán los trasplantes de órganos que se hayan realizado respetando la Norma Oficial Mexicana y cualquier legislación relacionada vigente a la fecha del trasplante. Los gastos médicos y hospitalarios del retiro quirúrgico del órgano quedan amparados.

Condiciones particulares de cobertura

Para el pago de la suma asegurada, el Asegurado deberá presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen. La Compañía, a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.

Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, para aquellos Asegurados que cumplan con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- En el momento en que la Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por la primera ocurrencia de cualquiera de las enfermedades graves amparadas.
- Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.
- La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida desde el nacimiento hasta los 64 años
- La edad de aceptación para los hijos del Asegurado Titular está comprendida desde el nacimiento hasta los 24 años de edad.

Exclusiones de la cobertura:

Se excluye cualquier enfermedad grave que existiera antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza a la que se adhiere esta cobertura adicional.

Para la enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:

- Angioplastia coronaria transluminal percutánea.
- Trombosis mediante cateterismo coronario.
- El tratamiento por láser o cualquier otra enfermedad no operatoria. Para la enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:
- Los síntomas cerebrales de síndrome neurológico de migraña, isquemia transitoria, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

Para la enfermedad grave de neoplasia maligna (cáncer) queda excluido:

- Cáncer de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.
- Carcinoma “in situ” de cualquier localización (por ejemplo de cérvico-uterino, vejiga, tumores de recto, colon).

Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuales se consideran:

- Displasia cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3. Los cuales son:
 - NIC-I Displasia Leve
 - NIC-II Displasia Moderada
 - NIC-III Severa Carcinoma In Situ
- Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.
 - Grado I. Lesiones que sólo complican a la epidermis (melanoma in situ) no es una lesión invasiva.
 - Grado II. Infiltración de la dermis papilar pero no alcanza la interface papilar reticular de la dermis.
 - Grado III. Infiltración ocupa y expande la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular.
 - Grado IV. Infiltración en la dermis reticular pero no en el tejido subcutáneo.
- Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocélulares de la piel.
- Todos los carcinomas de células escamosas de la piel.
- Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (Incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la unión internacional contra el cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor. Donde:

Etapa T I

- En la etapa T I se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en al tacto rectal.
- La etapa T I se puede sub-clasificar en T I a, T I b y T I c.
- Las etapas T I a y T I b se corresponden a tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata, que es una operación que se hace para disminuir los síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.
- La etapa T I indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.
- Se clasificará como T I b si más del 5% del tejido es maligno.
- Los cánceres en la etapa T1 c se localizan porque se ha realizado una biopsia

debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.

G. Gastos Funerarios

La Compañía se obliga a pagar la suma asegurada contratada para esta cobertura, por concepto de Gastos Funerarios, al presentarse el fallecimiento de cualquier Asegurado, siempre que este se haya derivado de forma directa de una enfermedad o un accidente amparado durante la vigencia de esta cobertura.

La suma asegurada se pagará a la persona designada como Beneficiario y que presente a la Compañía el acta de defunción y los comprobantes de gastos y facturas derivadas de los gastos funerarios del Asegurado.

Si no se hubiere hecho designación de Beneficiario(s), se pagará en primera instancia, al Asegurado Titular de la Póliza, sí el Asegurado Titular hubiese fallecido entonces la suma asegurada se pagará al cónyuge o hijo mayor de edad asegurados en esta Póliza, en otro caso la indemnización se pagará al deudo que compruebe los gastos por el servicio funerario para lo cual deberá presentar las facturas a su nombre.

La edad máxima de aceptación del Asegurado para esta cobertura será de hasta los 69 años, cancelándose al aniversario siguiente en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.

En el caso de suicidio del Asegurado, ocurrido durante los 2 (Dos) primeros años de vigencia del contrato, contado a partir de la fecha del alta del Asegurado a la Póliza o de la última rehabilitación, la obligación de la Compañía se limitará únicamente a devolver el importe de la prima neta no devengada.

Esta cobertura tiene efecto una vez transcurridos 90 días naturales, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado en esta Cobertura. No aplica reconocimiento de antigüedad.

H. Beneficio Hospitalario VIP

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado gozará de un reducción de 5 puntos porcentuales en el coaseguro siempre y cuando se atienda en cualquier Hospital Preferente perteneciente a su nivel hospitalario o menor.

En caso de que el Asegurado cambie a un Hospital no Preferente, el Coaseguro que se aplicará será el contratado en la Póliza.

Si se atiende en un Hospital de mayor nivel al contratado o una región mayor se aplicará lo establecido en el apartado "Gastos a Cargo del Asegurado en el siniestro".

Exclusiones de esta cobertura: no aplica el beneficio de reducción de Coaseguro en los siguientes procedimientos quirúrgicos: Robots (método Da Vinci), Radiocirugía y terapia endovascular.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

V. EXCLUSIONES GENERALES (Gastos No Cubiertos)

Esta Póliza excluye los gastos para la atención de accidentes o enfermedades que se originen o sean consecuencia de:

- 1 *Padecimientos que hayan iniciado durante los primeros 30 días de Vigencia de la Póliza, este periodo no aplica en caso de Reconocimiento de Antigüedad, Renovación ni en caso de Accidente y Emergencias Médicas del Asegurado.*
- 2 *Padecimientos Preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en la Cobertura de Enfermedades Preexistentes.*
- 3 *Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento Médico y/o quirúrgico del Padecimiento o Accidente cubierto.*
- 4 *Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descuberto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.*
- 5 *Los siguientes productos o tratamientos aún con prescripción médica:*
 - a) *Fórmulas lácteas.*
 - b. *Suplementos y complementos alimenticios.*
 - c. *Multivitamínicos y complementos vitamínicos.*
 - d. *Cosméticos y dermatológicos.*
 - e. *Medicamentos que no estén amparados por una receta médica vigente.*
 - f. *Medicamentos de acción de Terapia celular.*
 - g. *Fórmulas naturistas y las relacionadas con Medicina Alternativa.*
 - h. *Medicamentos que no cumplan con lo establecido en el apartado "Definiciones" de estas condiciones generales.*
- 6 *Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.*
7. *Ningún protocolo de estudio para tratar Enfermedades que no estén apegadas a las guías de práctica clínica y que dichos tratamientos estén registrados y avalados por la Secretaría de Salud.*
8. *Las pruebas genéticas: MAMA PRINT, COLO PRINT, páneles de herencia, foundation one, páneles de biomarcadores, caris my profile, biopsia líquida.*
9. *Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable, así como riñas cuando el Asegurado sea el provocador. La autoridad competente será quien determine la responsabilidad del Asegurado, para lo cual deberá presentar la resolución por escrito de la misma.*
10. *Accidentes o lesiones del asegurado o cualquiera de sus dependientes que se produzcan por:*
 - a. *Estar en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia. Esta exclusión aplica únicamente para Asegurados dependientes económicos.*

- b. Participar activamente en actos de guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.*
- 11. Participación directa del Asegurado en aviación en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales.*
 - 12. Participación directa del Asegurado en entrenamientos, competencias, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.*
 - 13. Lesiones derivadas de Accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, a menos que:*
 - El vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales.*
 - Se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades siempre y cuando el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.*
 - 14. Enfermedades o Accidentes resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre, motonáutica y Automovilismo en cualquiera de sus modalidades, así como Enfermedades o Accidentes resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.*
 - 15. Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de ingesta de alcohol en la sangre superior a 0.8 gramos por litro o de alcohol en aire espirado superior a 0.4 gramos por litro (Información actualizada de acuerdo con el reglamento de tránsito de la Ciudad de México), toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.*
 - 16. Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo especificado en el apartado "GASTOS MEDICOS AMPARADOS, GASTOS DEL DONADOR".*
 - 17. Tratamientos para la calvicie, tratamientos de carácter estético o plástico así como sus complicaciones.*
 - 18. Tratamientos dietéticos, por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia, talla baja y cualquiera de naturaleza análoga, así como sus complicaciones.*
 - 19. Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de Padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, trastornos de lenguaje o de aprendizaje, de conducta, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, CONSULTA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA"*
 - 20. Las siguientes Terapias y/o tratamientos Médicos, cualquiera que sea su origen:*
 - a) Terapias de lenguaje*
 - b) Estimulación temprana*
 - c) Rehabilitación psicomotora, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, TERAPIAS DE REHABILITACIÓN"*
 - d) Neurolingüísticas*
 - e) Terapias de Neuroestimulación, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, TERAPIAS DE REHABILITACIÓN"*

- f) **Neurofeedback**
- g) **Rehabilitación cognitiva**
- h) **Aprendizaje**
- i) **Ocupacional**
- j) **Vocacional**
- k) **Recreativa**

No queda cubierto ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o Terapias antes mencionadas ni sus complicaciones, aun cuando éstas se encuentren justificadas médicamente y deriven de una Enfermedad o Padecimiento o Accidente amparado en este Contrato de Seguro..

21. **Disfunción sexual, incluyendo la eréctil o impotencia sexual.**
22. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, excepto lo específicamente señalado en el apartado de “gastos amparados, “TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTE”.**
23. **Aborto voluntario o interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas así como sus complicaciones sin importar cualquiera que sea su causa.**
24. **Los gastos de la Madre Biológica y de la Mujer Gestante en caso de Maternidad Subrogada.**
25. **Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedad o Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura denominada “PADECIMIENTOS CONGÉNITOS”.**
26. **Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad o la natalidad y Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
27. **Complicaciones del embarazo, parto o puerperio así como Padecimientos congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento para la Reproducción Asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.**
28. **Padecimientos congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, originados por alcoholismo e ingesta de alcohol, así como por el consumo de drogas, incluyendo las prescritas por el Médico.**
29. **Curas de reposo y Check up (revisión médica preventiva).**
30. **Tratamientos preventivos o profilácticos, incluyendo los indicados por el Médico Tratante e interconsultantes, aún en Siniestros que hayan sido cubiertos con anterioridad.**
31. **Los tratamientos que se requieran para la atención por intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto-inflingida, aún cuando se produzca en estado de enajenación mental o bajo el efecto de enervantes.**
32. **Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.**
33. **Implantes auditivos y cocleares.**
34. **Zapatos o plantillas ortopédicas así como Reposición de Aparatos Ortopédicos.**

35. **” Los gastos erogados por cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturista, hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia, curación energética, ozonoterapia, radiestesia, tratamientos experimentales y de investigación y similares que carezcan de evidencia científica. Excepto lo mencionado en el apartado denominado “MEDICINA ALTERNATIVA”.**
36. **Tratamientos experimentales o en periodo de investigación.**
37. **Los gastos por honorarios Médicos, cuando el Médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.**
38. **Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de este en el Hospital, excepto cama extra.**
39. **Tratamientos Médicos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS (o la institución gubernamental que asuma sus funciones) en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA de los Estados Unidos de América.**
40. **Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.**
41. **Servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.**
42. **Honorarios de Médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.**
43. **Tratamientos Médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos tales como menopausia, andropausia, acné juvenil, pubertad, menstruación, lentigo solar, melasma o cloasma e hiperpigmentación cutánea por daño solar.**
44. **Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en los apartados denominados “EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO”, “ENFERMEDADES GRAVES EN EL EXTRANJERO” y “COBERTURA INTERNACIONAL”.**

VI. GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO EN EL SINIESTRO

Queda a cargo del Asegurado el pago de Deducible y Coaseguro establecidos en este Contrato de seguro correspondiente a cada una de las coberturas contratadas.

Aplicación de Deducible y Coaseguro:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Padecimiento o Accidente, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.
2. A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro aplicando el Tope de Coaseguro correspondiente.

Aplicación de Deducible

El Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

El Deducible aplica para cada Padecimiento o Accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes del contrato.

En caso de solicitar un cambio de Deducible por un Deducible mayor y este cambio haya sido aceptado por la Compañía, el Asegurado deberá pagar la diferencia que exista entre el Deducible pagado y el nuevo Deducible elegido por el Contratante.

Aplicación de Coaseguro

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes de esta Póliza hasta el Tope de Coaseguro, ambos indicados en la Carátula de Póliza y/o Certificado.

El Tope de Coaseguro que se aplicará será el vigente en el momento en que se rebase dicho monto.

- a) Si el Asegurado decide acudir a un Hospital con clasificación diferente a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional o porcentaje de disminución al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la siguiente tabla:

Nivel Hospitalario de Atención			
Nivel Hospitalario Contratado	Alto	Medio	Estándar
Alto	Coaseguro Contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 10 puntos porcentuales
Medio	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales
Estándar	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado

- b) Todos los hospitales que no se encuentren en convenio, serán considerados como Nivel Hospitalario Alto para la aplicación del Coaseguro.
- c) El Asegurado puede recibir atención médica en un Estado distinto al Estado en donde se emitió la Póliza, en ese caso se aplicará el aumento o disminución de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo a la siguiente tabla, en caso de Emergencias Médicas no aplicará el aumento en Coaseguro:

Estado de Atención				
Estado Contratado	CDMX y Estado de México.	Nuevo León	Jalisco	Otros
CDMX y Estado de México.	Coaseguro Contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 10 puntos porcentuales
Nuevo León	Aumento de 20 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales
Jalisco	Aumento de 20 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales
Otros	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado

En los casos en que aplique aumento de coaseguro no aplicará tope de Coaseguro

- d) En caso de que el Asegurado se atienda en Estado y nivel hospitalario diferente al contratado aplicará la combinación (suma de Coaseguros) de las tablas presentadas en el inciso a y c. En ningún caso el coaseguro podrá ser menor a cero.
- e) El Tope de Coaseguro Aplica de acuerdo a la siguiente tabla:

Tope de coaseguro		
Coaseguro Contratado	Nivel hospitalario o Zona de atención	
	Contratado o Inferior	Superior
10%	\$35,000	No aplica Tope
15%	\$40,000	No aplica Tope
20%	\$60,000	No aplica Tope
25%	\$70,000	No aplica Tope
30%	\$80,000	No aplica Tope

VII. Cláusulas generales

CONTRATO

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, las condiciones generales, la carátula de la póliza, los certificados individuales, la tabla de honorarios quirúrgicos y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio y prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía, bajo el cual queda amparado todo asegurado que integre la colectividad asegurada de esta Póliza.

Periodo de beneficio

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

- a. El agotamiento de la suma asegurada.
- b. El monto de gastos incurridos durante el período de vigencia de la Póliza.
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

Si la Póliza se cancela de forma anticipada a petición expresa del Contratante o en caso de baja de algún Asegurado, **no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación o baja de la Póliza**, por lo que se termina la cobertura.

Los efectos del contrato terminarán y esta Póliza se cancelará automáticamente por falta de pago a partir del vencimiento de la prima o sus fracciones, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sólo en caso de que el Asegurado esté recibiendo algún tipo de atención médica amparada por la Póliza al momento de la cancelación de la misma, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, agotamiento de la suma asegurada o por 30 días naturales adicionales a partir de la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Renovación

Este Contrato podrá ser renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia, el Contratante da aviso por escrito de su voluntad de renovarlo, la renovación se realizará en los mismos términos y condiciones.

El pago de Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

Artículo 21 (Reglamento del seguro de grupo para a operación de vida y del seguro colectivo de accidentes y enfermedades):

“La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.”

Edad

Los límites de edad de aceptación para este Contrato serán, para el Asegurado Titular o cónyuge, desde el nacimiento hasta los 69 años, en caso de hijos será desde el nacimiento hasta 24 años. Si al momento de celebrar este Contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Compañía no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

En caso de que el Contratante requiera un límite mayor de edad al presentado en estas Condiciones Generales, se podrá otorgar dicho límite de edad, bajo previa valoración y aceptación de la Compañía. El límite de edad modificado se presentará al Contratante mediante la expedición de Endoso como parte integrante de la Documentación Contractual de la póliza.

Para los efectos de este contrato, se considerará como edad del Asegurado, la que haya alcanzado en su aniversario anterior a la fecha de alta del seguro.

Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites de aceptación fijados por este contrato, la Compañía podrá rescindir de pleno derecho el Contrato o sólo para este Asegurado. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho y devolverá al Contratante la parte de la prima neta no devengada deduciendo los gastos de adquisición, a la cuenta bancaria que hubiere indicado y en un plazo máximo de 10 (diez) días hábiles.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante la prima neta que hubiese pagado en exceso, calculada a partir de la fecha en la que la Compañía tenga conocimiento. El nuevo monto de la prima se determinará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos amparados en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato de acuerdo a lo establecido en el artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Residencia

Esta Póliza ampara a los Asegurados que radiquen en la República Mexicana con las diferencias de tarifa regional que la Compañía tenga en vigor al momento de la contratación.

En caso de que alguno de los Asegurados vaya a radicar por más de 3 meses y hasta un máximo de 12 meses continuos fuera del territorio nacional, deberá notificarlo previamente y por escrito a la Compañía, con una antelación mínima de 5 días previos al viaje, y pagar la Extraprima que determine la Compañía. De no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante dicho período, no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza.

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

Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, lo deberá comunicar a la Compañía por escrito, dentro de los 15 días naturales siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos Asegurados. En caso de no hacerlo la Compañía se reserva el derecho de rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.

La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de ocupación, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de ocupación, si la Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y la Compañía devolverá al Contratante la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá los accidentes de la nueva ocupación.

Movimientos de asegurados**ALTAS (Art 17 del Reglamento del seguro de grupo para a operación de vida y del seguro colectivo de accidentes y enfermedades):**

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, deberán presentar a satisfacción de la Compañía los requisitos médicos que ésta establezca, estas personas se considerarán parte de la colectividad asegurada hasta que la Compañía lo establezca de manera expresa dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación. Si la Compañía no da aviso dentro del plazo mencionado dichas personas quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

- Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y este contraiga matrimonio durante la vigencia de esta Póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.
- Cuando la regla incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

BAJAS (Art 18 del Reglamento del seguro de grupo para a operación de vida y del seguro colectivo de accidentes y enfermedades):

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la Póliza deberá ser por escrito y ser firmada por el Contratante, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la Póliza para ese Asegurado.

- Causarán baja de esta Póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.
- En caso de que el Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, este podrá solicitar a la Compañía su baja de la colectividad asegurada.

Obligaciones del Contratante (Art. 15 del Reglamento del seguro de grupo para a operación de vida y del seguro colectivo de accidentes y enfermedades):

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la Póliza:

- a) Solicitar el seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad asegurada definida en la carátula de la póliza. asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, previo consentimiento de las mismas dentro de los 30 días siguientes a que las cumplan.
- b) Dar aviso a la Compañía, de cualquier cambio en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.
- c) Comunicar a la Compañía las separaciones definitivas de miembros de la colectividad asegurada. Todos los movimientos se deberán informar a la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes en que estos ocurran, si no, la Compañía podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió estos, así como exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

En términos del **Art. 20 del Reglamento del seguro de grupo para a operación de vida y del seguro colectivo de accidentes y enfermedades**, cuando el objeto del presente seguro sea otorgar una prestación laboral, cuando exista un cambio de Contratante la Compañía podrá:

Rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad asegurable, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del Contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

Arbitraje médico

Si existiere controversia entre el Asegurado y la Compañía por la improcedencia de una reclamación a las obligaciones definidas en las condiciones generales, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje médico.

Para que se formalice el procedimiento de arbitraje ambas parten deberán de firmar un convenio arbitral.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Responsabilidad de terceros

En los términos de la Póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado y/o Beneficiario, por lo que la Compañía no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

Régimen fiscal

El régimen fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectuó el pago al Asegurado y/o a sus Beneficiarios, cuando ocurra el riesgo amparado en la Póliza.

Beneficio fiscal

Las Primas del presente contrato son deducibles de impuestos tanto para personas físicas como morales en términos de la Ley del Impuesto Sobre la Renta vigente y de las demás disposiciones legales aplicables.

Pago de indemnizaciones por siniestros

Es obligación del Contratante, Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a la Compañía la reclamación en caso de haberse presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización para casos dentro de la República Mexicana. Para reclamaciones fuera del territorio nacional, el Asegurado deberá contactar a la administradora de reclamos de la Compañía.

El tratamiento de emergencia en el extranjero debe ser notificado dentro de los 5 días siguientes al inicio del tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo reportarse en cuanto sea posible, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

Artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento”.

La Compañía tendrá derecho a exigir del Contratante o Asegurado toda clase de información sobre los hechos relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

En toda reclamación, el Contratante o Asegurado deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro y deberá presentar los documentos correspondientes, debidamente requisitados, que para tal efecto se le proporcionen, los informes Médicos, planes de tratamiento y estudios relacionados con el evento reclamado, así como los comprobantes fiscales (recibos y facturas) de los gastos efectuados.

La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

- a) El Contratante o Asegurado obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
- b) El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula “PRESCRIPCIÓN” de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.”

Los Asegurados están en libertad de escoger las instituciones hospitalarias y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta Póliza; en la inteligencia de que los costos que asume la Compañía serán de acuerdo a los límites establecidos en la tabla de honorarios quirúrgicos y nivel hospitalario contratados.

Para las coberturas y limitaciones que estén definidas como UMAM, se entenderá que las mismas son variables y éstas se fijarán en caso de Enfermedad, Padecimiento o Accidente, cubiertos por la Póliza, tomando en cuenta el valor que se encuentre vigente en la fecha de primera erogación efectuada por el Asegurado para esa Enfermedad, Padecimiento o Accidente.

Pago de Prima

1.- PRIMA. La prima correspondiente a esta póliza es por el periodo establecido en la carátula de la póliza, venciendo la prima a las 12:00 horas de la fecha de inicio de vigencia. No obstante, las partes podrán optar por el pago fraccionado de la prima, cuyas parcialidades deberán ser por periodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado. Para tal efecto, aplicará la tasa de financiamiento pactada entre la Compañía y el Contratante, a la fecha de celebración del contrato de seguro.

En caso de reclamación indemnizable por esta póliza, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la prima correspondiente al período del seguro contratado.

2.- LUGAR DE PAGO DE PRIMA. A menos que se acuerde de otra forma entre el Contratante y la Compañía, es obligación del Contratante pagar en las oficinas de la Compañía las primas convenidas, contra entrega del recibo de pago correspondiente, el cual deberá reunir los requisitos de validez en él mencionados. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios tales como tarjetas bancarias, transferencias electrónicas o depósito en cuenta. El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, transferencia y/o depósito, hará prueba plena del mismo, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante correspondiente.

3.- PERIODO DE GRACIA. Conforme al Artículo 37 y 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si el Asegurado opta por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 (treinta) días naturales contados a partir de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

4.- CESACIÓN DE LOS EFECTOS DEL CONTRATO. Si no hubiere sido pagada la prima o fracción correspondiente, de acuerdo con lo previsto en el numeral anterior, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12:00 horas de la fecha límite del pago.

5.- REHABILITACIÓN. No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Contratante podrá dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día de Plazo de Gracia señalado en el numeral 3 de esta Cláusula, pagar la prima del seguro o la parcialidad correspondiente, siempre y cuando solicite por escrito la rehabilitación y expida una carta de no siniestralidad. En este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la Compañía devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la Prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro en virtud de lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la Vigencia del seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la Rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las 12:00 P.M. de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso la Compañía responderá de Siniestros ni sus complicaciones ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

Prima de ajuste

En caso de alta de Asegurados, ampliación de beneficios y/o coberturas, así como cambio de ocupación, la Compañía, de ser necesario, cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el periodo de gracia.

Al final del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto la prima o la fracción pactada.

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al Contratante la prima neta pagada al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza correspondiente a dicho Asegurado y/o movimiento, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

Zona de cobertura (territorialidad)

Salvo pacto en contrario, la Póliza sólo ampara los gastos médicos cubiertos realizados dentro de los límites territoriales de la República Mexicana.

En caso de contratar una de las siguientes coberturas:

- a) Cobertura en el extranjero,
- b) Emergencia médica en el extranjero, o
- c) Enfermedades catastróficas en el extranjero,

Los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser amparados de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas adicionales.

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidos por este beneficio los Asegurados que residan en la República Mexicana.

El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de sus dependientes cuando éstos no residan en el mismo domicilio del titular, así como el cambio de residencia de los mismos.

Otros seguros

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras Compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las Pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra compañía.

Cancelación, terminación o rescisión

La vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado, concluirá en la fecha de terminación indicada en Póliza y en el certificado o antes, si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La cancelación del presente seguro a solicitud por escrito del Contratante con 30 días de anticipación.
- b) En caso de que el Contratante y/o Asegurado, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, la Compañía podrá rescindir el certificado respecto de ese Asegurado en términos de lo previsto por artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

Agravación esencial del riesgo

“Para efectos de este contrato, se entenderá como Agravación de Riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, incrementando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52, 53, 54 y 55 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Es obligación del Asegurado, comunicar a la Compañía 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.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Capítulo XV del Acuerdo por el cual se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.”

Comisiones o Compensaciones

En cualquier momento durante la vigencia de la 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 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Notificaciones y/o comunicaciones

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la Compañía, señalado en la carátula de la póliza. En los casos en que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la póliza, la Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Compañía.

Rectificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante, de acuerdo a lo establecido en el *artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro*.

Modificaciones

Cualquier modificación con relación al riesgo cubierto por el presente contrato de seguro, deberá hacerse por escrito y con solicitud firmada por el Contratante y aceptado por la Compañía por solicitud expresa del Contratante. El agente de seguros sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas. Estas modificaciones deberán constar mediante endoso.

Cualquier modificación solicitada por el Asegurado deberá apegarse a términos y condiciones del producto registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Todas las modificaciones a condiciones generales o especiales de aseguramiento deberán estar previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Omissiones o inexactas declaraciones

a. Del contratante

Por ser la base para la apreciación del riesgo a contratar, es obligación del Contratante y/o representante legal de éste, contestar con veracidad la solicitud del seguro al momento de la contratación del seguro, asimismo declarar por escrito a la **Compañía** todos los hechos para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato, de acuerdo a lo establecido en los artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Sin perjuicio de lo indicado en el Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos 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**, de acuerdo a lo establecido en los artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

b. Del Asegurado

En el caso de Asegurados dados de alta después de 30 días naturales de haber adquirido el derecho de pertenecer a la Colectividad, es obligación del Asegurado y/o su representante legal, contestar con veracidad formato correspondiente, al momento de su alta en este Contrato, asimismo declarar por escrito a la **Compañía** todos los hechos para la correcta apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de su alta.

Sin perjuicio de lo indicado en el Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato para el(los) **Asegurado(s)** de que se trate(n), aunque no hayan influido en la realización del **siniestro**, de acuerdo a lo establecido en los artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La **Compañía** estará facultada para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan cuando se realice algún pago por concepto de omisiones, inexactas declaraciones o negligencia por parte del **Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios**”

Moneda

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que haya lugar por esta póliza, son liquidables, en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente. Los gastos efectuados en el extranjero se cubrirán al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, vigente a la fecha de la erogación del gasto.

Interés por mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de seguro, se obliga a pagar al Asegurado, Beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Artículo 276.- “Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, 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 del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo 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, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y 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 Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y 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 a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo 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 únicamente 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 el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución 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 la indemnización por mora establecida 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;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

Subrogación de derechos

En los términos de Ley, una vez pagada la indemnización correspondiente, la Compañía podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a los responsables del mismo, hasta el límite de indemnización y sin que tal derecho pueda ejecutarse en perjuicio del Asegurado. Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado hará constar la subrogación ante notario o corredor público.

Si por hechos u omisiones del Asegurado se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal, concubinato o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien, si civilmente es responsable de la misma.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la UNE o en la CONDUSEF. A su elección, podrá determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones en los términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo, de la LISF.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este **contrato de seguro** prescribirán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por querellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El plazo de que se trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización de un 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 de derecho constituido a su favor”.

Entrega de la Póliza

La Póliza, Endosos, Certificados Individuales, así como las Condiciones Generales de la póliza serán entregados al Contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

La entrega se hará vía correo electrónico a la dirección proporcionada por el Contratante o a través del medio elegido, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En el supuesto de que el Contratante no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Compañía, le sea enviada vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.

En cualquier momento, el Asegurado y/o Contratante podrá(n) consultar y obtener una copia de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro en www.vepormas.com

Uso de Medios Electrónicos (Via telefónica e internet) o por persona moral distinta a agentes de seguros

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de las Disposiciones de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el Contratante y/o Asegurado podrán hacer uso de los medios electrónicos que La Compañía pone a su disposición y que se regulan a través del documento denominado “Términos y condiciones para el uso de medios electrónicos” cuya versión vigente se encontrará disponible en la siguiente dirección electrónica www.vepormas.com.

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de medios electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para: (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios y (iv) cualesquiera otros que sean incluidos en los “Términos y condiciones para el uso de medios electrónicos.”

Preceptos legales

De conformidad con el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en el siguiente enlace se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato: <https://www.vepormas.com/fwpl/storage/preceptoslegales.pdf>

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o al teléfono 800 830 3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico “aclaraciones.une@segurosvepormas.com”, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 6 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021 / CONDUSEF-004962-04

