



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0419-2014, 11 de julio de 2014

**Seguro de Gastos Médicos
Mayores Individual
Producto Tradicional**

Seguros BX+



Condiciones Generales

**Seguro de Gastos
Médicos Mayores
Individual Producto
Tradicional**

Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001981-01, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

CONTENIDO**DEFINICIONES**

ACCIDENTE CUBIERTO	11
AGENTE DE SEGUROS	11
ANTIGÜEDAD	11
ASEGURADO	11
BENEFICIARIO	12
COASEGURO	12
CONTRATANTE	12
CONSULTA MÉDICA POST-OPERATORIA	12
CUARTO PRIVADO ESTÁNDAR	12
DEDUCIBLE	13
EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA	13
ENDOSO	13
ENFERMEDAD CUBIERTA	13
EVENTO	14
EXCLUSIONES	14
GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	14
HONORARIO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO	14
HOSPITAL	14
HOSPITALIZACIÓN	14

INDEMNIZACIÓN	14
LA COMPAÑÍA	15
LUGAR DE RESIDENCIA	15
MÉDICO	15
ENFERMEDADES CONGÉNITAS	15
PREEXISTENCIA	15
PAGO DIRECTO	16
PERÍODO DE ESPERA	16
PRIMA	16
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	16
RECLAMACIÓN	16
RED HOSPITALARIA	17
RED MÉDICA	17
RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS	17
REEMBOLSO	17
REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA	17
RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	17
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	18
SIDA	18
SIGNO	18

SINIESTRO	18	PRIMA	28
SÍNTOMA	18	PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA Ó PERÍODO DE GRACIA	28
SMGMVDF	18	FORMA DE PAGO DE LA PRIMA	28
SOLICITUD	18	LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA	29
SUMA ASEGURADA	19	COMISIONES	29
TABLA DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS	19	NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES	29
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	19	RECTIFICACIONES	29
VIGENCIA	19	MODIFICACIONES	30
CLÁUSULAS GENERALES	20	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	30
OBJETO DEL SEGURO	20	PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO	30
CONTRATO	20	CATEGORÍA DE HOSPITALES	37
PERÍODO DE BENEFICIO	20	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	38
RENOVACIÓN GARANTIZADA	21	MONEDA	38
CANCELACIÓN, TERMINACIÓN ANTICIPADA Y/O RESCISIÓN	22	INDEMNIZACIÓN POR MORA	38
REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA	23	SUBROGACIÓN DE DERECHOS	39
EDAD	23	ARBITRAJE MÉDICO	39
AGRAVACIÓN DEL RIESGO	24	PRESCRIPCIÓN	39
RESIDENCIA	25	DAÑO MORAL	40
OCUPACIÓN	26	COMPETENCIA	40
MOVIMIENTO DE ASEGURADOS	26	RÉGIMEN FISCAL	41
AJUSTES DE PRIMA	27	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	41

PRECEPTOS LEGALES	42	ATENCIÓN EN HOSPITALES DEL GRUPO ÁNGELES	52
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	43	CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	52
HONORARIOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS	43	ENFERMEDADES CON PERÍODO DE ESPERA	52
HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS	44	EXCLUSIONES	54
GASTOS HOSPITALARIOS	44	PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:	54
TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS	45	ENFERMEDADES PREEXISTENTES	56
HONORARIOS DE ENFERMERAS FUERA DEL HOSPITAL	45	TRATAMIENTOS ESTÉTICOS	56
MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL	45	TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	56
ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE FUERA DEL HOSPITAL	45	TRATAMIENTOS DENTALES	57
RENTA DE EQUIPO TIPO HOSPITAL	45	TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA FERTILIDAD	58
RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS	46	TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO	58
USO DE AMBULANCIA	46	INTENTO DE SUICIDIO	59
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PUERPERIO	47	ADICCIONES	59
PARTO NORMAL O CESÁREA	48	ALCOHOLISMO	59
ENFERMEDADES PREEXISTENTES DECLARADAS	48	COMPRA DE APARATOS DE REHABILITACIÓN Y PRÓTESIS	60
ENFERMEDADES CONGÉNITAS DE LOS ASEGURADOS	49	SIDA	60
TRATAMIENTO DE NARIZ Y/O SENOS PARANASALES	49	MEDICINA ALTERNATIVA	60
CONDONACIÓN EN ACCIDENTE	50	CIRUGÍAS PARA CORREGIR TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN OCULAR	61
EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO	50	GASTOS DE HONORARIOS MÉDICOS DE FAMILIARES	61
SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	52		

GASTOS DEL ACOMPAÑANTE	61
GASTOS MENORES O IGUALES AL DEDUCIBLE	61
OTROS GASTOS NO CUBIERTOS	61
COBERTURAS ADICIONALES	64
COBERTURA INTERNACIONAL	64
COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES	65
COBERTURA DE AYUDA DIARIA PARA GASTOS EXTRAS O ADICIONALES	71
COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS	72
COBERTURA DE PROTECCIÓN CONTINUA	73

DEFINICIONES

Accidente Cubierto

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado que requieran atención médica o causen su muerte, siempre que estas ocurran dentro de los 30 días siguientes a la fecha del acontecimiento que les dio origen, y se produzcan durante el período de la vigencia de la póliza. No se considerará como accidente cubierto, a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Todas las lesiones que sufra el Asegurado durante un mismo accidente se considerarán como un solo evento.

Agente de Seguros

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

Antigüedad

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de gastos médicos mayores.

Asegurado

Es (son) la(s) persona(s) cubierta(s) por el Contrato de Seguro, aceptada(s) por La Compañía y que así conste por escrito en la carátula de la póliza y/o endoso correspondiente, que podrá(n) ser cualquiera de las siguientes personas:

- Si el Contratante es Persona Física:
 - Contratante.
 - Familiares directos del Contratante: Cónyuge o concubina(rio), así como los padres e hijos de ambos.
 - Otros dependientes económicos del Contratante.

- Si el Contratante es Persona Moral
 - Terceras personas que el Contratante designe.

Beneficiario

Para los efectos de esta póliza se entiende por “Beneficiario”, en singular o plural, la persona o personas físicas designadas como tales por el Asegurado en la solicitud formulada para la celebración de este contrato o los que, en su caso, designe posteriormente, mismos que tendrán un derecho de recibir el beneficio de la cobertura proveniente del fallecimiento de un Asegurado.

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 indicado en la carátula de la póliza.

Contratante

Aquella persona física o moral 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.

Consulta Médica Post-Operatoria

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

Cuarto Privado Estándar

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 cada vez que se presente una enfermedad amparada. Dicha cantidad se cubrirá al inicio de la reclamación del siniestro.

Emergencia o Urgencia Médica

Se entiende por emergencia o urgencia médica, todo problema médico-quirúrgico agudo, que requiera atención médica inmediata y ponga en peligro la vida, un órgano o una función del Asegurado.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de emergencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de emergencia.

Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste y tiene vigencia a partir de su emisión o bien según lo indique su contenido.

Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales, en todo aquello que se contrapongan.

Enfermedad Cubierta

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, que dé inicio durante la vigencia de la póliza 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, así como de su tratamiento médico o quirúrgico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

Evento

Se entenderá por evento a un accidente o enfermedad.

Exclusiones

Son los eventos, actividades, ocupaciones, gastos o enfermedades no cubiertas por la póliza.

Gasto Usual y Acostumbrado

Monto o valor que convencionalmente paga La Compañía a los prestadores de servicios médicos, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

Honorario Médico y/o Quirúrgico

Es la cantidad monetaria que el Médico cobra por servicios por concepto de diagnósticos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas hechas al Asegurado.

Hospital

Institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos, lesionados o accidentados. No se hará por parte de La Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquiera semejante en donde no se exige remuneración.

Hospitalización

Internación continua mayor a 24 horas del Asegurado en un hospital en caso de siniestro.

Indemnización

Pago efectuado conforme a lo establecido en el Contrato de Seguro como consecuencia de la realización del riesgo cubierto 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 cada Asegurado.

Médico

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y 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 por el consejo de la especialidad correspondiente.

Enfermedades Congénitas

Aquellas enfermedades o malformaciones que se originan durante el período de gestación y se manifiestan al nacimiento.

El conjunto de alteraciones que den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

Preexistencia

Se refiere a aquellas enfermedades que cumplan lo siguiente:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicha enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico o soporte médico, donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico o soporte médico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- 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.

Pago Directo

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al hospital y/o al médico perteneciente a su Red, por los servicios médicos prestados al Asegurado, siempre y cuando éstos procedan conforme el contrato de seguro.

Período de Espera

Es el tiempo mínimo de cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir después de la fecha de alta procedente del Asegurado a la póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad, a partir de la cual se cubrirán ciertas enfermedades.

El período de espera no aplicará cuando se trate de emergencia o urgencia médica o accidente.

Prima

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

Programación de Cirugía

Autorización previa al internamiento que el Asegurado recibe para la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, según corresponda médicamente.

Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos. La Compañía será quien define si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza.

Red Hospitalaria

Conjunto de hospitales con los que La Compañía mantiene convenio y a los cuales pueden acceder, si así lo desean, los Asegurados de esta póliza.

Red Médica

Es el grupo de médicos con los que La Compañía mantiene convenio, los cuales ofrecen sus servicios a los Asegurados de esta póliza y a los cuales pueden acceder, si así lo desean, los Asegurados de esta póliza.

Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de clínicas, laboratorios, gabinetes y farmacias con los que La Compañía mantiene convenio para brindar servicios de recuperación de la salud del Asegurado, que así lo desee.

Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. La Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el deducible y coaseguro correspondiente, ajustándose a los límites y condiciones de esta póliza.

Reinstalación de Suma Asegurada

La suma asegurada otorgada se establecerá en la carátula de la póliza y se aplicará por cada siniestro distinto que tenga el Asegurado, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Renovación de la Póliza

Acto jurídico por el cual La Compañía realiza la emisión de la póliza por otro período consecutivo, con el objeto de mantenerla en vigor.

Segunda Opinión Médica

Es una opinión que puede ser requerida por el Asegurado o por La Compañía en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico, el cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que serán designados por La Compañía.

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se considera que una persona tiene SIDA cuando en una prueba de ELISA el VIH es positivo y esto es confirmado con una prueba complementaria de Western Blot.

Signo

Se dice de cada una de las manifestaciones en una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

Siniestro

Término que define la ocurrencia del evento previsto y cubierto en la póliza de seguro.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y que es referido por el paciente.

SMGMVDF

Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal.

Solicitud

Documento mediante el cual el solicitante da a conocer a La Compañía sus necesidades de cobertura. Dicho documento sirve como base para la emisión de la póliza.

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 siniestro.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el máximo a pagar por La Compañía para cada uno de éstos.

Tarjeta de Identificación de la Póliza

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

Vigencia

Período de validez del Contrato de Seguro que se indica en la carátula de la póliza, siempre que la prima sea pagada dentro del período convenido.

CLÁUSULAS GENERALES

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 cubiertos por la póliza y enumerados más adelante, La Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando ocurra durante el período de cobertura del Asegurado y la póliza se encuentre en vigor al momento del accidente y/o enfermedad y dichas enfermedades cumplan con las condiciones específicas señaladas en estas condiciones generales, finalizando la obligación según lo indicado en la cláusula Período de Beneficio.

Contrato

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, el examen médico, la solicitud de endosos, cambios de beneficiarios y demás cambios que afecten directamente la póliza de seguro, así como 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 se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinadas enfermedades que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación o residencia.

Periodo de Beneficio

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

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de gastos incurridos durante el período de vigencia de la póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de

terminación de la vigencia del contrato, en caso de terminación por falta de pago, los efectos del contrato terminarán 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.

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

Cuando el asegurado solicite 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.

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.

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 renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Se informará al contratante, con al menos 30 días hábiles de anticipación, los valores de la prima aplicables a la misma. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y las renovaciones estarán sujetas a las características de Suma Asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorario médico, así como coberturas adicionales establecidas al término de la vigencia inmediata anterior. Cualquier cambio y actualización en las características mencionadas anteriormente deberá ser solicitado por escrito por parte del Contratante.

En caso de que el Asegurado cambie de Residencia y Ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de La Compañía.

El contratante o Asegurado, deberá notificar por escrito a La Compañía su voluntad de no renovar el presente contrato con cuando menos 20 días hábiles antes de la fecha de vencimiento del mismo, en caso contrario el contrato se renovará de manera automática.

Cancelación, Terminación Anticipada y/o Rescisión

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

a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

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 será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del período de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado período, 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, devolviendo el 60% de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

La cancelación por cualquier motivo termina el período de cobertura de la póliza por lo que la antigüedad hasta ese momento alcanzada queda sin efecto.

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 al último día del plazo de gracia señalado, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El Contratante o Asegurado lo soliciten por escrito a La Compañía.
- El (los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que La Compañía le(s) requiera.
- 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 correspondiente.
- Pagar el importe del ajuste correspondiente al período comprendido desde la fecha de rehabilitación hasta el siguiente vencimiento de primas.

Como resultado de la rehabilitación La Compañía eliminará el período de antigüedad reconocido, mismo que empezará a contar a partir de la fecha de rehabilitación.

No están cubiertos los siniestros ocurridos durante el período entre la fecha en que este contrato hubiere cesado sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

Edad

Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta los 64 años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con Renovación de acuerdo a lo estipulado en la cláusula del mismo nombre.

Si al momento de celebrar este contrato o posteriormente el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, La Compañía hará la anotación correspondiente y no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

- Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites de aceptación fijados por este contrato, La Compañía podrá rescindir de pleno derecho los beneficios de esta póliza para este Asegurado. La Compañía devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.
- 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 fijará 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 cubiertos 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).

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 de Seguro.

La pérdida del derecho a ser indemnizado, aplica para los nuevos eventos, 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.

De manera enunciativa más no limitativa, serán consideradas agravación en el riesgo las siguientes actividades:

Prácticas de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional, así como actividades peligrosas.

Para efectos del presente contrato, se entenderá como deporte “extremo” a toda aquella actividad física que implique una real o aparente peligrosidad por las condiciones de dificultad, velocidad, altura o esfuerzo físico que se requiera para su ejecución.

Para efectos del presente contrato, se entenderá como actividad peligrosa a cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limita a: Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, “bungee jumping”.

Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas cuyo domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

En caso de que alguno de los Asegurados radique por más de 3 meses fuera del territorio nacional, deberá notificarlo por escrito a La Compañía dentro de los siguientes 5 días a partir de dicho período, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos Asegurados.

En caso de no hacerlo se rescindiré 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 aceptada la propuesta. En caso de negativa, la Aseguradora, devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

En este caso, La Compañía 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 aceptada la propuesta. En caso de negativa, la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

En este caso, La Compañía se reserva el derecho de aceptar la renovación de la póliza debido a la agravación del riesgo.

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.

- Las mujeres que se encuentren aseguradas podrán asegurar a sus hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, quedando cubiertos desde su nacimiento en forma automática y sin necesidad de presentar pruebas médicas siempre y cuando la madre asegurada cuente con 10 meses continuos de cobertura al momento del nacimiento. En este caso, La Compañía exime al Contratante del pago de la prima correspondiente a la cobertura básica del recién nacido desde su nacimiento hasta la siguiente fecha de renovación, siempre y cuando el Asegurado dé aviso por escrito a La Compañía dentro de los 40 días naturales posteriores al nacimiento, entonces cualquier beneficio adicional que tenga la póliza, quedará a cargo del contratante. Si no lo hiciera así, la aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y la cobertura entrará en vigor en su caso hasta el momento de la aceptación por escrito de La Compañía, con la correspondiente obligación del pago de la prima.

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 período 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 correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza correspondiente a dicho Asegurado y/o movimiento.

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 a 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. 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 ó Período de Gracia

El Contratante gozará de un plazo de 30 días naturales, conocido como período de gracia, contado a partir del vencimiento de la prima, para liquidar el total de la misma o la primera fracción pactada en el contrato, en caso de haberse convenido el pago de manera fraccionada. En este último supuesto, los pagos de recibos subsecuentes deberán ser pagados en la fecha de su vencimiento. Si durante este período no se hubiere cubierto la totalidad de la prima o la primera fracción pactada de ésta, no aplicará el pago directo, aun y cuando el asegurado se haya atendido con Médico y/u Hospital de la Red.

Si el Contratante no hubiere cubierto el total de la prima o la primera fracción pactada al final del último día del período de gracia los efectos de este contrato cesarán automáticamente.

En caso de siniestro, si la póliza está dentro del período 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 período de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, no inferiores a un mes 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 pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa mas no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de la realización de dicho pago.

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 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.

Modificaciones

Cualquier modificación al presente contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Cualquier persona que no esté expresamente facultada por La Compañía, no podrá hacer modificación ni concesión alguna. El agente sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas por el Contratante ante La Compañía. Estas modificaciones deberán constar mediante endoso.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados o sus representantes, están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo a la solicitud, todos los hechos importantes 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).

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.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de una omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s), facultará a La Compañía para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

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, en el curso de los primeros 5 días siguientes a la fecha de la atención médica, 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 dentro de un plazo máximo de 5 días antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia en el extranjero debe ser notificado dentro de los cinco días siguientes al inicio del tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si el Asegurado no entra en contacto con la administradora como se establece en el párrafo anterior, tratándose de reclamaciones fuera de territorio nacional, será responsable por el 35% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, en adición al deducible y al coaseguro contratados.

Las indemnizaciones que resulten conforme al Contrato de Seguro, deberán ser liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que La Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación. 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 extinguidas 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 cubierta por este contrato, el Asegurado tendrá como obligación el liquidar el deducible y coaseguro contratados conforme a la enfermedad cubierta de que se trate y de la vía de protección utilizada, especificado en la cláusula de Pago de Indemnizaciones por Siniestro, los cuales se descontarán de la indemnización pagadera. No aplicará el deducible citado anteriormente para aquellos gastos complementarios que se realicen por alguna reclamación ya aceptada y pagada y por la cual ya se hubiere cubierto el deducible correspondiente.

Los Asegurados están en libertad de escoger las instituciones hospitalarias y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta póliza; en la inteligencia de que los costos que asume La Compañía serán de acuerdo al gasto usual y acostumbrado.

Por cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la suma asegurada contratada. La suma asegurada queda fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto.

En ningún caso procederá el pago de reclamaciones si no se cumplen los requisitos mencionados en el contrato. En caso de no cumplirse estos requisitos La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación.

Las vías de protección previstas para el presente seguro son:

A) Protección por vía Pago Directo.

La Protección por vía Pago Directo procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el Asegurado requiera de hospitalización y por esta hospitalización obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica y Hospitalaria. Lo anterior es válido si la póliza no se encuentra en su período de gracia.

I. Cirugía Programada Dentro de la Red.

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 la valorará 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.

Para iniciar dicho trámite, se deberá entregar en el departamento de Siniestros de La Compañía la siguiente documentación debidamente requisitada:

- El formato de “Informe Médico” firmado por el médico tratante.
- El formato de “Aviso de Accidente o Enfermedad”.
- Los estudios de laboratorio o gabinete realizados correspondientes al diagnóstico.

Aplicación del deducible y coaseguro en pago directo:

En todo servicio que sea autorizado mediante protección por vía pago directo, se le disminuirá al deducible contratado 2(dos) SMGMVDF (salarios mínimos generales mensuales vigentes en el D.F.) y al coaseguro contratado 10% (puntos porcentuales), independientemente del porcentaje de coaseguro que se haya contratado siempre y cuando sea tratado en un hospital del mismo nivel o más bajo al contratado.

En caso de atenderse en un nivel hospitalario más alto al contratado, se aplicara el deducible contratado y se incrementa 15% al coaseguro contratado, eliminando el tope de coaseguro establecido, independientemente del porcentaje de coaseguro que se haya contratado.

Para tratamiento de nariz y/o senos paranasales así como el uso de ambulancia aérea no procederá esta condonación.

II. Cirugía No Programada Dentro de la Red.

Trámite.- Si el Asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica (sin previo aviso a La Compañía) presenta en el área de admisión al ingresar al hospital su tarjeta de identificación de la póliza que lo acredita como Asegurado de La Compañía junto con una identificación oficial vigente con fotografía, deberá cubrir

el importe por concepto de depósito que exige el hospital por ingreso y avisar a la Red Médica inmediatamente de su ingreso.

Una vez que La Compañía haya valorado el caso, para confirmar la procedencia de la Cirugía No Programada Dentro de la Red, La Compañía por escrito, dará una constancia indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de La Compañía de acuerdo a lo establecido en su póliza.

El reporte también podrá operar en el pago de honorarios médicos en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Pago Directo.- En todo servicio que sea autorizado mediante Protección por vía Pago Directo descrito anteriormente, el Asegurado tendrá obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital, según sea el caso. La cantidad que La Compañía pagará al Asegurado por Pago Directo se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, 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. El monto que así se determine por concepto de 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 el médico tratante y/o el hospital no formen parte de la Red Médica y Hospitalaria, el pago de la

indemnización se realizará a través de la Protección por vía Reembolso.

B) Protección por vía Reembolso.

Si no se llegaron a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la Red, o que el Asegurado requiera atención médica e ingrese a un hospital encontrándose en su período de gracia para el pago de la prima, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán mediante la Protección por vía Reembolso con sujeción a los términos y condiciones de la presente póliza, aplicando además el deducible y coaseguro indicados en la carátula y/o endosos de esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de la Protección por vía Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a La Compañía la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de "Aviso de Accidente o Enfermedad" debidamente requisitado y con letra legible por el Contratante o Asegurado.
2. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga otro mayor de edad.
3. Formato de "Informe Médico" firmado por el médico tratante anexando al informe médico, los diagnósticos y/o historia clínica. Este documento será requisitado por el(los) médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.
4. Facturas y/o recibos originales a nombre del Asegurado afectado o del Contratante que satisfagan los requisitos

fiscales de cada uno de los gastos que se hayan hecho. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante.

5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando, por lo que cada recibo de honorarios deberá estar relacionado con un solo concepto, como: consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anesthesiólogo, entre otros. Para consultas médicas, se deberá entregar un recibo por cada consulta recibida. En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.
6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, encefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. 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 la Protección por vía Reembolso cubiertas por La Compañía serán liquidadas al Asegurado afectado, al Contratante o a quien éste haya designado en las oficinas de La Compañía con la presentación de carta poder. 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 la Protección por vía Reembolso.- En toda reclamación inicial que se realice a través de la Protección por vía Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, 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 la Protección por vía Reembolso se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, 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. El monto que así se determine por concepto de 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.

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado no tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes conforme al apartado de **Condonación en Accidente**.

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

Categoría de Hospitales

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

En caso de que el Asegurado sea atendido en un hospital de nivel distinto al contratado, **el coaseguro de los gastos hospitalarios** se modificará de la siguiente manera:

- Si el hospital tiene un nivel menor al contratado, el coaseguro disminuirá 15 puntos porcentuales por cada nivel, siendo el coaseguro mínimo de cero.

- Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado, el coaseguro se incrementará en 15 puntos porcentuales por cada nivel.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por coaseguro, ésta se eliminará en el momento en que el Asegurado se atienda en un hospital de nivel mayor al contratado.

Programación de Cirugías y Tratamientos Médicos

En caso de que el Asegurado se atienda fuera de la Red Médica y Hospitalaria y cuente con una programación de cirugía(s) y/o tratamiento(s) médico(s), incluyendo cirugías ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital, podrá:

- Conocer anticipadamente si el tratamiento está o no cubierto por esta póliza.
- Conocer anticipadamente los montos autorizados para honorarios médicos y gastos hospitalarios.
- Tener acceso a la Red de Médicos y Hospitales de La Compañía para una segunda opinión médica, con la ventaja adicional de que éstos se adaptan a los tabuladores autorizados por La Compañía.

Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de la póliza se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato se indemnizarán en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se efectúe el gasto.

Indemnización por mora

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.

Subrogación de Derechos

En caso de que el Asegurado sufra un daño cubierto 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 el concepto de preexistencia definido en las presentes 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. La Compañía sugiere que el Asegurado acuda a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para que la misma funja como instancia mediadora.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado 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 aquéllas 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.

Daño Moral

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, aun cuando se hayan seleccionado de la Red Médica y Hospitalaria con las que La Compañía tenga celebrados convenios, 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 institución de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

Régimen Fiscal

El régimen fiscal de esta póliza 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.

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).

Enviaré 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 surtiré 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.Ve por Más.com.mx, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En caso de requerir tratamiento médico o quirúrgico debido a una enfermedad cubierta o a consecuencia de un accidente cubierto dentro de la República Mexicana y conforme a lo indicado en la cláusula **Emergencia Médica en el Extranjero** descrita posteriormente, La Compañía indemnizará, de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Seguro y acorde al gasto usual y acostumbrado 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.

Los honorarios de médicos que estén en convenio con La Compañía, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los médicos que no están en convenio con La Compañía, los honorarios serán cubiertos en base en la tabla de honorarios quirúrgicos, la cual indica el máximo a pagar para cada procedimiento médico y/o quirúrgico, de modo que la cantidad máxima que se liquidará por este concepto incluirá 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.

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 y/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.

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 practiquen al Asegurado dos o más procedimientos 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 practiquen al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región anatómica 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 practiquen al Asegurado dos o más procedimientos en regiones anatómicas distintas por el mismo médico se pagará la cirugía de mayor monto al 100%, la segunda al 50% y las demás no quedarán cubiertas.

Si se practican al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región anatómica por el mismo equipo quirúrgico, La Compañía pagará la cirugía de mayor monto al 100%, estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

Honorarios por Consultas Médicas

La tabla de honorarios quirúrgicos indica el máximo a pagar para consultas médicas.

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 o de curaciones, terapia

intensiva o intermedia, 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, inhaloterapia, fisioterapia, diálisis, litotripsia y otros semejantes, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y necesariamente derivadas de la enfermedad cubierta inicialmente.

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, salvo autorización expresa de La Compañía.

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 la enfermedad, presentando las facturas de farmacia acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital

Se cubrirán los gastos por análisis de laboratorio o estudios de imagen, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o cualesquier otros estudios indispensables y que hayan sido utilizados para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad y/o accidente cubierto.

Renta de Equipo Tipo Hospital

Estarán cubiertos los gastos por renta de equipo tipo hospital, que por prescripción del médico tratante sea necesario para la convalecencia domiciliaria, previa autorización de La Compañía. El mantenimiento

preventivo o correctivo, póliza de mantenimiento o de seguro de danos, deducible, así como insumos, quedan a cargo del asegurado; en caso de ser compra una vez que el asegurado ya no lo requiera deberá dar aviso a la aseguradora.

Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis

Se cubrirán los gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos y prótesis hasta por un 10% de la suma asegurada contratada, que se requiera a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto. Únicamente en aquellos casos en los que el costo de la renta sea mayor o igual al de la compra, se podrá cubrir la compra, previa autorización de La Compañía. El asegurado se hace responsable del adecuado uso y conservación del o los aparatos ortopédicos que se le asigne.

Se cubren las prótesis dentales, sólo a consecuencia de un accidente cubierto y previa autorización de La Compañía.

Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del siniestro, salvo a consecuencia de un accidente cubierto 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 cubierto de acuerdo a los límites establecidos:

- Ambulancia terrestre ordinaria.
- 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. La ambulancia aérea no se cubrirá cuando el motivo del traslado no sea por indicación médica y/o el paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido. Lo

anterior operará mediante la Protección por vía Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura del vuelo.

Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio

Se cubrirán los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, del parto o puerperio amparados bajo la póliza de seguro, conforme al período de espera correspondiente, para la Asegurada:

Con un período de espera de **4 meses** con motivo de:

Embarazo extrauterino.

Embarazo molar.

Aborto espontáneo.

Abortos y legrados no punibles.

Preclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica.

Óbito.

Con período de espera de **10 meses** con motivo de:

Fiebre puerperal.

Placenta acreta.

Placenta previa.

Atonía uterina.

Estos gastos aplican, solamente para las Aseguradas menores de 40 años. La suma asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la póliza, la cual será de 20,000 pesos si el nivel hospitalario es estándar, 30,000 pesos si el nivel hospitalario es medio y 40,000 pesos si el nivel hospitalario es alto, sin aplicar el deducible y coaseguro contratado.

No aplica el reconocimiento de antigüedad.

Parto Normal o Cesárea

Se cubrirán los gastos correspondientes únicamente a la hospitalización y honorarios médicos inherentes al evento de parto o cesárea con un período de espera de 10 meses para la Asegurada, siempre y cuando sea menor de 41 años.

La suma asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la póliza, la cual será de 20,000 pesos si el nivel hospitalario es estándar, 30,000 pesos si el nivel hospitalario es medio y 40,000 pesos si el nivel hospitalario es alto, sin aplicar el deducible y coaseguro contratado.

No se amparan:

- 1) Los gastos por control, vigilancia y atención prenatal.
- 2) Los gastos o tratamientos del recién nacido sano, tales como incubadora, cunero, circuncisión, pañales, honorarios del pediatra, servicio de fotografía.

No aplica el reconocimiento de antigüedad.

Enfermedades Preexistentes Declaradas

Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido declaradas en el cuestionario al momento de la celebración del contrato después de dos años de cobertura continua de este seguro, contados a partir de la fecha de alta de cada Asegurado a la póliza, siempre y cuando el Asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante este período de espera. Lo anterior no aplica en los siguientes casos:

- Enfermedad coronaria, diabetes, insuficiencia renal, enfermedades de la columna vertebral,

SIDA, enfermedades degenerativas.

- Condiciones específicamente mencionadas en el capítulo de exclusiones.

- Endosos específicos de exclusión.

Dichas enfermedades preexistentes estarán cubiertas bajo las mismas condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro contratado, siempre y cuando exista el endoso de inclusión correspondiente. Cualquier otro gasto derivado de enfermedades preexistentes quedará excluido y por ningún motivo se cubrirá.

No aplica el reconocimiento de antigüedad.

Enfermedades Congénitas de los Asegurados

Se cubren desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos por las enfermedades congénitas y enfermedades ocurridas al nacimiento, únicamente cuando la madre tenga 10 meses de cobertura continuos en esta póliza sin reconocimiento de antigüedad, y siempre y cuando se haya notificado a La Compañía a más tardar a los 40 días de ocurrido el nacimiento.

Se cubren las enfermedades congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, mayores a cinco años de edad, siempre y cuando sus signos o síntomas hayan pasado desapercibidos, es decir, no hayan sido aparentes a la vista ni diagnosticados previamente a la fecha de alta o de reconocimiento de antigüedad del Asegurado en la póliza.

Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales

Durante el primer y segundo año de cobertura continua en esta póliza, se aplicará el deducible contratado y el coaseguro del 50%. A partir del tercer año de cobertura continua en esta póliza sin reconocimiento de antigüedad, se cubrirá el total del gasto descontando deducible y coaseguro contratados especificados en la carátula de la póliza.

Los tratamientos estéticos están excluidos conforme **EXCLUSIONES.**

Tratamientos Estéticos.

En caso de que el Asegurado presente una reclamación por cirugía estética de nariz como si fuere resultado de una enfermedad o accidente cubierto cuando no lo es, se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro, para el Asegurado en cuestión.

Condonación en Accidente

En caso de accidente tanto en territorio nacional como en el extranjero, el asegurado no cubrirá el importe establecido en la carátula de la póliza por concepto de deducible y coaseguro de los gastos procedentes del siniestro. Para que proceda la condonación mencionada, será necesario lo siguiente:

- a) Para pólizas emitidas en Estado de México, Jalisco, Morelos, Nuevo León, D.F. y zona conurbada:

Se elimina el deducible siempre y cuando los gastos excedan el deducible contratado. Se elimina el coaseguro siempre y cuando sea tratado en un hospital del mismo nivel o más bajo al contratado.

- b) Para pólizas emitidas en el resto de la República:

Se elimina el deducible siempre y cuando los gastos procedentes excedan 1,000 pesos. Se elimina el coaseguro siempre y cuando sea tratado en un hospital del mismo nivel o más bajo al contratado.

En caso de atenderse en un nivel hospitalario más alto al contratado, se aplicará un coaseguro del 15%, independientemente del porcentaje de coaseguro que se haya contratado, eliminándose el tope de coaseguro.

Para tratamiento de nariz y/o senos paranasales así como el uso de ambulancia aérea no procederá esta condonación.

Emergencia Médica en el Extranjero

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

La suma asegurada y el deducible para estos gastos están indicados 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 cubiertos para esta cláusula se sujetan únicamente a los siguientes conceptos definidos anteriormente y son:

- Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos
- Gastos Hospitalarios
- Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos
- Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente
- Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis
- Medicamentos Fuera del Hospital
- Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital
- Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio hasta de 28 semanas de gestación.
- 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, de común acuerdo por el médico tratante y La Compañía.**
- **Los gastos por Parto Normal o Cesárea, así como las complicaciones del embarazo posteriores a la semana 28 de gestación y/o del(los) recién nacido(s).**
- **Las enfermedades preexistentes.**

Los efectos del beneficio cesarán al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente Asegurado.

Segunda Opinión Médica

Previa autorización de La Compañía, se cubrirán los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para la misma enfermedad, siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta, tales como, los gastos erogados por visitas a consultorios y en caso de ser necesarios, los estudios de laboratorio y gabinete complementarios.

Atención en Hospitales del Grupo Ángeles

En caso de utilizar cualquier hospital perteneciente al Grupo Ángeles del mismo nivel al contratado, el paquete de admisión del Asegurado y los alimentos dentro del cuarto para el acompañante durante la hospitalización del Asegurado, estarán cubiertos por la póliza. Adicionalmente, se reducirá el coaseguro en un 5% adicional de lo contratado tratándose de enfermedades cubiertas, ya que en caso de accidente cubierto se elimina el coaseguro si es del mismo nivel hospitalario.

Para mayor información sobre la Red de hospitales Ángeles, puede consultar en la página de Internet www.mediks.com, en donde encontrará la ubicación y los servicios que ofrecen los mismos.

Cirugía Plástica Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente

Sólo se cubrirán los gastos por cirugía plástica reconstructiva que resulten indispensables a consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia y cubierto bajo este contrato.

Enfermedades con Período de Espera

Conforme a la definición correspondiente, las siguientes enfermedades se cubrirán una vez transcurrido el período de 12 meses continuos:

- Colecistitis.
- Insuficiencia venosa.

- Cataratas.
- Litiasis.
- Enfermedades ácido-pépticas.

A partir de 24 meses continuos, dos años de período de espera se cubrirán:

- Amigdalitis.
- Adenoiditis.
- Eventraciones y hernias.
- Hallux Valgus.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Tumorações mamarias.
- Enfermedades prostáticas.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Enfermedades del aparato reproductor femenino.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Enfermedades de la rodilla.
- Preexistencia declarada conforme a lo descrito en el punto con el mismo nombre.

A partir de cuatro años:

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes de este período. No se cubren los gastos de diagnóstico para detectar el virus. No aplica el reconocimiento de antigüedad.

EXCLUSIONES

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

Participación directa del Asegurado en las siguientes actividades:

- Actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.
- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable.
- Aviación, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales. Esto es, que si el Asegurado viaja en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerario, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, sí procederá el pago correspondiente.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto, copiloto, ayudante, mecánico o pasajero.
- El uso como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas, motocicletas acuáticas u otros vehículos de motor similares,

excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.

- La práctica profesional de cualquier deporte, excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.
- Riñas, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- Prácticas de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional, así como actividades peligrosas.

Para efectos del presente contrato, se entenderá como deporte “extremo” a toda aquella actividad física que implique una real o aparente peligrosidad por las condiciones de dificultad, velocidad, altura o esfuerzo físico que se requiera para su ejecución.

Para efectos del presente contrato, se entenderá como actividad peligrosa a cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limita a:

Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, “bungee jumping”.

Enfermedades Preexistentes

Se refiere a aquellas enfermedades descritas en las definiciones de estas condiciones generales.

Tratamientos Estéticos

Se consideran tratamientos estéticos:

- **Las intervenciones quirúrgicas o tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto, ocurrido durante la vigencia de la póliza.**
- **Tratamientos dietéticos por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia y cualquiera de naturaleza análoga.**
- **Tratamientos para la calvicie.**

Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas

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

- **Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de enfermedades psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje o de aprendizaje, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas.**
- **Bulimia, anorexia y cualquier otro tipo de desorden en la alimentación.**

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.

Tratamientos Dentales

Además de los tratamientos dentales, también se excluyen:

- **Tratamientos alveolares, gingivales y maxilofaciales.**
- **Gastos por tratamientos de problemas de mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en ese sitio anatómico.**

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos que se requieran a consecuencia

de un accidente cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.

Tratamientos Relacionados con la Fertilidad

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

- Tratamientos para infertilidad y/o esterilidad.
- Control natal incluyendo la salpingoclasia (ligadura de trompas) y la vasectomía, así como el reestablecimiento funcional de ellos.

Tratamientos Relacionados con el Embarazo

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

- Abortos.
- Partos anormales.
- Legrados.
- Consultas prenatales, ultrasonidos obstétricos, cultivos vaginales en el embarazo y estudios de laboratorio para la comprobación de la salud durante el embarazo.
- Complicaciones del embarazo para Aseguradas mayores a los 40 años.

- Parto normal o cesárea para Aseguradas mayores a los 40 años.
- Revisiones de Rutina (Check-up's)

Intento de Suicidio

Los tratamientos que se requieran para la atención por intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto-infligida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o bajo el efecto de drogas o enervantes.

Adicciones

Los tratamientos que se requieran para la atención de enfermedades o accidentes que resulten, por el uso o estando bajo los efectos de alcohol y/o alguna droga de abuso (cocaína, marihuana, anfetaminas, derivados del opio, o similares), excepto si fueron prescritos por un médico.

Alcoholismo

Los gastos que se realicen para la atención de tratamiento del alcoholismo y/o toxicomanías.

Compra de Aparatos de Rehabilitación y Prótesis

- Los gastos por la adquisición de los siguientes aparatos de rehabilitación y prótesis:
- Anteojos y lentes de contacto, excepto los lentes intraoculares y su operación, lo anterior será una sola vez por ojo.
- Aparatos auditivos.
- Zapatos o plantillas ortopédicas.
- Reposición de aparatos, órtesis y prótesis.
- Cama de enfermo.
- Bicicletas y demás aparatos de ejercicio.

SIDA

Los gastos erogados por el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones. Salvo lo indicado en Enfermedades con Período de Espera.

Medicina Alternativa

Los gastos erogados por:

Tratamientos médicos de la rama alternativa; naturistas, con base en hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia, quelaciones y/o quiroprácticos.

Compra de remedios y/o medicamentos no autorizados por las instituciones certificadoras nacional y extranjera.

Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular

Los gastos derivados de tratamientos para miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o cualquier otro trastorno de la refracción.

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 éste en el hospital, excepto cama extra y alimentos dentro del cuarto en territorio nacional, conforme a la cobertura Atención en Hospitales del Grupo Ángeles.

Gastos menores o iguales al Deducible

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

Otros Gastos No Cubiertos

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.**
- **Curas de reposo.**
- **Apnea del sueño y uvulopalatoplastías.**
- **Cirugía para el cambio de sexo.**
- **Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la enfermedad y/o accidente reclamado, así como 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.**
- **Honorarios de enfermera especial intrahospitalaria.**
- **Gimnasios, deportivos, uso de alberca, lugares de masaje y similares para efectos de rehabilitación.**
- **Cualquier enfermedad cuyo primer gasto se presente dentro de los primeros treinta días de vigencia de la póliza, salvo los casos de urgencias médicas de enfermedades no preexistentes, así como accidentes. Esta**

exclusión no aplica para renovaciones o para pólizas que cuenten con endoso de antigüedad.

- **En ningún caso se cubrirán los siniestros que administren o pague un tercero no autorizado para hacerlo.**
- **Tratamientos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa.**
- **Síndrome de fatiga crónica.**
- **Impotencia o disfunción sexual, incluyendo la eréctil.**

COBERTURAS ADICIONALES

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

Esta cobertura adicional brinda los siguientes beneficios para complementar y ampliar la cobertura de la póliza, tanto en territorio nacional como en el extranjero, para siniestros con fecha de ocurrencia posterior a la fecha de contratación de esta cobertura:

- Cuarto Tipo Suite: Si el Asegurado con motivo de un accidente o enfermedad cubierta requiere de una hospitalización, tendrá acceso a un Cuarto Tipo Suite, o sea al tipo de cuarto inmediato superior al cuarto sencillo estándar. El acceso al cuarto tipo suite estará sujeto a la disponibilidad del hospital.
- Cobertura de Maternidad en el Extranjero: Se cubren los gastos que se generen durante el parto normal o la cesárea, con un período de espera de 10 meses para la Asegurada conforme a lo estipulado en la cobertura de **Parto Normal o Cesárea** de estas condiciones generales.
- Cobertura en el Extranjero: Se pagarán los gastos médicos en que incurra el Asegurado fuera del territorio nacional en cualquier hospital, siempre y cuando estén cubiertos bajo las condiciones de la póliza.
- Cobertura de Ayuda Diaria para Gastos Extras o Adicionales: Se otorgará una indemnización diaria durante la hospitalización ininterrumpida por un lapso mayor a tres días del Asegurado, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta. La indemnización será de \$100 USD (cien dólares americanos) por cada día de hospitalización hasta un período máximo de 30 días. Esta cobertura no aplica en caso de que la hospitalización sea a consecuencia de una complicación del embarazo y/o puerperio, de cesárea o parto.

El costo de esta cobertura es un monto fijo por persona y la contratación será obligatoria para todos los Asegurados en la póliza.

Cobertura de Enfermedades Graves

Si durante la vigencia del contrato y una vez transcurrido el período de espera, al Asegurado se le diagnostica (dictamina) alguna de las Enfermedades Graves señaladas en el siguiente párrafo, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada para este beneficio en la carátula de la póliza. Si el Asegurado falleciere por alguna enfermedad grave, 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. El período 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 período de espera, el Asegurado resulta afectado por alguna enfermedad grave, la suma asegurada contratada no será otorgada. Dicho período de espera únicamente será aplicable durante el primer año en que se encuentre vigente la póliza.

Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado se vea afectado por alguna de los siguientes enfermedades que ponen en peligro su vida:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco): Muerte de una porción del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción brusca 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 consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

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
- Implantación de la arteria mamaria interna

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 brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o centro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas. El diagnóstico debe incluir la evidencia del daño neurológico permanente que deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angiografía.

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 citológicos con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos, endoscopia, radiología u otro método de imagen. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal con Necesidades de Diálisis Renal: La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal. Para efectos de esta cobertura, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis. El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

Parálisis de las Extremidades: Pérdida total y permanente, producida por accidente o enfermedad, del uso de dos o más extremidades

(extremidades inferiores o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad. Ausencia completa e irrevocable de la movilidad de dos extremidades debido a parálisis. El diagnóstico debe incluir evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma.

Trasplante de un Órgano Vital: Es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador. El trasplante debe tener una indicación médica, que deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado. Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

CONDICIONES PARTICULARES DE COBERTURA

1. 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.
2. 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 catastrófica al término del plazo del seguro contratado, la cobertura concluirá sin obligación para La Compañía.
3. La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 64 años, con renovación automática hasta los 64 años.
 4. 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 Asegurado la reserva matemática de la cobertura existente a la fecha de su rescisión.

EXCLUSIONES DE 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. **Trombosis mediante cateterismo coronario**
 - c. **El tratamiento por láser o cualquier otra enfermedad no operatoria**
3. **Para la enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**

- a. **Los síntomas cerebrales de síndrome neurológico de migraña, isquemia transitoria, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.**
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), también cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
 - c. **Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:**
 - c.1 **Displasia Cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3**

Los cuales son:

 - NIC I Displasia Leve**
 - NIC II Displasia Moderada**
 - NIC III Severa Carcinoma In Situ**
 - d. **Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen**

histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 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.
 - e. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel.
 - f. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.
 - g. 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 se corresponden con 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.

Cobertura de Ayuda Diaria para Gastos Extras o Adicionales

Se otorgará una indemnización diaria durante la hospitalización ininterrumpida por un lapso mayor a tres días del Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta que haya iniciado

durante la vigencia de esta cobertura. La Compañía pagará \$100 USD (cien dólares americanos) por cada día de hospitalización hasta un período máximo de 30 días. Esta cobertura no aplica en caso de que la hospitalización sea a consecuencia de una complicación del embarazo y/o puerperio, de cesárea o parto.

El costo de esta cobertura es un monto fijo por persona y la contratación será obligatoria para todos los Asegurados en la póliza.

Esta cobertura no se podrá contratar de manera conjunta con la Cobertura Internacional.

Cobertura de Gastos Funerarios

La Compañía se obliga a pagar la suma asegurada contratada en esta cobertura para los gastos funerarios de cualquier Asegurado, si fallece a consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto durante la vigencia de esta cobertura. La suma asegurada dependerá del plan contratado y de la edad de cada asegurado, de acuerdo a lo siguiente:

EDAD/PLAN	NACIONAL	INTERNACIONAL
De 0-11 años	\$55,000	\$110,000
De 12-70 años	\$110,000	\$184,000

En el caso de menores de 12 años, la suma asegurada contratada no podrá ser superior a 60 SMGMVDF 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), o éste(os) falleciere(n) antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la indemnización corresponderá a la sucesión legal del Asegurado.

La edad límite para esta cobertura será de 64 años, cancelándose al aniversario siguiente en que el Asegurado cumpla los 70 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.

El costo de esta cobertura es un monto fijo por persona y la contratación será obligatoria para todos los Asegurados en la póliza.

Cobertura de Protección Continua

Al contratar esta cobertura, en caso de que el asegurado designado para esta cobertura en la solicitud del seguro fallezca 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 o plan en vigor que más se asemeje.

La edad límite de la presente cobertura será de 64 años, cancelándose por completo la cobertura a partir del aniversario inmediato siguiente a la fecha en que el asegurado designado para esta cobertura cumpla los 70 años de edad alcanzada.

Esta cobertura opera cuando el fallecimiento del asegurado designado para esta cobertura haya sido resultado de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, en los términos definidos en las presentes condiciones generales.

Esta cobertura no opera en caso de que el asegurado designado para esta cobertura fallezca a causa de una enfermedad preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro sea un evento no cubierto por la póliza.

Una vez transcurrido el período 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; 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 11 de julio de 2014, con el número CNSF-S0016-0419-2014.

ANEXO CITA DE 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), a continuación, se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8°.- 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°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

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

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

Artículo 40.- 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.

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

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

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre: I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga; II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 76.- 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.

Artículo 81.- 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.- 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.

Artículo 172.- 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 hubiera 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 descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los 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.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 102.- En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una

Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g, fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquellos.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo

- de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
 - III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
 - IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
 - V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguro 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 efectúa 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; 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 11 de julio de 2014, con el número CNSF-S0016-0419-2014.

