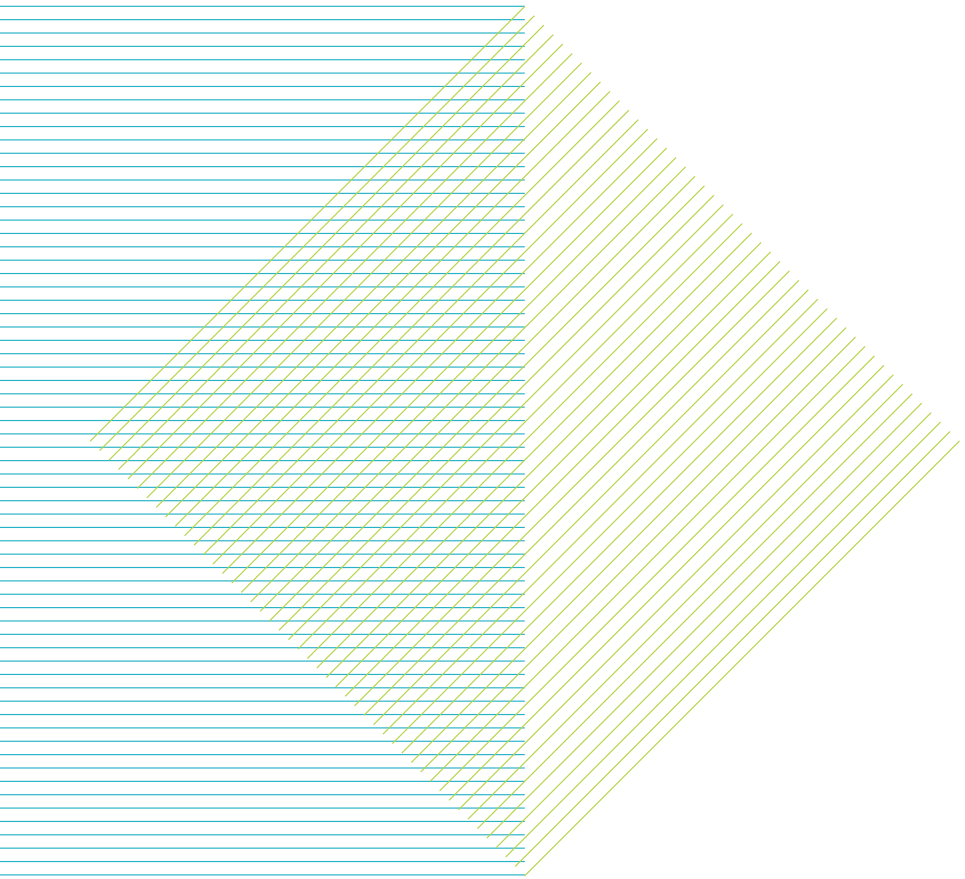


Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0132-2019. 26 de Marzo de 2019.

Gastos Médicos
B×+ / GM B×+

Seguros B×+



Condiciones Generales

Gastos Médicos
B×+ / GM B×+

MARZO 2019

“Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-000889-08, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)”.

ÍNDICE

Objeto del seguro **13**

Definiciones **14**

Accidente 14
Cobertura para accidente 14
Agente de seguros 14
Antigüedad 14
Aparato (órtesis) 14
Asegurado 14
Asegurado dependiente económico 15
Asegurado titular 15
Beneficiario 15
Carátula de la póliza 15
Coaseguro 15
Concubina(o) 16
Contratante 16
Consulta médica post-operatoria 16
Cuarto privado 16
Deducible 16
Emergencia médica 16
Endoso 16
Enfermedad 17
Enfermedad amparada 17
Enfermedad congénita 17
Enfermera 17
Evento 17
Exclusiones 17
Extraprima 17
Honorario médico y/o quirúrgico 18
Hospital 18
Hospitalización 18
Indemnización 18
La Compañía 18
Lugar de residencia 18
Medicamento 18
Médico 19
Médico tratante 19
Pago directo 19
Periodo al descubierto 19
Periodo de espera 19
Práctica Amateur 19
Preexistencia 20

Prima 20
Programación de Cirugía y/o tratamiento médico 20
Prótesis 20
Reclamación o solicitud de servicios 21
Reconocimiento de Antigüedad 21
Proveedores de Servicios 21
Reembolso 21
Rehabilitación 21
Reinstalación de Suma Asegurada 21
Renovación de la Póliza 21
Segunda opinión médica 22
Signo y síntoma 22
Siniestro 22
Solicitud 22
Suma asegurada 22
Tabla de Honorarios Quirúrgicos 22
Tarjeta de Identificación de la Póliza 23
Tope de coaseguro 23
Vigencia 23

Gastos Médicos Amparados **24**

Honorarios por procedimientos médicos y/o quirúrgicos 24
Honorarios por consultas médicas 26
Gastos hospitalarios 26
Tratamientos y procedimientos no quirúrgicos 27
Honorarios de enfermeras fuera del hospital 27
Medicamentos fuera del hospital 27
Estudios de laboratorio y gabinete fuera del hospital 28
Renta de equipo tipo hospital 28
Aparatos ortopédicos, de rehabilitación y prótesis 28
Uso de ambulancia 28
Tratamientos dentales 29
Gastos por donación de órganos al asegurado 29
Complicaciones del embarazo y/o puerperio 29
Cobertura de maternidad 31
Padecimientos congénitos 32
Prematurez 33
Tratamientos de enfermedades psiquiátricas 33
Circuncisión 33
Cirugía para corregir trastornos de la refracción ocular 33
Enfermedades preexistentes declaradas 34
Cirugía de párpados (ptosis palpebral/blefaroplastia) 34

Tratamiento de nariz y/o senos paranasales 34
Tratamiento de Columna Vertebral y Rodilla 35
Emergencia Médica en el Extranjero 36
Segunda opinión médica 37
Cirugía plástica reconstructiva a consecuencia de un accidente 38
Enfermedades con período de espera 38

Coberturas especiales otorgadas en hospitales del Grupo Ángeles 41

Coaseguro 41
Paquete de admisión 41
Medicamentos necesarios para evitar complicaciones de enfermedades o accidentes amparados 41
Emergencias por complicaciones derivadas de tratamientos o cirugías no amparadas 42
Complicaciones del embarazo adicionales 43
Honorarios por procedimientos médicos y/o quirúrgicos 43
Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo 44

Servicios de Asistencia 45

Servicios de asistencia al viajero 45

Beneficios adicionales (con costo) 49

Cobertura Internacional 49
Eliminación de deducible y coaseguro en accidente 49
Disminución de coaseguro en enfermedad 50
Ayuda diaria por hospitalización 50
Multi-región 50
Gastos funerarios 50
Protección continua 52
Enfermedades graves 52
Enfermedades graves en el extranjero 59

Exclusiones 66

Padecimientos preexistentes 67
Tratamientos estéticos 67
Tratamientos de enfermedades psiquiátricas 68
Tratamientos dentales 68
Tratamientos relacionados con la fertilidad 69
Tratamientos relacionados con el embarazo 69
Revisiones de Rutina 70
Intento de suicidio y lesiones auto inflingidas 70
Adicciones 70
Compra de aparatos ortopédicos, de rehabilitación y prótesis 70
SIDA 71
Medicina alternativa 71
Gastos de honorarios médicos de familiares 72

Gastos del acompañante 72
Gastos menores o iguales al deducible 72
Otros gastos no amparados 72
Cláusulas generales 74
Contrato 74
Periodo de beneficio 74
Renovación garantizada 76
Terminación anticipada y rescisión del contrato de seguro 76
Rehabilitación de la póliza 77
Edad 78
Agravación del riesgo 80
Deportes peligrosos 81
Residencia 81
Ocupación 81
Movimiento de asegurados 82
Altas 82
Bajas 83
Ajustes de prima 83
Prima 83
Plazo de pago de la prima o periodo de gracia 83
Forma de pago de la prima 84
Lugar de pago de la prima 84
Comisiones 84
Notificaciones y/o comunicaciones 85
Rectificaciones 85
Modificaciones 85
Omisiones o inexactas declaraciones 86
Zona de cobertura (territorialidad) 87
Moneda 87
Intereses moratorios 88
Subrogación de derechos 91
Arbitraje médico 91
Prescripción 92
Responsabilidad de terceros 93
Competencia 93
Régimen fiscal 93
Inicio y fin de vigencia 93
Beneficio fiscal 93
Pago de indemnizaciones por siniestro 99
Coaseguro por región y nivel hospitalario 107
Entrega de Documentación Contractual 109
Preceptos Legales 110

Anexo 1

112

OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurriere en cualesquiera de los gastos amparados por la póliza y enumerados más adelante, La Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada y/o el periodo de beneficio, ajustándolos previamente a:

- Las especificaciones de la carátula de la póliza,
- Condiciones generales,
- Endosos y Cláusulas Adicionales,

siempre y cuando el evento ocurra durante el periodo de cobertura y cuando la póliza se encuentre en vigor y los padecimientos cumplan con lo enunciado en estas condiciones generales.

DEFINICIONES

ACCIDENTE

Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa, súbita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales.

COBERTURA PARA ACCIDENTE

Seguros Ve por Más cubrirá los gastos médicos ocasionados por lesiones corporales a consecuencia de un accidente, siempre y cuando la primera atención médica se lleve a cabo dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha del accidente.

AGENTE DE SEGUROS

Es la persona autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para la comercialización de seguros.

ANTIGÜEDAD

Es el tiempo que el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Ve por Más u otra Aseguradora.

APARATO (ÓRTESIS)

Es todo aquel dispositivo, férula, ayuda técnica o soporte; que es utilizado en ortopedia y fisioterapia y que ayudan a corregir deformidades, sostener, alinear o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento y mejoran la función del aparato locomotor. Existen diferentes aparatos como: Estabilizadores o inmovilizadores, funcionales o dinámicos, correctores y protectores.

ASEGURADO

Es (son) la(s) 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 endoso correspondiente, que podrá(n) ser cualquiera de las siguientes:

1. Asegurado Titular o Contratante (persona física).

2. Asegurado Dependiente Económico del Asegurado titular.

ASEGURADO DEPENDIENTE ECONÓMICO

Cónyuge, concubina(o) e hijos menores de 25 años del Asegurado titular o familiares del Asegurado titular siempre y cuando exista un interés asegurable a plena satisfacción de La Compañía y haya sido aceptado por esta última para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato.

ASEGURADO TITULAR

Es la persona física mayor de edad con capacidad jurídica que por sí misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por esta póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro. Adicional al Contratante este puede solicitar modificaciones a 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 contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

COASEGURO

Es el porcentaje establecido en la carátula de la póliza 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, estará indicada en la carátula de la póliza.

CONCUBINA(O)

Es la persona que posea tal carácter, de conformidad con la legislación civil aplicable.

CONTRATANTE

Aquella 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.

CONSULTA MÉDICA POST-OPERATORIA

Se considera como consulta médica post-operatoria, a la(s) consulta(s) médica(s) que se efectúa(n) después de una cirugía, para vigilar la evolución inmediata del paciente.

CUARTO PRIVADO

Para efectos de esta póliza se refiere a un cuarto individual de hospital o sanatorio, que incluye una cama extra para un acompañante y baño privado.

DEDUCIBLE

Es la cantidad fija establecida en la carátula de la póliza que el Asegurado tendrá que cubrir una sola vez por cada enfermedad o accidente.

EMERGENCIA MÉDICA

Todo padecimiento médico-quirúrgico agudo, que requiera atención médica inmediata y ponga en riesgo la vida, o la integridad corporal de algún órgano vital.

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

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un Médico titulado y legalmente autorizado.

ENFERMEDAD AMPARADA

Se entenderá por enfermedad, toda 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.

ENFERMEDAD CONGÉNITA

Aquellas enfermedades o malformaciones que se originan durante el Período de Gestación y se manifiestan al nacimiento o durante la vida.

ENFERMERA

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

EVENTO

Se entenderá por evento a un accidente o enfermedad amparada.

EXCLUSIONES

Son los eventos, gastos o enfermedades no amparados por la póliza.

EXTRAPRIMA

Es la 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.

HONORARIO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO

Es la cantidad monetaria que el Médico cobra por concepto de tratamientos proporcionados o intervenciones quirúrgicas practicadas al Asegurado.

HOSPITAL

Institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado y certificado para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos o lesionados.

HOSPITALIZACIÓN

Internamiento mayor a 24 horas del Asegurado en un centro hospitalario en caso de siniestro. 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.

LA COMPAÑÍA

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

LUGAR DE RESIDENCIA

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

MEDICAMENTO

Es una o más sustancias, integrados en una fórmula, destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud.

Se debe encontrar registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea surtido, estar registrado como tal ante la Cofepris (Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios) y estar aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América.

Se utilizan bajo la prescripción del médico tratante y deben estar relacionados y autorizados para el tratamiento de la enfermedad, padecimiento o accidente.

MÉDICO

Es la persona que ejerce la Medicina, con Cédula Profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser Médico General o Médico Especialista, en este caso deberá tener el Certificado Vigente por el Consejo de la especialidad correspondiente.

MÉDICO TRATANTE

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

PAGO DIRECTO

Beneficio opcional mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al hospital y/o al médico, por servicios cubiertos por la póliza a los Asegurados de acuerdo a las condiciones de la misma.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato.

PERIODO DE ESPERA

Es el tiempo mínimo de cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada Asegurado, necesario para cubrir ciertas enfermedades.

PRÁCTICA AMATEUR

Es aquella que se practica sin el patrocinio de ninguna institución, ya sea pública o privada y por el cual no se recibe ningún tipo de remuneración.

PREEXISTENCIA

Se refiere a aquellas enfermedades que cumplan con cualquiera de los siguientes puntos:

- *Cualquier enfermedad que previamente a la celebración del contrato se haya diagnosticado por un médico.*
- *Cuando el Asegurado haya erogado gastos comprobables para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.*
- *Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.*

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades, La Compañía, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no se le aplicará la Cláusula de preexistencia de la enfermedad relativa al examen aplicado y que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen.

PRIMA

Es la contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y/O TRATAMIENTO MÉDICO

Beneficio opcional por el cual La Compañía otorga autorización previa al internamiento, que el Asegurado solicita para el pago directo de la realización de alguna intervención quirúrgica, y/o tratamiento médico.

PRÓTESIS

Es la sustitución parcial o total de un órgano o miembro con incapacidad, física, invalidez o dosimetría.

RECLAMACIÓN O SOLICITUD DE SERVICIOS

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios de este contrato.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Beneficio opcional que La Compañía otorga para reducir o eliminar periodos de espera cuando el solicitante ha estado amparado en ésta u otra Compañía de forma ininterrumpida.

PROVEEDORES DE SERVICIOS

Guías de hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes, farmacias y médicos para los cuales La Compañía paga directamente por los gastos y/o servicios cubiertos por la póliza a los Asegurados de acuerdo a las condiciones de la misma.

REEMBOLSO

Es la restitución de gastos procedentes erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente.

REHABILITACIÓN

Procedimiento por el que las garantías del contrato de seguro vuelven a adquirir plena vigencia.

REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

La suma asegurada otorgada se establecerá en la carátula de la póliza y se aplicará por cada nueva enfermedad y/o accidente, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Acto por el cual La Compañía realiza la renovación de la póliza por otro periodo de igual duración a la vigencia anterior.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Opinión requerida por el Asegurado para corroborar un diagnóstico médico, la cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen en la atención médica del Asegurado.

SIGNO Y SÍNTOMA

Presencia de manifestaciones en una enfermedad que refiere el paciente o que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

SINIESTRO

Eventualidad prevista en el contrato.

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.

SUMA ASEGURADA

Es la 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, endosos y cláusulas correspondientes, aplicable para cada enfermedad o accidente.

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 por el Asegurado.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Tarjeta expedida por La Compañía con la fecha de alta al seguro, misma que sirve sólo para identificarse como Asegurado de La Compañía, no tiene ningún otro valor.

TOPE DE COASEGURO

Es el monto máximo con el que participa el Asegurado por concepto de coaseguro de acuerdo a las condiciones de la póliza.

VIGENCIA

Periodo de validez del Contrato de Seguro que se indica en la carátula de la póliza.

GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

La Compañía pagará, de acuerdo a la suma asegurada contratada y estipulada en la caratula de la Póliza y a sus Endosos acorde a la tabla de honorarios quirúrgicos contratada para la enfermedad o accidente de que se trate, los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

HONORARIOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado. Los médicos especialistas deberán estar certificados por el consejo de la especialidad correspondiente.

En la Tabla de Honorarios Quirúrgicos cada padecimiento tiene asignado un porcentaje que al multiplicarse por la base de Honorarios Quirúrgicos contratado y que aparece en la Póliza, se calculará la cantidad máxima que se pagará por padecimiento.

Se pagarán todas las atenciones prestadas al Asegurado por el cirujano y las consultas post-operatorias dentro de los 30 días naturales siguientes a la intervención quirúrgica y/o un máximo de 4 consultas, lo que ocurra primero.

Los Honorarios se cubrirán de la siguiente manera:

Por concepto de honorarios del anestesiólogo, La Compañía pagará el 30% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente, estos honorarios son por anestesia general suministrada a pacientes en intervenciones de cirugía mayor con apertura de cavidades. Los procedimientos que no requieran anestesia general y solo se suministre anestesia local y/o sedación se cubrirán de acuerdo al procedimiento a realizar y será tabulado por La Compañía.

Por concepto de honorarios de primer ayudante, La Compañía pagará el 20% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Para los procedimientos quirúrgicos que requieran la intervención de un segundo ayudante e/o instrumentista, La Compañía pagará hasta un máximo del 10% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente. El segundo ayudante e/o instrumentista solo se autorizará en aquellas cirugías que por protocolo lo requieran.

Los procedimientos realizados que no se encuentren en la tabla de honorarios quirúrgicos, se valuarán por similitud a los comprendidos en ella.

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 efectúen por cirujanos de distinta especialidad, La Compañía pagará el importe de la suma de los montos correspondientes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada procedimiento.

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% y la segunda al 50%, estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

Si se practica al Asegurado dos procedimientos en la misma región anatómica por el mismo médico, La Compañía pagará la cirugía de mayor monto al 100% y la segunda no quedará amparada; estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

En caso de politraumatizados cuando tengan que ser intervenidos quirúrgicamente por diferentes especialistas se cubrirá el 100% de la tabla de honorarios quirúrgicos para cada una de ellas independientemente del número necesario para tratar al paciente.

En procedimientos quirúrgicos novedosos como el uso de Robots (por ejemplo Da Vinci), Radiocirugía y Terapia Endovascular, el deducible y el coaseguro serán los contratados y no aplica el tope de coaseguro. **No aplican los beneficios de reducción de coaseguro de las cláusulas:**

- **Coaseguro por Región y Nivel Hospitalario**

- **Coberturas Especiales otorgadas en Hospitales del Grupo Ángeles**
- **Disminución de Coaseguro en Enfermedad**

En el caso de medicamentos de los cuales cuenten con aprobación de la FDA pero que aún no tengan la patente en México, éstos estarán cubiertos con base a lo siguiente:

Si el costo del tratamiento farmacológico prescrito es mayor de $100,000 se aplicará coaseguro del 50%, en caso de que dicho tratamiento no supere los $100,000 aplicará el coaseguro contratado. En ambos casos, quedará sin efecto la aplicación del tope de coaseguro y **No aplican los beneficios de reducción de coaseguro de las cláusulas:**

- **Coaseguro por Región y Nivel Hospitalario**
- **Coberturas Especiales otorgadas en Hospitales del Grupo Ángeles**
- **Disminución de Coaseguro en Enfermedad**

Se cubrirá la Cirugía Bariátrica requerida por el asegurado siempre y cuando se compruebe medicamente el diagnóstico de obesidad mórbida con un índice de masa corporal superior al 40%, aplicando un periodo de espera de 4 años y sin reconocimiento de antigüedad. El coaseguro será del 50% y sin aplicar el tope de coaseguro indicado en la carátula de la póliza.

HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS

Se cubrirán las consultas médicas derivadas de una enfermedad o accidente, con base al monto máximo establecido para este concepto en la tabla de honorarios quirúrgicos.

GASTOS HOSPITALARIOS

Consiste en el costo del cuarto privado estándar con baño, alimentos, medicamentos, suministros, laboratorio, gabinete y atención general de enfermeras en el hospital, sala de operaciones, recuperación y de curaciones, terapia intensiva o intermedia y unidad de cuidados coronarios, equipo de anestesia, material médico durante su estancia hospitalaria y cama extra para un acompañante.

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

Se cubrirán los gastos procedentes erogados por tratamientos y procedimientos, tales como:

- Radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, cámara hiperbárica, inhaloterapia, fisioterapia, diálisis, litotripsia y otros semejantes, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y necesariamente derivados del padecimiento y/o accidente amparado.
- Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas necesarias para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparado.
- Terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.

HONORARIOS DE ENFERMERAS FUERA DEL HOSPITAL

La Compañía sólo pagará los honorarios de enfermeras tituladas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del médico tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 30 días naturales con un máximo de tres turnos por día.

MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL

Se cubrirá el costo de los medicamentos adquiridos por el Asegurado fuera del hospital o sanatorio prescritos por los médicos tratantes y que estén relacionados con el padecimiento, presentando las facturas de farmacia acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE FUERA DEL HOSPITAL

Se cubrirán los gastos por pruebas de laboratorio, estudios de gabinete, de imagen, isótopos radioactivos, electrocardiografía, encefalografía, o cualesquier otros estudios relacionados con el diagnóstico definitivo.

RENTA DE EQUIPO TIPO HOSPITAL

Estarán amparados 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.

APARATOS ORTOPÉDICOS, DE REHABILITACIÓN Y 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, hasta la suma asegurada contratada, siempre que sean indicados por el Médico Tratante, no sean consideradas experimentales y con aprobación previa del gasto de La Compañía.

Se cubren sesiones de terapia física y rehabilitación, una por día, indicadas por él o los médicos tratantes y realizadas en establecimientos autorizados para este servicio por un máximo de 40 días continuos.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, la reposición de aparatos ortopédicos, de rehabilitación y prótesis por descuido o mal uso, así como los ya existentes a la fecha de alta del Asegurado con Seguros Ve por Más, salvo a consecuencia de un accidente amparado y previa autorización de La Compañía.

USO DE AMBULANCIA

Se cubrirán los siguientes servicios de ambulancia, hacia o desde el hospital, cuando se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a los límites establecidos:

- Ambulancia terrestre.
- Ambulancia terrestre equipada para terapia intensiva en caso de urgencia médica.
- Ambulancia aérea en caso de urgencia 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 no se cubrirá cuando el motivo del traslado no sea por indicación médica. Lo anterior operará mediante Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará lo que resulte mayor del coaseguro contratado y un coaseguro del 20%, sobre el monto total de la factura del vuelo eliminando el tope de coaseguro estipulado en la carátula de la póliza.

TRATAMIENTOS DENTALES

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.

GASTOS POR DONACIÓN DE ÓRGANOS AL ASEGURADO

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, necesarios para el trasplante hasta por un monto de 100,000 pesos siempre que el receptor sea un Asegurado. No se cubren las pruebas de compatibilidad de candidatos a donadores. **No aplica deducible ni coaseguro.**

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PUERPERIO

Se cubrirán únicamente los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, del parto o puerperio, conforme al periodo de espera correspondiente para la Asegurada:

Con un periodo de espera de 10 meses con motivo de:

- Aborto espontáneo no provocado

- Atonía Uterina.
- Cerclaje
- Diabetes Gestacional
- Embarazo Extrauterino
- Embarazo Molar
- Fiebre Puerperal
- Huevo Muerto Retenido
- Legrado Terapéutico (aquel que es necesario para tratar por alteraciones o enfermedades de la madre y del producto)
- Óbito
- Placenta Acreta
- Placenta Previa
- Preclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica

Únicamente el Huevo Muerto Retenido se cubrirá con una Suma Asegurada Máxima del 33% de la que corresponde para la Cobertura de Maternidad.

No estará amparada la interrupción del embarazo cuando la madre o el producto no presenten alteraciones o enfermedades que lo hagan necesario aunque jurídicamente este permitido.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, cualquier otra complicación del Embarazo y/o Puerperio a las mencionadas salvo en lo estipulado en las coberturas especiales otorgadas en Hospitales del Grupo Ángeles.

No se cubrirá ninguna complicación del embarazo cuando sea consecuencia de algún tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.

No aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera. Esta cobertura aplica para cualquier Asegurada dentro de la póliza.

En caso de rehabilitación de la póliza, el periodo de espera será a partir de la fecha de rehabilitación.

COBERTURA DE MATERNIDAD

Se cubrirán los gastos correspondientes únicamente a la hospitalización y honorarios médicos relacionados al evento de parto o cesárea con un periodo de espera de 10 meses para la Asegurada. La suma asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la póliza sin aplicar deducible ni coaseguro, el nivel hospitalario que se aplicará será el vigente a la fecha en que dio inicio la gestación. No aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.

El monto de la cobertura será de hasta:

- 30,000 pesos si el nivel hospitalario contratado es estándar
- 40,000 pesos si el nivel hospitalario contratado es medio
- 50,000 pesos si el nivel hospitalario contratado es alto

Esta cobertura aplica para cualquier Asegurada dentro de la póliza.

En caso de rehabilitación de la póliza, el periodo de espera será a partir de la fecha de rehabilitación.

Esta cobertura no aplica si el deducible contratado es mayor a 20,000 pesos.

Transcurridos 8 meses de vigencia continua en la póliza, La Compañía a solicitud de la Asegurada, pagará

20,000 pesos a cuenta de los gastos cubiertos por este beneficio (Cobertura de Maternidad) a partir de la semana 28 de gestación, por lo que será necesario presentar el resultado de un estudio de ultrasonido interpretado que avale el tiempo de gestación.

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Se amparan desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos por los padecimientos congénitos y enfermedades ocurridas al nacimiento siempre y cuando la madre haya cumplido el periodo de espera de 10 meses al momento del parto o cesárea y sin reconocimiento de antigüedad. Es necesario dar de alta al recién nacido durante los primeros 30 días naturales a partir del nacimiento.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, los gastos por control, vigilancia y atención prenatal.

Los padecimientos congénitos de nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el periodo de espera de 10 meses especificado en el texto anterior al momento del parto o cesárea, quedarán cubiertos, siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en Seguros Ve por Más.

- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en Seguros Ve por Más.

- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en Seguros Ve por Más.

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

PREMATUREZ

Se amparan los gastos por prematurez de los recién nacidos en la vigencia de la póliza. Siempre y cuando la madre haya estado asegurada 10 meses antes del nacimiento.

TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Se amparan los tratamientos psiquiátricos que se requieran siempre y cuando sea un psiquiatra certificado quien determine que el tratamiento se requiere. Los gastos amparados para esta cobertura son:

- Honorarios del psiquiatra hasta por 12 consultas anuales por un periodo no mayor a un año.

CIRCUNCISIÓN

Se cubrirá con una suma asegurada de hasta 5,000 pesos sin deducible ni coaseguro siempre y cuando:

- El Asegurado cuente con un periodo de espera de dos años si este nació fuera de la vigencia de la póliza, sin aplicar reconocimiento de antigüedad.

- Se demuestre con una patología la necesidad de practicarla y no sea de carácter profiláctico.

CIRUGÍA PARA CORREGIR TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN OCULAR

Se amparan los gastos de esta alteración cuando la graduación por ojo sea mayor o igual a cinco dioptrías por cada trastorno. El tratamiento para corregir uno o ambos ojos en una misma sesión se considera como un solo evento. La suma asegurada será de $14,000 por ambos ojos sin aplicar deducible ni coaseguro con periodo de espera de un año. **No aplica el reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.**

ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS

Las enfermedades preexistentes declaradas serán evaluadas por el departamento de suscripción, el cual podrá, de acuerdo a las características de la enfermedad y su tiempo de evolución:

- Cubrirlas con extraprima
- Emitir endosos de exclusión temporales
- Emitir endosos de exclusión definitivos

Los padecimientos declarados que no estén sujetos a los tres puntos anteriores quedan cubiertos a partir del inicio de vigencia.

Para la correcta evaluación de los padecimientos preexistentes declarados, el departamento de suscripción pudiera solicitar al Asegurado informes detallados del médico tratante o responder a cuestionarios específicos.

CIRUGÍA DE PÁRPADOS (PTOSIS PALPEBRAL/BLEFAROPLASTIA)

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de Cirugía de Párpados se cubrirán con un periodo de espera de dos años reconociendo antigüedad y bajos las siguientes condiciones:

- Se requiere fotografía (mirando de frente) previa a la cirugía.
- Procedimiento ambulatorio topado a $25,000 pesos aplicando el deducible y coaseguro contratados y especificados en la carátula de la póliza.

Solo se cubren las cirugías requeridas de tipo funcional, La Compañía valorará el caso para determinar su procedencia.

TRATAMIENTO DE NARIZ Y/O SENOS PARANASALES

Se cubre los gastos del asegurado afectado resultantes de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales, por enfermedad y/o accidente, conforme a lo siguiente:

- En caso de accidente, dentro de los primeros 2 años de cobertura continua de la presente póliza, se aplicará deducible contratado y el coaseguro del 50%, tomando en cuenta el tope de coaseguro establecido en la carátula de la póliza. Aplica reconocimiento de antigüedad.
- En caso de enfermedad y/o accidente, después de los primeros 2 años de cobertura continua de la presente póliza, se aplicará deducible y coaseguro contratados y especificados en la carátula de la póliza. Aplica el tope de coaseguro y reconocimiento de antigüedad.

En caso de que el Asegurado afectado se atienda en Hospitales de Grupo Ángeles aplicará coaseguro del 5%, siempre y cuando hayan transcurrido 2 años de cobertura continua de la presente póliza, el coaseguro contratado sea menor o igual al 15% y el nivel hospitalario contratado sea Medio o Alto; aplica reconocimiento de antigüedad.

En estos hospitales (Hospitales de Grupo Ángeles) no aplican los beneficios de reducción de coaseguro de la cláusula Coaseguro por Región y Nivel Hospitalario.

TRATAMIENTO DE COLUMNA VERTEBRAL Y RODILLA

Se cubre los gastos del asegurado afectado resultantes de tratamientos médicos y/o quirúrgicos de Columna Vertebral y Rodilla, por enfermedad y/o accidente, conforme a lo siguiente:

- En caso de enfermedad y/o accidente, dentro de los primeros 2 años de cobertura continua de la presente póliza, se aplicará deducible contratado y el coaseguro del 50%, no se toma en cuenta el tope de coaseguro establecido en la carátula de la póliza. Aplica reconocimiento de antigüedad.
- En caso de enfermedad y/o accidente, después de los primeros 2 años de cobertura continua de la presente póliza, se aplicará deducible y coaseguro contratados y especificados en la carátula de la póliza. Aplica tope de coaseguro y reconocimiento de antigüedad.

En caso de que el Asegurado afectado se atienda en Hospitales de Grupo Ángeles aplicará coaseguro del 5%, siempre y cuando hayan transcurrido 2 años de cobertura continua de la presente póliza, el coaseguro contratado sea menor o igual al 15% y el nivel hospitalario contratado sea Medio o Alto. Aplica reconocimiento de antigüedad.

En ningún caso aplican los beneficios de reducción de coaseguro de la cláusula Coaseguro por Región y Nivel Hospitalario.

EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Se amparan los gastos originados en caso de que un Asegurado sufra alguna enfermedad y/o accidente amparados por esta póliza, ocurrido fuera del territorio nacional que pueda ser considerada como emergencia médica.

La suma asegurada máxima será de 100,000 USD y el deducible será de 100 USD sin aplicación de coaseguro, mismos que se indicarán en la carátula de la póliza y La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, con base en lo estipulado en la cláusula de Moneda.

Los gastos amparados para esta cláusula se sujetan únicamente a los siguientes conceptos definidos anteriormente

y son:

- Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
- Gastos Hospitalarios
- Cirugía Plástica Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente
- Aparatos Ortopédicos, de Rehabilitación y Prótesis
- Medicamentos Fuera del Hospital
- Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital
- Ambulancia, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Uso de Ambulancia

No se ampara:

- **Los gastos y conceptos que se encuentran estipulados en la sección de exclusiones de estas condiciones generales.**
- **Tratamientos que no sean catalogados como de emergencia, porque no ponen en peligro la vida del Asegurado ni la integridad corporal de algún órgano.**
- **Los gastos por Parto o Cesárea.**
- **Las enfermedades preexistentes ni sus complicaciones, salvo que se encuentre amparada mediante endoso.**
- **Enfermera fuera del hospital.**
- **Cirugías previamente programadas.**
- **Si el Asegurado se encuentra un periodo mayor a 90 días naturales y no lo reporta a La Compañía.**

Los efectos de ésta cobertura cesarán al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado o al agotamiento de la suma asegurada de esta cobertura en caso de ser aplicable.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Previa autorización de La Compañía, se cubrirán los gastos que se deriven por una segunda opinión de un médico especialista por consultas e interconsultas hospitalarias, en caso de ser necesario los estudios de laboratorio y gabinete requeridos para la confirmación de un diagnóstico previamente establecido.

CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Se amparan los gastos por cirugía plástica reconstructiva que resulten indispensables a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia y amparado bajo este contrato.

ENFERMEDADES CON PERÍODO DE ESPERA

Conforme a la definición correspondiente, las siguientes enfermedades se cubrirán una vez transcurrido el período de espera de acuerdo a la siguiente tabla:

Padecimientos con Período de espera	Reconocimiento de Antigüedad
COBERTURA BÁSICA	
30 días	
Cualquier reclamación (aplica sólo para la primera vigencia de la póliza y no aplica en caso de urgencia médica y accidente)	SÍ
3 meses	
Colecistitis	SÍ
Litiasis	SÍ
Conización de lesiones del Cuello Uterino	SÍ
6 meses	
Cáncer de: Mama, Ovario, Cervicouterino y Endometrio	SÍ
10 meses	
Maternidad (Parto o Cesárea)	NO
Padecimientos Congénitos	NO
Prematurez	NO
Circuncisión para los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza	NO
Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio	
Aborto espontáneo no provocado	NO
Atonía Uterina	NO
Cerclaje	NO
Diabetes Gestacional	NO
Embarazo Extrauterino	NO
Embarazo Molar	NO
Fiebre Puerperal	NO
Huevo Muerto Retenido	NO
Legrado Terapéutico	NO
Óbito	NO
Placenta Acreta	NO
Placenta Previa	NO
Preclamsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica	NO
Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio Adicionales (Grupo Ángeles)	
Infecciones de Vías Urinarias	NO
Hiperemesis Gravídica	NO
1 año	
Adenoiditis	SÍ
Amigdalitis	SÍ
Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular	NO
Enfermedades Ácido-Pépticas.	SÍ
2 años	
Artritis Reumatoide	SÍ
Cataratas	SÍ
Circuncisión para los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza	NO
Hallux Valgus	SÍ
Hemorroides, Fístulas y Fisuras Rectales o Prolapsos del Recto	SÍ
Enfermedades Prostáticas	SÍ

Insuficiencia del Piso Perinatal	SÍ
Insuficiencia Venosa	SÍ
Padecimientos Ginecológicos*	SÍ
Cirugía de Párpados (Ptosis Palpebral/Blefaroplastia)	SÍ
Enfermedad Fibroquística de la Mama	SI
Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales	SÍ
Enfermedades de la Columna Vertebral, Rodilla y Cadera	SÍ
Hernias y eventraciones	SÍ
4 años	
SIDA	NO
Cirugía Bariátrica	NO
COBERTURAS ADICIONALES	
90 días	
Enfermedades Graves (aplica sólo para la primera vigencia de la póliza)	NO
Enfermedades Graves en el Extranjero (aplica sólo para la primera vigencia de la póliza)	NO

*** Padecimientos Ginecológicos (excepto conización de lesiones de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de Ovario , cáncer cervicouterino y cáncer de endometrio, para los cuales aplica el periodo de espera especificado expresamente para cada uno de ellos en este cuadro).**

COBERTURAS ESPECIALES OTORGADAS EN HOSPITALES DEL GRUPO ÁNGELES

Las cláusulas de Gastos Médicos Amparados y Exclusiones de las presentes Condiciones Generales se modifican conforme a lo establecido y especificado en la presente cobertura sí el Asegurado se atiende en cualquier hospital y con médico del Grupo Ángeles gozará de los siguientes beneficios, sin ningún costo adicional:

COASEGURO

El coaseguro será del 0%, este aplicará: mientras el padecimiento sea atendido por un médico que forme parte de la Guía de Proveedores de Servicio de La Compañía o que se ajuste al tabulador y el procedimiento se realice en hospital del Grupo Ángeles del mismo nivel hospitalario contratado o menor. Todos los gastos por servicios e insumos (ejemplo: farmacia, laboratorio) deberán ser adquiridos dentro de las empresas pertenecientes al Grupo Hospitalario Ángeles.

El beneficio de coaseguro del 0% aplica únicamente si el coaseguro contratado es menor o igual a 15%.

En caso de que el Asegurado cambie a un médico, servicios, insumos y/o hospital fuera del Grupo Ángeles, 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, el coaseguro se incrementará en 10 puntos porcentuales y aplicará el doble del tope de coaseguro especificado en la carátula de la póliza. Aplica únicamente si el coaseguro contratado es menor o igual al 15% y a partir de un nivel hospitalario medio.

PAQUETE DE ADMISIÓN

Quedará amparado el paquete de admisión hospitalaria.

MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EVITAR COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES AMPARADOS

Mediante esta cobertura quedan amparados los medicamentos que no estén directamente relacionados con la enfermedad y/o

accidente amparado pero que el médico tratante prescriba para evitar complicaciones de la enfermedad o accidente amparado, tales como protectores gástricos y medicamentos para controlar la glucosa y la hipertensión arterial entre otros.

Para que dichos medicamentos sean amparados, será necesario presentar a La Compañía lo siguiente:

- Receta del médico tratante con la prescripción del medicamento.
- Documento emitido por el médico tratante que justifique su uso. Esta cobertura se manejará por reembolso, con un tope máximo de $10,000 pesos sin deducible y coaseguro.

EMERGENCIAS POR COMPLICACIONES DERIVADAS DE TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS NO AMPARADAS

Mediante esta cobertura, quedarán amparados los gastos originados por una emergencia médica derivada de las complicaciones por tratamientos o cirugías no amparadas por la póliza, únicamente por los siguientes conceptos:

- Aplicación de vacunas.
- Tratamientos quirúrgicos estéticos.
- Tratamientos quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia.
- Tratamientos quirúrgicos de infertilidad y esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- Tratamientos dentales.

Los gastos se cubrirán a partir de que se presente la emergencia médica y hasta la recuperación de la salud del Asegurado, con un tope de suma asegurada de $500,000 pesos.

Aplicará el deducible y coaseguro de la póliza, adjuntando un documento médico que especifique la emergencia presentada.

En caso de que no exista la emergencia médica no quedará amparado ningún gasto. Esta cobertura únicamente aplica en territorio nacional.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADICIONALES

Adicionalmente a las complicaciones del embarazo amparadas que se especifican en las presentes Condiciones Generales, se cubrirán las infecciones en vías urinarias e hiperémesis gravídica con un periodo de espera de 10 meses y cesarán en el momento del parto.

Esta cobertura aplica para la Asegurada de la póliza con forme a la suma asegurada, deducible y coaseguro contratados en la póliza.

HONORARIOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS

Para los médicos que no estén considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio, los honorarios serán amparados con base a la tabla de honorarios quirúrgicos contratada por el Asegurado; los honorarios incluyen hasta 4 consultas post-operatorias dentro de los siguientes 30 días naturales.

Por concepto de honorarios del anestesiólogo, La Compañía pagará hasta un máximo del 30% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Por concepto de honorarios de primer ayudante, La Compañía pagará hasta un máximo del 20% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Para los procedimientos quirúrgicos que requieran la intervención de un segundo ayudante e/o instrumentista, La Compañía pagará hasta un máximo del 10% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente. El segundo ayudante e/o instrumentista solo se autorizará en aquellas cirugías que por protocolo lo requieran.

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% y la segunda al 75%.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos procedimientos en la misma región anatómica por el mismo médico, se pagará la cirugía de mayor monto al 100%, la segunda al 50%.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región o en regiones anatómicas distintas

TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO

Mediante esta cobertura quedan amparadas las cirugías o tratamientos de carácter reconstructivo cuando sean necesarias a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado.

Para esta cobertura será necesario presentar un documento médico que justifique la necesidad del tratamiento o cirugía reconstructiva y que certifique que es derivada de una enfermedad o accidente amparado. Se aplica la suma asegurada, deducible y coaseguro contratados en la póliza.

SERVICIOS DE ASISTENCIA

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:

- Referencia Médica y Hospitalaria en cualquier parte del mundo.
- Asistencia al Asegurado para su ingreso hospitalario.
- **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.
- **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.

- **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.

- **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.

- **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.

- **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.

- **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.

- **Asistencia de Equipaje y Documentos Perdidos:** Apoyo en la localización y recuperación de equipaje y documentos personales perdidos.

- **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 la asistencia

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.**

BENEFICIOS ADICIONALES (CON COSTO)

Se podrán contratar algunas de las siguientes coberturas adicionales para adaptar el seguro a las necesidades de los Asegurados. En la carátula de la póliza se indicarán las coberturas adicionales contratadas.

COBERTURA INTERNACIONAL

Mediante esta cobertura el Asegurado podrá complementar y ampliar la cobertura de la póliza al atenderse 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, pero no es una suma asegurada adicional, es decir la suma de los gastos totales en que incurra el Asegurado tanto en territorio nacional como en el extranjero no deberán rebasar ésta Suma Asegurada.

Para esta cobertura aplica el deducible y el coaseguro contratado para el plan básico, 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.

ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO EN ACCIDENTE

Mediante la contratación de esta cobertura se elimina el deducible y coaseguro contratados en caso de un accidente amparado, siempre y cuando se atiendan en un hospital del mismo nivel o menor al contratado y los gastos procedentes excedan 2,000 pesos, de acuerdo a la definición de accidente amparado de estas condiciones generales.

Esta cobertura aplica únicamente si el deducible contratado es menor o igual a 50,000 pesos.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, esta cobertura no aplica para Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales.

DISMINUCIÓN DE COASEGURO EN ENFERMEDAD

Mediante la contratación de esta cobertura, el Asegurado tendrá derecho a una disminución al coaseguro contratado de 5 puntos porcentuales en caso de una enfermedad amparada aplicando el tope de coaseguro establecido en la carátula de la póliza.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, esta cobertura no aplica para Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales, para Uso de Ambulancia Aérea y para procedimientos quirúrgicos novedosos como el uso de Robots, Radiocirugía y Terapia Endovascular.

AYUDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Se otorgará al Asegurado una indemnización diaria durante la hospitalización ininterrumpida por un lapso mayor a tres días a consecuencia de un accidente o enfermedad amparada que haya iniciado durante la vigencia de esta cobertura. La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, establecida en la carátula de la póliza por cada día de hospitalización hasta un periodo máximo de 30 días.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este beneficio en ningún caso ampara si la hospitalización es a consecuencia de una complicación del embarazo y/o puerperio, de cesárea o parto.

MULTI-REGIÓN

A través de la contratación de esta cobertura, el Asegurado podrá atenderse en un hospital del mismo nivel o menor al contratado dentro de la República Mexicana sin que se aplique el incremento del coaseguro estipulado en el apartado de Coaseguro por Región y Nivel Hospitalario de estas condiciones generales y aplicando el tope coaseguro correspondiente, en lo que respecta a la atención en un hospital perteneciente a una región distinta a la que fue contratada.

Con esta cobertura, si el Asegurado se atiende en un hospital de mayor nivel al contratado dentro de la República Mexicana, el coaseguro contratado se incrementará en 15 puntos porcentuales eliminando el tope de coaseguro establecido en la caratula de la póliza.

El tabulador de honorarios quirúrgicos a aplicar será el que corresponda a la región atendida y conforme al nivel hospitalario contratado y se actualizará dentro del primer trimestre de cada año de acuerdo a la inflación médica.

El tabulador de honorarios quirúrgicos se podrá consultar en el siguiente enlace de internet https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/seguros-siniestros en la sección: “Tabulador Honorarios Quirúrgicos”.

GASTOS FUNERARIOS

La Compañía se obliga a pagar la suma asegurada contratada en esta cobertura para los Gastos Funerarios de cualquier Asegurado establecida en la carátula de la póliza, si fallece a consecuencia de una enfermedad o un accidente amparado durante la vigencia de esta cobertura. En el caso de menores de 12 años, la suma asegurada contratada no podrá ser superior a 100,000 pesos en la fecha de la contratación de la presente cobertura y la reclamación se pagará a los Beneficiarios de la póliza.

Si no se hubiere hecho designación de Beneficiario(s), se pagará al Asegurado Titular de la Póliza, sí el Asegurado Titular falleciera antes o al mismo tiempo que este Asegurado, la indemnización corresponderá a la sucesión legal del Asegurado fallecido.

La edad máxima para esta cobertura será hasta los 79 años, cancelándose al aniversario siguiente en que el Asegurado cumpla los 80 años de edad.

En el caso de suicidio del Asegurado, ocurrido durante el primer año 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 cubrir el importe de la reserva matemática existente.

Para que opere la presente cobertura, será necesario que el accidente o la enfermedad haya iniciado a partir de la fecha de contratación de la misma y cuyo primer gasto se realice a partir de la contratación de dicho beneficio.

PROTECCIÓN CONTINUA

Al contratar esta cobertura, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular durante la vigencia de la presente cobertura y estando pagada la totalidad de la prima anual, La Compañía exentará el pago de las primas de la cobertura básica así como las coberturas adicionales contratadas de los Asegurados, salvo la presente cobertura, para las siguientes renovaciones durante un período continuo de cinco años. La Compañía renovará la póliza bajo las mismas condiciones.

La edad máxima de aceptación de la presente cobertura será de 64 años, cancelándose la cobertura a partir del aniversario inmediato siguiente a la fecha en que el Asegurado titular cumpla los 80 años de edad alcanzada.

La renovación de las pólizas que den lugar a esta cobertura se efectuará de manera automática y garantizada, a excepción de que sea voluntad de los asegurados beneficiarios no renovar las mismas, en cuyo caso, deberán notificarlo por escrito a La Compañía 20 (veinte) días antes del vencimiento de dicha póliza.

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

El fallecimiento a causa de una enfermedad preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro tenga relación con un evento no amparado por la póliza o por suicidio dentro de los dos primeros años.

Una vez transcurrido el periodo de continuidad de cinco años, será responsabilidad de los Asegurados de la póliza continuar con el pago de primas para la conservación de la cobertura de gastos médicos mayores.

ENFERMEDADES GRAVES

Si durante la vigencia del contrato y una vez transcurrido el periodo de espera, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves señaladas más adelante, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada para este beneficio en la carátula de la póliza, siempre y cuando el Asegurado cumpla con el periodo de espera establecido en la Cláusula denominada “Enfermedades con Periodo de Espera” de las presentes Condiciones Generales, 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. Dicho periodo de espera únicamente será aplicable durante el primer año en que se encuentre vigente la póliza.

Los periodos de espera no aplicarán tratándose de Infarto del Miocardio, infarto y/o hemorragia cerebral.

Si el Asegurado falleciere por alguna enfermedad grave después del periodo de espera señalado en la Cláusula denominada “Enfermedades con Periodo de Espera” de las presentes Condiciones Generales, el pago de la suma asegurada correspondiente a este beneficio se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado y que aparecen en la póliza a la que se adhiere este beneficio adicional.

Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado se vea afectado por alguno de las siguientes enfermedades:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardiaco): Necrosis de una porción del músculo cardiaco, 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 diagnostico deberá de ser establecido por especialistas certificados y deberá de acompañarse de estudios de imagen y electromiografía.

Transplante 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 transplante 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 transplante de islote de Langerhans), solo se cubrirán los transplantes de órganos que se hayan realizado respetando la Norma Oficial Mexicana y cualquier legislación relacionada vigente a la fecha del transplante. Los gastos médicos y hospitalarios del retiro quirúrgico del órgano quedan amparados.

Condiciones particulares de esta 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.

1. **Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de La Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:**

   a. **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.**

   b. **Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.**

   c. **En caso de fallecimiento del Asegurado.**

   d. **Si el Asegurado no contrae ninguna enfermedad grave de las aludidas al término del plazo del seguro contratado,**

la cobertura concluirá sin obligación para La Compañía.

2. La edad de aceptación para la contratación está comprendida entre 18 y 64 años, con renovación garantizada hasta los 64 años.

3. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Compañía no podrá rescindir esta cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, y en este caso se devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de esta cobertura, menos los gastos de adquisición.

Exclusiones de esta cobertura

1. **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.**

2. **Para la enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**

    a. **Angioplastia coronaria transluminal percutánea.**

    b. **Trombolisis.**

3. **Para la enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**

    a. **Cuando no hay lateralización de los signos neurológicos y la sintomatología no prevalece por más de 24 horas.**

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

    a. **Neoplasia de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.**

    b. **Carcinoma “in situ” (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon). El cáncer “in situ” es una clasificación que debe de constar en el estudio histopatológico emitido por el médico especialista que hizo el registro.**

5. **Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:**

    a. **Displasia Cervical NIC-I, NIC-II, NIC-III**

    Los cuales son:

    NIC-I Displasia Leve

    NIC-II Displasia Moderada

    NIC-III Severa Carcinoma In Situ

    b. **Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel III de Clark.**

Clasificación 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 interfase 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.**

c. **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocélulares de la piel.**

d. **Todos los carcinomas de células escamosas de la piel.**

e. **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.**

Dónde:

Etapa T I

Se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en el tacto rectal.

Las etapas T I se pueden subclasificar en T I a, T I b y T I c.

Las etapas T I a y T I b 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 T I 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.

ENFERMEDADES GRAVES EN EL EXTRANJERO

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado podrá ampliar la zona de cobertura de la póliza a territorio extranjero por los gastos 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 a partir de 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, las cuales se enlistan a continuación:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardiaco): Necrosis de una porción del músculo cardiaco, 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 neoplástica 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 diagnostico deberá de ser establecido por especialistas certificados y deberá de acompañarse de estudios de imagen y electromiografía.

Transplante 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 transplante 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 transplante de islote de Langerhans), solo se cubrirán los transplantes de órganos que se hayan realizado respetando la Norma Oficial Mexicana y cualquier legislación relacionada vigente a la fecha del transplante. Los gastos médicos y hospitalarios del retiro quirúrgico del órgano quedan amparados.

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. Dicho periodo de espera únicamente será aplicable durante el primer año en que se encuentre vigente la póliza.

Los periodos de espera no aplicarán tratándose de Infarto del Miocardio, infarto y/o hemorragia cerebral.

Si el Asegurado falleciere por alguna enfermedad grave después del periodo de espera señalado en la Cláusula denominada “Enfermedades con Periodo de Espera” de las presentes Condiciones Generales, el pago de la suma asegurada correspondiente a este beneficio se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado y que aparecen en la póliza a la que se adhiere este beneficio adicional.

Condiciones particulares de esta cobertura

1. **Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de La Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:**

   a. **En caso de fallecimiento del Asegurado.**

   b. **Si el Asegurado no contrae ninguna enfermedad grave de las aludidas al**

término del plazo del seguro contratado, la cobertura concluirá sin obligación para La Compañía.

2. La edad de aceptación para la contratación está comprendida desde el nacimiento hasta los 69 años, con renovación garantizada de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Renovación garantizada.

3. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Compañía no podrá rescindir esta cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía, y en este caso se devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de esta cobertura, menos los gastos de adquisición.

El monto máximo para esta cobertura estará determinado por el monto mínimo entre la Suma Asegurada contratada para el plan básico y 1,000,000 USD, pero no es una suma asegurada adicional, 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 contratada para el plan básico.

Para esta cobertura aplica el deducible y el coaseguro contratado para el plan básico, 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.

Exclusiones de esta cobertura

1. **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.**

2. **Para la enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**

   a. **Angioplastía coronaria transluminal percutánea.**

   b. **Trombolisis.**

3. **Para la enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**

   a. **Cuando no hay lateralización de los signos neurológicos y la sintomatología no prevalece por más de 24 horas.**

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

   a. **Neoplasia de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.**

   b. **Carcinoma “in situ” (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon). El cáncer “in situ” es una clasificación que debe de constar en el estudio histopatológico emitido por el médico especialista que hizo el registro.**

5. **Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:**

   a. **Displasia Cervical NIC-I, NIC-II, NIC-III**

   Los cuales son: NIC-I Displasia Leve

   NIC-II Displasia Moderada

   NIC-III Severa Carcinoma In Situ

b. Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel III de Clark.

Clasificación 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 interfase 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.

c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocélulares de la piel.

d. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel.

e. 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.

Dónde:

Etapa T I

Se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en el tacto rectal.

Las etapas T I se pueden subclasificar en T I a, T I b y T I c.

Las etapas T I a y T I b 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 T I 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.

EXCLUSIONES

El Contrato de Seguro contenido en esta póliza excluye los gastos necesarios para la atención de accidentes o enfermedades que se originen, o sean consecuencia de:

- **Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable.**
- **Riñas cuando el Asegurado sea el provocador.**
- **Participación directa del Asegurado en aviación en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales.**
- **Participación directa del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en competencias, entrenamientos, en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto, copiloto, ayudante, mecánico o pasajero.**
- **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. En los casos en que sea declarado el vehículo en la solicitud se someterá a revisión por La Compañía y esta última determinará si asume el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Se excluyen los tratamientos para las enfermedades y/o las lesiones a consecuencia de accidentes y/o sus complicaciones, que resulten del uso de drogas tales como, pero no limitadas a: alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, derivados del opio, entre otras.**

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 Declaradas.

TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

Se consideran tratamientos estéticos:

- **Las intervenciones quirúrgicas o tratamientos de carácter estético o plástico así como sus complicaciones, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad amparado, ocurrido durante la vigencia de la póliza.**
- **Tratamientos dietéticos, por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia y cualquiera de naturaleza análoga, así como sus complicaciones.**
- **Tratamientos para la calvicie.**
- **Tratamientos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa.**
- **Cosméticos de cualquier índole, aun cuando tengan prescripción médica.**

TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Se consideran tratamientos de enfermedades psiquiátricas, aquéllos para la atención de:

- **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.**
- **Síndrome de fatiga crónica.**
- **Disfunción sexual, incluyendo la eréctil o impotencia sexual.**

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o enfermedad terminal, ocurridos durante la vigencia de la póliza y lo indicado en el apartado de la cobertura de Tratamientos de enfermedades psiquiátricas.

TRATAMIENTOS DENTALES

Se excluyen los siguientes tratamientos:

- **Dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, excepto lo específicamente señalado en la cobertura de Tratamientos Dentales.**
- **Gastos por tratamientos relacionados a cualquier problema maxilofacial.**

Para efectos de esta exclusión, solo se cubrirán a consecuencia de un accidente amparado.

TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA FERTILIDAD

Se consideran tratamientos relacionados con la fertilidad los que se mencionan a continuación:

- **Tratamientos para infertilidad y/o esterilidad, reproducción asistida.**
- **Control natal incluyendo la salpingoclasia (ligadura de trompas) y la vasectomía, así como el restablecimiento funcional de ellos.**
- **Impotencia sexual o disfunción eréctil.**

Ninguno de estos conceptos queda amparado independientemente de la causa que le de origen.

TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Se consideran como tratamientos relacionados con el embarazo, aquéllos que se aplican en los siguientes casos:

- **Abortos punibles de acuerdo a la entidad federativa donde se reciba la atención.**
- **Legrados punibles de acuerdo a la entidad federativa donde se reciba la atención.**
- **Consultas prenatales, ultrasonidos obstétricos, cultivos vaginales en el embarazo y estudios de**

laboratorio para la comprobación de la salud durante el embarazo.

REVISIONES DE RUTINA

- Curas de reposo, exámenes médicos de cualquier tipo que no estén relacionados con el padecimiento amparado.
- Tratamientos preventivos o profilácticos.

INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES AUTO INFLINGIDAS

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.

ADICCIONES

Los tratamientos que se requieran para la rehabilitación de adicciones y/o sus complicaciones, a consecuencia del uso de drogas como, pero no limitadas a: alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, derivados del opio, entre otras.

COMPRA DE APARATOS ORTOPÉDICOS, DE REHABILITACIÓN Y PRÓTESIS

Los gastos por la adquisición de los siguientes aparatos ortopédicos, de rehabilitación y prótesis:

- Anteojos y lentes de contacto.
- Prótesis y/o implantes auditivos y cocleares.

- Zapatos o plantillas ortopédicas.
- Reposición de aparatos ortopédicos, de rehabilitación y prótesis ya existentes a la fecha de alta del Asegurado con Seguros Ve por Más, salvo a consecuencia de un accidente amparado y previa autorización de La Compañía.
- Aparatos de ejercicio.

SIDA

Los gastos erogados por el diagnóstico y/o tratamiento de padecimientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones. Salvo lo indicado en Padecimientos con Período de Espera.

MEDICINA ALTERNATIVA

- Los gastos erogados por tratamientos médicos de la rama alternativa como los siguientes, mencionados de manera enunciativa más no limitativa; naturistas, con base en hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia y quelaciones.
- Tratamientos realizados por fisioterapeutas sin cédula profesional y no indicados por el médico tratante.
- Compra de remedios y/o medicamentos no prescritos por médicos con cédula profesional.
- Tratamientos experimentales o en periodo de investigación.

GASTOS DE HONORARIOS MÉDICOS DE FAMILIARES

Los gastos por honorarios médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.

GASTOS DEL ACOMPAÑANTE

Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de este en el hospital, excepto cama extra.

GASTOS MENORES O IGUALES AL DEDUCIBLE

Los gastos relacionados con aquellas enfermedades o accidentes amparados, cuyo total de gastos médicos no exceda al deducible estipulado en la carátula de la póliza.

OTROS GASTOS NO AMPARADOS

Los gastos realizados por los siguientes conceptos, cualquiera que sea su causa:

- **Vitaminas, vacunas, complementos y/o suplementos alimenticios.**
- **Fórmulas alimenticias infantiles Neocate o similares.**
- **Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.**
- **Cirugía para el cambio de sexo.**
- **Servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.**
- **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.**
- **Gimnasios, deportivos, uso de alberca, lugares de masaje y similares para efectos de rehabilitación.**
- **Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.**
- **Complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.**
- **Gastos por enfermedades, que hayan iniciado en el transcurso de los primeros 30 días de vigencia del contrato de seguro. Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación del contrato de seguro y cuando se trate de urgencia médica.**
- **Enfermedades o accidentes cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como los gastos que se hayan erogado en dicho periodo.**
- **Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**

CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, el examen médico, las condiciones generales, la carátula de la póliza, 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.

La Compañía someterá la solicitud a suscripción para determinar si existen enfermedades ocupaciones o estilo de vida que por su naturaleza influya en la agravación del riesgo.

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 periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.

c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

Cuando el Asegurado se incorpore a este seguro proveniente de un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple y sean autorizados expresamente por La Compañía.

No obstante lo anterior, La Compañía podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

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.**

Si la póliza se cancela por falta de pago:

Los efectos del contrato terminaran a las doce horas del último día del plazo de pago, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

"Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley."

Y 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, en cuyo caso, 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 GARANTIZADA

La Compañía garantiza que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de su póliza por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Contratante o Asegurado notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovarlo, cuando menos con 20 días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La Compañía ofrecerá en cada renovación, condiciones congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no podrá cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad.

Los gastos incurridos previos a la renovación se seguirán cubriendo de acuerdo a las condiciones del plan que tenía contratado al momento del primer gasto.

En la renovación se informará al Contratante, con al menos 30 días hábiles de anticipación, el costo de la prima y condiciones aplicables a la misma.

TERMINACIÓN ANTICIPADA Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

a) La vigencia de la póliza podrá terminar de manera anticipada a solicitud del Contratante en caso de que decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá el 60% de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

En este caso, la prima no devengada se devolverá al Contratante en un término de 10 días hábiles, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario.

b) Esta póliza terminará anticipadamente su vigencia si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo establecido en la cláusula de Plazo de Pago de la Prima o Periodo de Gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración alguna.

c) En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el contrato, respecto de ese Asegurado, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En este caso aplicará la devolución del 100% de la prima neta pagada.

Artículo47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante o Asegurado podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días siguientes a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

a) El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a La Compañía.

b) El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que La Compañía le(s) requiera.

c) La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Asegurado la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a 15 días a partir de la solicitud de rehabilitación por parte del Asegurado, si pasado este lapso La Compañía no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. Este contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Contratante o Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente. No se considerará rehabilitada la póliza sin que el Asegurado haya recibido la notificación aun y cuando haya pagado la prima.

d) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período comprendido desde la fecha de rehabilitación hasta el siguiente vencimiento de primas.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato no ampara gastos por: siniestros iniciales así como los incurridos por siniestros anteriores; durante el periodo comprendido entre la fecha en que éste contrato hubiere cesado sus efectos y 30 días naturales posteriores a la fecha de rehabilitación del mismo.

La Compañía se reserva el derecho de rehabilitar la póliza transcurrido el periodo de gracia, una vez recibida la documentación solicitada arriba descrita, asimismo también La Compañía está facultada para solicitar información adicional.

EDAD

Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta los 69 años.

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 el 100% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, La Compañía devolverá al Contratante el 60% de 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. (Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

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

II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. - Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la

correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se conociera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro delos límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

AGRAVACIÓN 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. Una agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta Póliza, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

La pérdida del derecho a ser indemnizado, aplica para los nuevos eventos a partir de la agravación del riesgo pero no incluye las reclamaciones de complementos de accidentes o enfermedades que provengan de años o fechas anteriores a aquella en la que se dio la agravación del riesgo.

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.

DEPORTES PELIGROSOS

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

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 fuera del territorio nacional, deberá notificarlo por escrito a La Compañía dentro de los siguientes 5 días previos al viaje. En caso de no hacerlo se rescindirá 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 residencia, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de residencia, 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 el 60% de 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 al nuevo lugar de residencia, o bien, excluirá los accidentes relacionados a la nueva residencia.

En caso de aceptación de La Compañía a continuar el periodo de cobertura por cambio de residencia en territorio nacional, se reserva el derecho de aceptar la renovación de la Póliza debido a la agravación del riesgo.

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 se rescindirá 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 el 60% de 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.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

ALTAS

- La Compañía, mientras se encuentre en vigor la póliza, podrá incluir conforme a las pruebas de asegurabilidad que considere pertinentes y previa solicitud por escrito del Contratante de la misma, a las personas que cumplan con los requisitos para ser Asegurado, según la definición incluida en las presentes condiciones.

- Los hijos de las madres aseguradas, con antigüedad de más de 10 meses con La Compañía que sean dados de alta en la póliza dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento estarán amparados presentando el Acta de Nacimiento o Constancia de Nacimiento expedida por el hospital. Si no lo hiciere así, la aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y la cobertura entrará en vigor hasta el momento de la aceptación por escrito de La Compañía.

En ambos casos, una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

BAJAS

- La notificación para dar de baja a el(los) Asegurado(s) de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

AJUSTES DE PRIMA

En caso de alta de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u 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.

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al Contratante el 60% de 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.

PRIMA

La prima total vence al momento del inicio de vigencia del contrato, y las primas fraccionadas al inicio de vigencia del recibo correspondiente. La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza.

En cada renovación, la prima se determinará por cada uno de los Asegurados y el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima con el recargo correspondiente. El cálculo de la tarifa en vigor se realiza conforme al procedimiento descrito en la correspondiente Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA

El Contratante gozará de un plazo de 30 días naturales, conocido como periodo de gracia, contado a partir del vencimiento de la prima ya sea el pago en una sola exhibición o fraccionado de acuerdo a lo contratado.

Durante este periodo, no aplicará el pago directo.

Pasado el periodo de gracia, si no hubiere sido pagada el total de la prima o la fracción correspondiente, cesarán los derechos del Asegurado estipulados en el Contrato de manera automática las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de siniestro, si la póliza está dentro del periodo de gracia y aún no se ha pagado la prima, La Compañía deducirá de la indemnización pagadera el total de la prima pendiente de pago.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

La forma de pago estipulada para el seguro, se señala en la carátula de la póliza.

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios como pudiera ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc.

COMISIONES

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 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 y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del mismo que ésta conozca.

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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

> *Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro*
>
> *"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones."*

MODIFICACIONES

Cualquier modificación al presente contrato, 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.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados o sus representantes, están obligados a contestar con veracidad los cuestionarios que constan en la solicitud 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 (Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 9 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

"Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."

Artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

"Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

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. (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

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.

ZONA DE COBERTURA (TERRITORIALIDAD)

Los gastos médicos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana.

En caso de contratar una de las siguientes coberturas: Enfermedades graves en el Extranjero o Cobertura Internacional, 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 Asegurados cuando éstos no residan en el mismo domicilio del Titular, así como el cambio de residencia de los mismos.

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.

MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de la póliza se efectuarán en moneda nacional. Los gastos efectuados en el extranjero se cubrirán al tipo de cambio vigente, de la moneda nacional, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, a la fecha de la erogación del gasto.

INTERESES MORATORIOS

Si La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones bajo este contrato, deberá pagar al Asegurado o Beneficiarios, según corresponda, una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, de conformidad con lo siguiente:

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

"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 caso de que el Asegurado sufra un daño amparado por la póliza a consecuencia de un tercero, La Compañía tiene la facultad de recuperar de éste hasta la cantidad pagada por concepto de la(s) cobertura(s) del Contrato de Seguro.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o el Beneficiario tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien, si son civilmente responsables de la misma.

Si La Compañía lo solicita, a costa de la misma el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

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.

PRESCRIPCIÓN

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

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

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 trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."

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.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de La Compañía o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el Juez Estatal del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF".

RÉGIMEN FISCAL

El régimen fiscal de este contrato de seguro estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado y/o a sus Beneficiarios, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

INICIO Y FIN DE VIGENCIA

La vigencia de este contrato de seguro inicia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la póliza.

BENEFICIO FISCAL

Las primas por seguros de gastos médicos constituyen deducciones personales para el Asegurado, siempre que el Beneficiario sea el propio

contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta

"Los residentes en México y los residentes en el extranjero con establecimiento permanente en el país, están obligados a pagar el impuesto conforme a lo dispuesto en este Capítulo, por los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes que obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras en las que participen, directa o indirectamente, en la proporción que les corresponda por su participación en ellas, así como por los ingresos que obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que sean transparentes fiscales en el extranjero.

Los ingresos a que se refiere este Capítulo son los generados en efectivo, en bienes, en servicios o en crédito por las entidades o figuras jurídicas extranjeras y los que hayan sido determinados presuntamente por las autoridades fiscales, aun en el caso de que dichos ingresos no hayan sido distribuidos por ellas a los contribuyentes de este Capítulo.

Para los efectos de esta Ley, se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes, los que no están gravados en el extranjero o lo están con un impuesto sobre la renta inferior al 75% del impuesto sobre la renta que se causaría y pagaría en México, en los términos de los Títulos II o IV de esta Ley, según corresponda. No se considerará el impuesto sobre dividendos señalado en el segundo párrafo del artículo 140 de la presente Ley al momento de determinar los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes.

Se considerará que los ingresos están sujetos a un régimen fiscal preferente cuando el impuesto sobre la renta efectivamente causado y pagado en el país o jurisdicción de que se trate sea inferior al impuesto causado en México en los términos de este artículo por la aplicación de una disposición legal, reglamentaria, administrativa, de una resolución, autorización, devolución, acreditamiento o cualquier otro procedimiento.

Para determinar si los ingresos se encuentran sujetos a regímenes fiscales preferentes en los términos del párrafo anterior, se considerará cada una de las operaciones que los genere. Cuando los ingresos los obtenga el contribuyente a través de una entidad extranjera en la que sea miembro, socio, accionista o beneficiario de ella, o a través de una figura jurídica que se considere residente fiscal en algún país y tribute como tal en el impuesto sobre la renta en ese país, se considerará la utilidad o pérdida que generen todas las operaciones realizadas en ella.

En los casos en los que los ingresos se generen de manera indirecta a través de dos o más entidades o figuras jurídicas extranjeras, se deberán considerar los impuestos efectivamente pagados por todas las entidades o figuras jurídicas a través de las cuales el contribuyente realizó las operaciones que generan el ingreso, para efectos de determinar el impuesto sobre la renta inferior a que se refiere este artículo.

Tendrán el tratamiento fiscal de este Capítulo, los ingresos que se obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que sean transparentes fiscales en el extranjero, aun cuando dichos ingresos no tengan un régimen fiscal preferente.

Se considera que las entidades o figuras jurídicas extranjeras son transparentes fiscales, cuando no son consideradas como contribuyentes del impuesto sobre la renta en el país en que están constituidas o tienen su administración principal o sede de dirección efectiva y sus ingresos son atribuidos a sus miembros, socios, accionistas, o beneficiarios.

Se consideran entidades extranjeras, las sociedades y demás entes creados o constituidos conforme al derecho extranjero que tengan personalidad jurídica propia, así como las personas morales constituidas conforme al derecho mexicano que sean residentes en el extranjero, y se consideran figuras jurídicas extranjeras, los fideicomisos, las asociaciones, los fondos de inversión y cualquier otra figura jurídica similar del derecho extranjero que no tenga personalidad jurídica propia.

No se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes en los términos de este artículo, los obtenidos a

través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que realicen actividades empresariales, salvo que sus ingresos pasivos representen más del 20% de la totalidad de sus ingresos.

Para los efectos de este Capítulo, se consideran ingresos pasivos: los intereses; dividendos; regalías; las ganancias en la enajenación de acciones, títulos valor o bienes intangibles; las ganancias provenientes de operaciones financieras derivadas cuando el subyacente se refiera a deudas o acciones; las comisiones y mediaciones, así como los ingresos provenientes de la enajenación de bienes que no se encuentren físicamente en el país, territorio o jurisdicción donde resida o se ubique la entidad o figura jurídica extranjera y los ingresos provenientes de servicios prestados fuera de dicho país, territorio o jurisdicción, así como los ingresos derivados de la enajenación de bienes inmuebles, los derivados del otorgamiento del uso o goce temporal de bienes, así como los ingresos percibidos a título gratuito.

No se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes los generados a través de entidades extranjeras que sean residentes fiscales en algún país, territorio o jurisdicción y tributen como tales en el impuesto sobre la renta en el mismo, cuando sus utilidades estén gravadas con una tasa igual o mayor al 75% de la tasa establecida en el artículo 9 de esta Ley, siempre que sean gravables todos sus ingresos, salvo los dividendos percibidos de entidades que sean residentes del mismo país, territorio o jurisdicción, y que sus deducciones sean o hayan sido realmente erogadas, aun cuando se acumulen o deduzcan, respectivamente, en momentos distintos a los señalados en los Títulos II y IV de esta Ley. Para estos efectos, se presume, salvo prueba en contrario, que no se reúnen los elementos previstos en este párrafo.

Tampoco se considerarán ingresos sujetos a régimen fiscal preferente los percibidos por las entidades o figuras jurídicas del extranjero por concepto de regalías pagadas por el uso o concesión de uso de una patente o secretos industriales, siempre que se cumpla con lo siguiente:

I. Que dichos intangibles se hayan creado y desarrollado en el país en donde se ubica o resida la entidad o figura jurídica del extranjero que es propietaria de los mismos. No será necesario cumplir con este requisito, si dichos intangibles fueron o son adquiridos a precios o montos que hubieran utilizado partes independientes en operaciones comparables, por dicha entidad o figura jurídica del extranjero.

II. Que las regalías pagadas no generen una deducción autorizada para un residente en México.

III. Que los pagos de regalías percibidos por dicha entidad o figura jurídica extranjera se hagan a precios y montos que hubieran utilizado con o entre partes independientes en operaciones comparables.

IV. Tener a disposición de las autoridades fiscales la contabilidad de las entidades o figuras jurídicas extranjeras a que se refiere este párrafo y presentar dentro del plazo correspondiente la declaración informativa a que se refiere el artículo 178 de esta Ley.

No se considerarán ingresos sujetos a régimen fiscal preferente, los que se generen con motivo de una participación promedio por día en entidades o figuras jurídicas extranjeras que no le permita al contribuyente tener el control efectivo de ellas o el control de su administración, a grado tal, que pueda decidir el momento de reparto o distribución de los ingresos, utilidades o dividendos de ellas, ya sea directamente o por interpósita persona. Para estos efectos, se presume salvo prueba en contrario, que el contribuyente tiene control de las entidades o figuras jurídicas extranjeras que generan los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes.

Para la determinación del control efectivo, se considerará la participación promedio diaria del contribuyente y de sus partes relacionadas, en los términos del artículo 179 de esta Ley o personas vinculadas, ya sean residentes en México o en el extranjero. Para los efectos de este párrafo, se considerará que existe vinculación entre personas, si una de ellas ocupa cargos de dirección o de responsabilidad en una empresa de la otra, si están legalmente reconocidos como asociadas en negocios o si

se trata del cónyuge o la persona con quien viva en concubinato o son familiares consanguíneos en línea recta ascendente o descendente, colaterales o por afinidad, hasta el cuarto grado.

Las autoridades fiscales podrán autorizar a los contribuyentes de este Capítulo para no aplicar las disposiciones del mismo a los ingresos pasivos generados por entidades o figuras jurídicas del extranjero que tengan autorización para actuar como entidades de financiamiento por las autoridades del país en que residan, cuando dichos ingresos se utilicen para cumplir con los requisitos que al efecto se establezcan para el otorgamiento de créditos contratados con personas, figuras o entidades que no sean consideradas como partes relacionadas en los términos del artículo 179 de esta Ley y no se genere una deducción autorizada para un residente en México.

La autorización a que se refiere el párrafo anterior, estará sujeta a las condiciones que se establezcan en las reglas de carácter general que al efecto expidan las autoridades fiscales.

Cuando se enajenen acciones dentro de un mismo grupo, derivadas de una reestructuración internacional, entre ellas la fusión y escisión, que generen ingresos comprendidos dentro de este Capítulo, los contribuyentes podrán no aplicar las disposiciones del mismo a dichos ingresos, siempre y cuando se cumplan con los requisitos y documentación siguientes:

1. Presentar un aviso ante las autoridades fiscales con anterioridad a la realización de dicha reestructuración, que comprenda el organigrama del grupo, con la tenencia accionaria y una descripción detallada de todos los pasos que se realizarán en la misma.

2. Que la realización de la reestructura esté soportada por motivos y razones de negocios y económicas válidas, sin que la principal motivación de la reestructura sea obtener un beneficio fiscal, en perjuicio del Fisco Federal. El contribuyente deberá explicar detalladamente los motivos y las razones del porqué se llevó a cabo dicha reestructuración en el aviso a que se refiere el numeral anterior.

3. Que presenten a las autoridades fiscales dentro de los 30 días siguientes a que finalice la reestructura, los documentos con los que acrediten la realización de los actos comprendidos dentro de la citada reestructura.

4. Que las acciones que forman parte de la reestructuración no se enajenen a una persona, entidad o figura jurídica que no pertenezca a dicho grupo, dentro de los dos años posteriores a la fecha en que terminó la reestructura.

   Para efectos de este Capítulo, se entenderá por grupo el conjunto de sociedades cuyas acciones con derecho a voto representativas del capital social sean propiedad directa o indirecta de una misma persona moral en por lo menos 51%."

PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO

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."*

Para iniciar el trámite, se deberá entregar a La Compañía la siguiente documentación debidamente requisitada:

A. Pago Directo, sección I. Cirugía Programada con los hospitales y/o con los médicos considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio y II. Cirugía No Programada con los hospitales y/o con los médicos considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio:

Para este trámite, es necesario presentar la información requerida por La Compañía incluyendo:

- Credencial que lo identifica como Asegurado de La Compañía.
- Identificación Oficial Vigente.
- Informe Médico (formato debidamente requisitado y firmado por cada uno de los médicos tratantes).
- Aviso de Accidente o Enfermedad (formato debidamente requisitado por el Asegurado o Contratante en caso de que el Asegurado sea un menor de edad).
- Historia Clínica, Estudios de Laboratorio o Gabinete que sustenten Diagnóstico Médico.

La Compañía tiene el derecho, si lo juzga conveniente, de solicitar información adicional sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 69 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."*

B. Reembolso:

Para este trámite, es necesario presentar la siguiente documentación incluyendo:

- Credencial que lo identifica como Asegurado de La Compañía.
- Identificación Oficial Vigente.
- Informe Médico (formato requisitado y firmado por cada uno de los médicos tratantes).
- Aviso de Accidente o Enfermedad (formato requisitado por Asegurado o Contratante en caso de que el Asegurado sea un menor de edad).
- Historia Clínica, Estudios de Laboratorio o Gabinete que sustenten Diagnóstico Médico.
- Comprobantes de Pago (Facturas, Recibos, Recibos de Honorarios) a nombre del Asegurado o Contratante que deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y acompañados de recetas expedidas por Médico tratante.
- Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a tres meses.
- Formato "Conoce a tu cliente" debidamente requisitado.
- Formato "Solicitud de Pago, Finiquito por Transferencia Bancaria".
- Estado de Cuenta Bancario con Clabe Interbancaria.
- En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

La Compañía tiene el derecho, si lo juzga conveniente, de solicitar información adicional sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Una vez recibidos todos los documentos e información que permitan a La Compañía conocer el fundamento de la reclamación y dictaminar la procedencia de la indemnización, ésta deberá ser liquidada en el curso

de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que La Compañía haya recibido la última documentación. Todo lo anterior se determinará con base en lo estipulado en la carátula de la póliza, condiciones generales y los endosos respectivos.

Cualquier pago realizado indebidamente por La Compañía, a causa de haber incurrido en error por alguna omisión o inexacta declaración del Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, obliga al mismo a reintegrar inmediatamente dicho pago a La Compañía, quedando sin efecto sus obligaciones. Lo mismo se observará en caso de negligencia en el aviso por parte del reclamante, con intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por este contrato, el Asegurado tendrá como obligación el liquidar el deducible por única ocasión para ese padecimiento y coaseguro hasta el tope establecido en la carátula de la póliza contratados conforme a la enfermedad amparada de que se trate y de la protección utilizada, especificado en esta cláusula, estos conceptos se descontarán de la indemnización a la que tenga derecho el Asegurado.

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 en apego a las condiciones de la presente póliza.

Por cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente amparado, la suma asegurada irá disminuyendo, y quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto.

En cualquier tratamiento La Compañía podrá solicitar información adicional que considere necesaria para determinar sí el procedimiento utilizado queda amparado por la póliza.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, en ningún caso La Compañía realizará el pago de reclamaciones si no se cumplen los requisitos mencionados en el contrato.

Este contrato en ningún caso ampara los gastos a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

El tope de coaseguro será el que se establezca en la caratula de la póliza y se aplica solo para la atención médica dentro del territorio nacional.

Las vías de protección previstas para el presente seguro son:

A. Pago Directo

El Pago Directo procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el Asegurado requiera atención médica o ingrese a un hospital y obtenga los servicios de médicos y que estos últimos, acepten el pago de esta Institución.

Lo anterior es válido si la póliza está en vigor y no se encuentra en su periodo de gracia.

I. **Cirugía Programada dentro de los hospitales considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio.**

   Trámite.- Salvo los casos de emergencia y para efecto del pago directo, la programación de cirugías deberá llevarse a cabo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento. En dicho lapso La Compañía evaluará la programación y en su caso, otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que se deberá entregar en el área de Admisión al ingresar al hospital, así como mostrar una identificación oficial, vigente y con fotografía.

II. **Cirugía No Programada dentro de los hospitales y/o médicos considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio**

   Trámite.- En caso que un asegurado realice un ingreso no programado a un hospital considerado por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio:

a. El asegurado deberá presentarse en el área de admisión del hospital, presentando su credencial que lo acredite como asegurado, acompañado de una identificación vigente con fotografía,

b. Deberá cubrir el monto del depósito que por política del hospital le requieran,

c. Una vez que realice su formal internamiento, deberá de dar aviso a La Compañía para su valoración;

Una vez que La Compañía haya valorado el caso, para confirmar la procedencia de la Cirugía o tratamiento No Programado dentro de los hospitales considerados por La Compañía dentro de las Guías de Proveedores de Servicio, dará por escrito una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de la propia Compañía de acuerdo a lo establecido en su póliza.

La constancia podrá operar para el pago de honorarios médicos en caso de hospitalización, siempre que el médico de su elección, así lo acepte, sujetándose al tabulador contratado en la póliza o este se encuentre dentro de las Guías de Proveedores de Servicio de La Compañía.

Esta opción aplicará únicamente en hospitalizaciones con una estancia mayor a 24 horas.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Pago Directo.- En todo servicio que sea autorizado por Pago Directo, el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible contratado con un descuento de 3,000 pesos, y el pago del coaseguro.

La cantidad que La Compañía pagará por Pago Directo se determinará de la siguiente manera:

a. Se sumarán todos los gastos médicos amparados, ajustándose a los endosos de la Póliza.

b. A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la póliza y/o endosos de la misma. La suma del Deducible y coaseguro será la participación a cargo del Asegurado.

c. El deducible se aplicará una sola vez por siniestro y el coaseguro se aplicará por reclamación.

Cuando por cualquier causa no sea posible efectuar el pago directo a cualquier proveedor, el gasto procedente se realizara por la vía del reembolso.

B. Reembolso.

En los casos en los que el Asegurado requiera atención médica e ingrese a un hospital encontrándose en su periodo de gracia para el pago de la prima, los gastos efectuados se cubrirán mediante Reembolso y, aplicando el deducible y coaseguro correspondientes.

Trámite.- En caso de que la reclamación proceda por Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, presentando su solicitud, a la cual deberá anexar las formas y documentación que a continuación se enumeran de forma enunciativa más no limitativa y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

- Credencial que lo identifica como Asegurado de La Compañía
- Identificación Oficial Vigente
- Informe Médico (formato requisitado y firmado por cada uno de los médicos tratantes)
- Aviso de Accidente o Enfermedad (formato requisitado por Asegurado o Contratante en caso de que el Asegurado sea un menor de edad)
- Historia Clínica, Estudios de Laboratorio o Gabinete que sustenten Diagnóstico Médico
- Comprobantes de Pago (Facturas, Recibos, Recibos de Honorarios) a nombre del Asegurado o Contratante que deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y acompañados de recetas expedidas por Médico tratante

- Comprobante de domicilio con una vigencia no mayor a tres meses
- Formato “Conoce a tu cliente” debidamente requisitado
- Formato “Solicitud de Pago, Finiquito por Transferencia Bancaria”
- Estado de Cuenta Bancario con Clabe Interbancaria
- En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología

Todas las indemnizaciones mediante Reembolso amparadas por La Compañía serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante, al Asegurado Titular o a quien acredite haber realizado el gasto. Todos los comprobantes deberán ser en originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

Aplicación del Deducible y Coaseguro mediante Reembolso.- En toda reclamación que se realice por Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad amparada, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados.

La cantidad que La Compañía pagará al Asegurado mediante Reembolso se determinará de la siguiente manera:

a. Se sumarán todos los gastos médicos amparados, ajustándose a los límites establecidos en la póliza y/o endosos de la misma.

b. A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la póliza y/o endosos de la misma. La suma del Deducible y coaseguro será la participación a cargo del Asegurado.

c. El deducible se aplicará una sola vez por siniestro y el coaseguro se aplicará por reclamación.

C. Accidentes

Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente, el Asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes.

El deducible y el coaseguro, así como el nivel de hospital contratado, se especifican en la carátula y/o endosos de la póliza.

COASEGURO POR REGIÓN Y NIVEL HOSPITALARIO

Este producto tiene un esquema hospitalario con diferentes niveles y regiones. El nivel hospitalario contratado para la póliza se encuentra indicado en la carátula de la misma.

A continuación se describe el coaseguro a aplicar de acuerdo a la Región y Nivel Hospitalario donde se atienda el Asegurado.

APLICACIÓN DEL COASEGURO				
		Nivel		
		Menor al contratado	Igual al contratado	Mayor al contratado
Región	Menor a la contratada	-10%	-10%	+15%
	Igual a la contratada	-10%	Contratado	+25%
	Mayor a la contratada	+10%	+10%	+30%

Notas:
* No aplica tope de coaseguro
** Coaseguro adicional al contratado
*** No aplica para el Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales, Tratamiento de Columna Vertebral y Rodilla y para procedimientos quirúrgicos novedosos como el uso de Robots, Radiocirugía y Terapia Endovascular.

En caso de que el Asegurado sea atendido (salvo las emergencias médicas) en un hospital perteneciente a una **región menor** a la que fue contratada la póliza, el coaseguro será de la siguiente manera:

- Si el hospital pertenece al **mismo nivel o menor** al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales al indicado en la carátula de la póliza.

- Si el hospital tiene un **nivel más alto** al contratado, el coaseguro se incrementará en 15 puntos porcentuales por cada nivel adicional al indicado en la carátula de la póliza y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

En caso de que el Asegurado sea atendido en un hospital en la **misma región** a la que fue contratada la póliza, el coaseguro será de la siguiente manera:

- Si el hospital pertenece a un **nivel menor** al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales al indicado en la carátula de la póliza.

- Si el hospital pertenece al **mismo nivel** aplicará el coaseguro contratado indicado en la carátula de la póliza.

- Si el hospital pertenece a un nivel **más alto** al contratado, el coaseguro se incrementará en 25 puntos porcentuales por cada nivel adicional al indicado en la carátula de la póliza y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

En caso de que el Asegurado sea atendido (salvo las emergencias médicas) en un hospital perteneciente a una **región mayor** a la que fue contratada, el coaseguro se modificará de la siguiente manera:

- Si el hospital pertenece al **mismo nivel o menor** al contratado, el coaseguro aumentará adicionalmente al indicado en la carátula de la póliza en 10 puntos porcentuales y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

- Si el hospital pertenece a un **nivel más alto** al contratado, el coaseguro se incrementará en 30 puntos porcentuales adicional al indicado en la carátula de la póliza y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

En caso de emergencia médica se mantiene el Coaseguro contratado.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Asegurado la Póliza correspondiente, en caso de que el cobro de Prima objeto del seguro se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, cuya comercialización se realizó a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refiere el Artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Al acordar la contratación del seguro, La Compañía proporcionará al Contratante o Asegurado:

I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;

II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;

III. La dirección de la página electrónica en Internet de La Compañía, con la finalidad de que se pueda identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;

IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de La Compañía;

V. Los datos de la Unidad Especializada de La Compañía;

VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Enviará al Asegurado la Póliza y sus Condiciones Generales al domicilio indicado por el Asegurado, 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 Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a La Compañía, le sea enviada la Póliza de seguro y sus Condiciones Generales vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.

La Póliza podrá ser cancelada o no renovada de manera automática a petición del Asegurado mediante aviso dado por escrito a La Compañía, o bien, solicitando su cancelación vía telefónica, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionará un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no renovación.

La cancelación o no renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con lo dispuesto por 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), se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.vepormas.com, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono (55) 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 01 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un 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, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100,teléfono (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 01 800 999 8080;correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

“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 día 26 de marzo de 2019, con el número CNSF-S0016-0132-2019/CONDUSEF-000889-08”

ANEXO 1

A continuación se muestran en forma ascendente las regiones de tarifa, siendo la 1 la más baja y la región 6 la más alta.

Región	Ciudad o Estado
1	Colima, Durango, Hidalgo, Nayarit, Oaxaca, Sonora.
2	Campeche, Chiapas, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán.
3	Guanajuato, Querétaro, San Luis Potosí.
4	Aguascalientes, Baja California Norte, Coahuila, Jalisco, Michoacán.
5	Baja California Sur, Chihuahua, Guerrero, Morelos, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas, Zacatecas.
6	Ciudad de México, México.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono (55) 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 01 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un 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, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100,teléfono (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 01 800 999 8080;correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

“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 día 26 de marzo de 2019, con el número CNSF-S0016-0132-2019/CONDUSEF-000889-08”

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 y 53 fracción I, 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 de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, (actualmente 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.

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 día 24 de Junio del 2019 con el número CGEN-S0016-0032-2019/G-01108-001.

Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0132-2019. 26 de marzo de 2019.

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

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 la Circular Única de Seguros y de Fianzas, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, si así lo desea, 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 encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/productos-seguros

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”.

La utilización de los Medios Electrónicos por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso.

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 día 06 de agosto de 2025, con el número CGEN-S0016-0051-2025/G-01732-001

CLÁUSULA DE CUMPLIMIENTO EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE DINERO Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO

I. El **Contratante** de la Póliza a la cual se adhiere la presente Cláusula General, reconoce y acepta las obligaciones relacionadas con la **Cláusula de Agravación del Riesgo** que forman parte del contrato de seguro suscrito, adicionalmente, se obliga bajo la presente cláusula y bajo protesta de decir verdad declara que:

1. Cuenta con los recursos financieros y económicos, necesarios y suficientes, los cuales le son propios, para cumplir con sus obligaciones derivadas del presente contrato de seguro.

2. Los recursos utilizados para el cumplimiento de sus obligaciones derivados de la Póliza a la cual se adhiere esta cláusula general y de la contratación de cualquier otro beneficio.
provienen de origen lícito.

3. Las actividades que realiza son de origen lícito conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y las disposiciones aplicables, obligándose a mantener actualizada su información registral y fiscal cuando le sea requerida por la **Compañía** para fines de prevención de lavado de dinero y financiamiento al terrorismo. Manifiesta, además que en caso de ser persona moral, su capital social no proviene de actividades ilícitas, ni está sujeto a gravámenes o medidas cautelares relacionadas con investigaciones por delitos financieros.

4. No se encuentra sujeto a proceso penal ni ha sido condenado por delitos relacionados con operaciones con recursos de procedencia ilícita, corrupción, financiamiento al terrorismo o delincuencia organizada, tanto a nivel nacional como internacional; adicionalmente, se obliga a notificar de inmediato a la **Compañía** cualquier inicio de investigación o procedimiento que pudiere modificar esta declaración.

5. En caso de que sea persona moral, manifiesta que sus accionistas, consejeros, directivos, empleados, clientes, proveedores, contratistas y/o socios comerciales son personas físicas o morales que realizan actividades lícitas, y que, en la medida de su conocimiento, no se encuentran incluidos en listas oficiales nacionales o internacionales de personas bloqueadas, sancionadas o investigadas por operaciones ilícitas.

6. En el supuesto de que llegare a tener conocimiento de que cualquiera de las personas citadas en la declaración anterior cae en alguno de los supuestos señalados, lo informará de inmediato la **Compañía**, entendiéndose que ésta estará facultada para: (i) suspender de inmediato operaciones y actividades relacionadas con el presente Contrato; y/o (ii) rescindir de pleno derecho el Contrato, sin responsabilidad para la Compañía, cuando exista falsedad, omisión o incumplimiento de las declaraciones previamente realizadas. El **Contratante** se obliga a sacar en paz y a salvo la **Compañía** frente a cualquier reclamación, daño, sanción o costo derivados de dicha falsedad, omisión o incumplimiento, cuando así lo determine una instancia judicial competente.

7. Los recursos que destinará para cumplir con sus obligaciones en virtud del producto contratado han tenido y continúan teniendo una fuente legal y origen legítimo, producto de actividades llevadas a cabo dentro del marco legal; siendo **El Contratante** el único responsable por la legitimidad y legalidad de dichos recursos.

8. Ha declarado con antelación a la **Compañía** si tiene, o no, la calidad de Persona Políticamente Expuesta (PEP) y hará inmediatamente del conocimiento de la **Compañía** si alguno de sus cotitulares, beneficiarios, apoderados, representantes, accionistas, socios y/o Beneficiarios Finales/Controladores ostenta dicha calidad. En caso afirmativo, **El Contratante** se obliga a informarlo por escrito a la **Compañía** y a proporcionar la información adicional que se le requiera, incluyendo el que la Compañía solicite a El Contratante el llenado de cuestionarios para clientes catalogados como de alto riesgo, la atención a entrevistas personales y la presentación de pruebas documentales sobre el origen de los recursos relacionados con el contrato de seguro suscrito con la Compañía. Igualmente, El Contratante se obliga a notificar inmediatamente a la Compañía cualquier cambio en dicho estatus.

9. Tratándose de persona moral o de estructuras jurídicas, **El Contratante** manifiesta conocer e identificar a su(s) Beneficiario(s) Final(es) o Controlador(es) conforme a la legislación aplicable, comprometiéndose a: (i) proporcionar a la **Compañía** la información y documentación correspondiente cuando le sea requerida; (ii) mantenerla actualizada durante la vigencia de la relación; y (iii) notificar cualquier modificación en su cadena de propiedad y control dentro de los plazos legales. **El Contratante** declara que ninguno de sus Beneficiarios Finales/Controladores se encuentra impedido por la normativa aplicable ni incluido en listas de sanciones.

II. Derivado de las declaraciones y obligaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía hace del conocimiento de **El Contratante** que cuenta con facultades para requerir cierta documentación e información comprobatoria y para llevar a cabo las siguientes acciones:

1. La falsedad, omisión, inexactitud o falta de actualización de cualquiera de las declaraciones u obligaciones establecidas en materia de prevención de lavado de dinero y financiamiento al terrorismo encontradas a lo largo de la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL y los documentos anexos o complementarios a la misma, a cargo de El Contratante, podrá constituir una causa de rescisión inmediata por parte de la Compañía, sin necesidad de declaración judicial previa, independientemente de las acciones civiles, administrativas o penales que correspondan, incluyendo los reportes regulatorios aplicables a la autoridad investigadora de delitos financieros. El Contratante se obliga a indemnizar y mantener en paz y a salvo la Compañía por los daños y perjuicios, costos, gastos y sanciones que se generen, cuando así lo determine una instancia judicial competente, con motivo de dicho incumplimiento.

2. El Contratante se obliga a proporcionar, actualizar y/o complementar, de forma veraz, completa y oportuna la información, documentación y actualizaciones necesarias que le requiera la Compañía para dar cumplimiento a la normativa aplicable en materia de Prevención de Lavado de Dinero o Financiamiento al Terrorismo incluyendo, de manera enunciativa mas no limitativa: identificación y verificación de identidad, información del(los) Beneficiario(s) Final(es)/Controlador(es), comprobantes de origen y procedencia lícita de recursos, información patrimonial y fiscal, así como cualquier actualización que resulte necesaria para el monitoreo transaccional y la aplicación del enfoque basado en riesgos.

3. El Contratante, de igual manera a solicitud de la Compañía deberá actualizar la información y/o documentación que le sea solicitada en el plazo requerido por la Compañía, en el entendido de que la falta de entrega de la misma constituirá incumplimiento material, y una agravación esencial del riesgo en términos de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere esta cláusula, por lo que la Compañía podrá a su elección, terminar o rescindir de manera inmediata y sin necesidad de declaración judicial previa el presente Contrato y/o los documentos anexos al mismo, sin responsabilidad alguna, encontrándose facultada para notificar en el domicilio al Contratante, dicha rescisión o terminación.

4. El Contratante a solicitud por escrito de la Compañía, deberá re-certificar anualmente su domicilio entregando la documentación que lo acredite y notificar cualquier cambio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Adicionalmente, El Contratante autoriza expresamente a la Compañía a realizar visitas, auditorías o verificaciones remotas para corroborar la existencia y localización del domicilio, y a requerir un domicilio alterno para realizar dichas notificaciones.

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 día 09 de febrero de 2026, con el número CGEN-S0016-0072-2025/G-01759-002