



**SGM Mayores con Accidentes
Personales y Seguro de
Vida Deportes Bx+**

Seguros Bx+

Seguros **Bx+**

**Seguro de Gastos Médicos
Mayores con Accidentes
Personales y Seguro de Vida
Deportes Bx+**

Condiciones Generales

CONTENIDO

VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO	6
ANTECEDENTES	6
COBERTURA BÁSICA	6
SUBGRUPOS Y CATEGORIAS	6
CAPÍTULO 1.- COBERTURAS	8
1.1 HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS	10
1.2 HONORARIOS POR CONSULTAS	11
1.3 HONORARIOS DE ENFERMERAS	11
1.4 CUARTO DE HOSPITAL	11
1.5 SALA DE OPERACIONES, CURACIONES Y DE RECUPERACIÓN	11
1.6 GASTOS INTRAHOSPITALARIOS	11
1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O GABINETE	11
1.8 MEDICAMENTOS	12
1.9 TRANSFUSIONES DE SANGRE, PLASMA Y SUEROS	12
1.10 SERVICIO DE MANEJO DE MEDIOS ACTUALES Y TERAPIA FÍSICA	12
1.11 SERVICIO DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	12
1.12 RENTA DE EQUIPO	12
1.13 APARATOS ORTOPÉDICOS, MATERIAL DE OSTEOSINTESIS Y PRÓTESIS	12
1.14 SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE	12
1.15 TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO	13
1.17 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO	13
1.18 GASTOS POR TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, GINGIVALES O MAXILOFACIALES	13
1.19 GASTOS POR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO PARA COMPLICACIONES DE CIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLIOSIS DE COLUMNA VERTEBRAL, DERIVADAS DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA Y CON EL VISTO BUENO DEL ÁREA MÉDICA DE LA CONVOCANTE	13
1.20 GASTOS POR TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE HALLUX VALGUS O “JUANETES” PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE MEDICINA Y CIENCIAS APLICADAS DE CONADE O PERSONAL MÉDICO DESIGNADO Y AUTORIZADO PREVIAMENTE E INFORMADO A LA COMPAÑÍA	13

1.21 EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO	13
CAPÍTULO 2. COBERTURAS ADICIONALES	14
2.1 ENFERMEDADES DE LA NARIZ Y SENOS PARANASALES	14
2.2 SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN MÉDICA	14
2.3 ENFERMEDADES CONGÉNITAS	14
2.4 AMBULANCIA AÉREA	14
2.4.1 ASISTENCIA	14
2.5 SIDA Y SUS COMPLICACIONES	15
2.6 COBERTURA DE TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS. Y/O CORRECCION VISUAL	15
2.7 COBERTURA DE PAGO DE COMPLEMENTOS DE SINIESTROS	15
2.8 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.	16
2.9 CIRCUNCISIÓN	16
2.10 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	16
2.11 TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HETEROLOGOS.	16
2.12 USO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES	18
2.13 LITOTRIPSIA	18
2.14 DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL	18
2.15 AMIGDALECTOMÍA	18
CAPÍTULO 3. MATERNIDAD	19
3.1 PARTO NORMAL.	19
3.2 OPERACIÓN CESÁREA	19
3.3 PARTO PREMATURO	19
3.4 ABORTO INVOLUNTARIO.	19
3.5 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	19
3.6 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD	20
CAPÍTULO 4. ALTERACIONES DE LA SALUD	21
4.1 TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA	21
4.2 INDEMNIZACION DIARIA POR INVALIDEZ TOTAL	22

4.3 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD PARCIAL TEMPORAL	22
4.4 FALLECIMIENTO MENORES DE 12 AÑOS	23
4.5 GASTOS DE REPATRIACIÓN.	23
CAPÍTULO 5. EXCLUSIONES	25
CAPÍTULO 6. PAGO DE RECLAMACIONES	27
6.1 SISTEMA DE PAGO DIRECTO.	27
6.2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN NO PROGRAMADA	27
6.3 SISTEMA DE PAGO POR REMBOLSO.	28
6.4 PAGO DE INDEMNIZACIONES.	28
6.5 APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.	29
6.6 HOSPITALES EN CONVENIO REQUERIDOS	29
6.7 RED DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CONVENIO	30
6.8 SERVICIO DE DIAGNÓSTICO EN CONVENIO	30
ACREDITACIÓN Y ALCANCE DE CONDICIONES ESPECIALES	32
COBERTURA INTERNACIONAL	32
CONSULTA MÉDICA EN FASE AGUDA PARA CATEGORÍA FLOTANTE	32
ATENCIÓN MÉDICO - HOSPITALARIA SIN DEPÓSITO	32
REHABILITACIÓN Y APOYO MULTIDISCIPLINARIO	33
CLÁUSULAS Y CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS:	34
PRELACIÓN	34
CONTRATO DE NO ADHESIÓN	34
ADMINISTRACIÓN	34
REPORTE DE SINIESTRALIDAD	35
SISTEMA ELECTRÓNICO	35
ATENCIÓN PERSONALIZADA	36
AJUSTE AL FINAL DE LA VIGENCIA	36
AJUSTE POR DESVIACIÓN DE SINIESTRALIDAD	36
ESTÁNDARES DE SERVICIO	37

ALTERACIÓN DE LA SALUD Y CRISIS CONVULSIVAS.	37
COBERTURAS SIN PERÍODO DE ESPERA	38
ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE	38
ATENCIÓN MÉDICA EN FASE AGUDA PARA ASEGURADOS “ALTERACIÓN DE LA SALUD”	38
COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL	42
ALTERACIÓN DE LA SALUD Y CRISIS CONVULSIVAS.	43
COBERTURAS SIN PERÍODO DE ESPERA.	43
ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE	43
ATENCIÓN MÉDICA EN FASE AGUDA PARA ASEGURADOS “ALTERACIÓN DE LA SALUD”	43
ENFERMEDADES CUBIERTAS Y ALTERACIONES DE A SALUD	44
EXCLUSIONES	44

VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El presente contrato de seguro inicia a partir de las 00:00:01 HORAS DEL DÍA 25 DE FEBRERO DE 2019 y termina hasta las 24:00 HORAS DEL 31 DE DICIEMBRE DE 2019.

ANTECEDENTES

El programa de seguros para los deportistas, técnicos, entrenadores, cuerpo multidisciplinario que participan en los programas de la CONADE y medallistas olímpicos y paralímpicos. Es un beneficio que se otorga a todo el personal en dichos supuestos, la cual cubre al 100% del personal elegible con base en el sub-grupo en que participe y tiene por objetivo el brindar al ASEGURADO el apoyo suficiente, para que pueda continuar con el desarrollo cabal de su programa de entrenamiento y competencia cuando corresponda.

COBERTURA BÁSICA

Se amparan los gastos médicos en que incurra el ASEGURADO por accidente, enfermedad cubierta, lesiones deportivas, e indemnización por fallecimiento (muerte por cualquier causa) o por incapacidad total y permanente en todo momento.

Quedan cubiertos los gastos hospitalarios en cuarto privado estándar, servicios de diagnóstico y/o tratamiento médico quirúrgico, incluyendo los gastos de hospital, honorarios quirúrgicos hasta el gasto usual y acostumbrado (GUA) medicamentos, análisis de laboratorio, radiografías y otros servicios inherentes al tratamiento o a la intervención quirúrgica. Así como las terapias y rehabilitaciones requeridas para la atención de cualquier accidente o enfermedad que ocurra durante la cobertura de seguros de gastos médicos mayores y accidentes personales, tanto en territorio nacional como en el extranjero.

La COMPAÑÍA **cubrirá** los gastos procedentes hasta que se presente la primera de las siguientes situaciones:

- a) Concluya la vigencia
- b) Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo
- c) Cuando la suma **asegurada se agote o termine la vigencia**

SUBGRUPOS Y CATEGORIAS

GRUPO UNO.- Incluye a todos los deportistas convencionales y del deporte adaptado, entrenadores dentro del Registro nacional de cultura física y deporte (RENADE) así como miembros del equipo multidisciplinario que integren el padrón de alto rendimiento, talentos deportivos que integren preselecciones y selecciones nacionales, así como entrenadores de convenio de intercambio deportivo y medallistas olímpicos y paralímpicos sin límites de edad. Los medallistas forman parte del Grupo 1 y gozarán de todas las coberturas.

GRUPO DOS.- Incluye a aquellos deportistas convencionales y del deporte adaptado, entrenadores y grupo multidisciplinario que previo registro, acuden a las instalaciones de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte (CONADE) para la práctica de una disciplina, quedando hospedados durante un periodo determinado, sin límites de edad. La estancia puede ser de 3 días hasta 6 meses. Se consideran dentro de este subgrupo a los siguientes:

- POBLACIÓN FLOTANTE “HC” (Hospedado en concentración).- Incluye a los deportistas convencionales y del deporte adaptado, entrenadores y grupo multidisciplinario que se encuentran hospedados y en concentración en los albergues de villas Tlalpan, Centro paralímpico mexicano (CEPAMEX) y CNAR para su entrenamiento.

- POBLACIÓN FLOTANTE “PG” (práctica en gimnasio).- Incluye a los deportistas convencionales y del deporte adaptado que acuden al gimnasio e instalaciones deportivas de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte a realizar sus prácticas.
- POBLACIÓN FLOTANTE “ME” (Muro de escalada).- Incluye a los deportistas que acuden a las instalaciones de la comisión nacional de cultura física y deporte a practicar en el muro de escalada, previo registro.

GRUPO TRES.- Se encuentran todos los alumnos que viven y /o estudian en el Centro nacional de desarrollo de talentos deportivos y alto rendimiento (CNAR) y los alumnos de la Escuela nacional de entrenadores deportivos (ENED), así como los entrenadores del CNAR que no estén contemplados en los anteriores grupos.

GRUPO CUATRO.- Se encuentran las personas que tienen participación en grandes eventos deportivos y campamentos de preparación en territorio nacional y en el extranjero. Todos son titulares. La notificación para cada uno de los eventos deportivos y/o campamentos será al menos con 20 días de anticipación a la celebración del evento, indicando las fechas de inicio y fin de cada evento, así como la relación de participantes asegurados de cada uno de estos. No obstante, se aceptarán las altas generadas por alguna corrección, por lo que los deportistas o algún elemento del cuerpo multidisciplinario gozará de la cobertura aun cuando no exista en el registro previo.

Mediante registros de los integrantes será la forma en que cada ASEGURADO comprobará la pertenencia a la colectividad. Adicionalmente el ASEGURADO, para poder hacer uso de su seguro correspondiente, deberá exhibir credencial que avale que es personal de la CONADE.

También se podrán acreditar mediante la exhibición de credencial que los avale por la CONADE cuando éstos cuenten con dicha credencial. También podrán acreditarse mediante tarjeta plástica que la ASEGURADORA entregará, resultado de la emisión con base en los listados que recibirá por parte de la CONADE.

CAPÍTULO 1.- COBERTURAS**CUADRO DE ESPECIFICACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS Y ALCANCE DE COBERTURA**

CONCEPTO O COBERTURAS	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	CONDICIONES GENERALES DE COBERTURAS Y BENEFICIOS
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD SUMAASEGURADA)	1,500.000.00	1,500.000.00	1,500.000.00	100,000.00 DOLARES USA	POR PERSONA DE ACUERDO AL GRUPO QUE PERTENEZCA
HOSPITALES	ALTO O MÁXIMO NIVEL	ALTO O MÁXIMO NIVEL	ALTO O MÁXIMO NIVEL	ALTO O MÁXIMO NIVEL	ALTO O MÁXIMO NIVEL
DEDUCIBLE	5,000.00 M.N.	5,000.00 M.N.	2,500.00 M.N.	NA	EN HOSPITALES Y MÉDICOS DE RED DE LA COMPAÑÍA EL DEDUCIBLE SE ELIMINA
COASEGURO	10%	10%	10%	NA	CON MÉDICO Y HOSPITAL DE RED EL COASEGURO QUEDARÁ ELIMINADO, EN CASO DE QUE APLIQUE CON TOPE A 40,000.00
TABULADOR DE HONORARIOS QUIRURGICOS	60 SMMGV	60 SMMGV	60 SMMGV	60 SMMGV	SMMGV https://www.vepormas.com/fw_pf/portal/documents/seguros-siniestros Seleccionar "Tabulador de honorarios quirúrgicos"
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	NA	ALCANZADA POR CADA UNO DE LOS INTEGRANTES Y SEGÚN SE ACREDITE
URGENCIAS EN EL EXTRANJERO	AMPARADO	AMPARADO	NA	AMPARADO	SUMA ASEGURADA 100,000.00 DÓLARES CON DEDUCIBLE DE 100 DÓLARES Y COASEGURO 10% CON PAGO DIRECTO. EL LAPSO DE TIEMPO DE PERMANENCIA ES DE 6 MESES
PREEXISTENCIA	AMPARADA	EXCLUIDO	EXCLUIDO	AMPARADO	TODOS LOS ASEGURADOS QUE INICIEN EN LA PRESENTE VIGENCIA GOZARÁN DE LA COBERTURA DE PREEXISTENCIA, PARA ALTAS SUBSECUENTES APLICARÁ PERIODO DE ESPERA DE 45 DÍAS NATURALES DE LA FECHA DE SU ALTA PARA TODOS LOS INTEGRANTES PERTENECIENTES AL FONDO PARA EL DEPORTE DE ALTO RENDIMIENTO (FODEPAR)
COMPLEMENTOS	AMPARADA	EXCLUIDO	EXCLUIDO EXCEPTO ALUMNOS DEL CNAR	NA	APLICARÁ CON ÚLTIMO FINIQUITO. PARA LOS CASOS EN QUE PROCEDA
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	AMPARADO	EXCLUIDO	AMPARADO EXCEPTO ENED	AMPARADO	PARA ESTA COBERTURA APLICA PERIODO DE ESPERA DE 2 AÑOS PARA ASEGURADOS DENTRO DEL GRUPO 1
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE SUMA ASEGURADA	1,500.000.00	1,500.000.00	1,500.000.00	\$ 100,000.00 USD Americanos	NO APLICA NI DEDUCIBLE, NI COASEGURO LOS DEPORTISTAS GOZAN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS EN TODO MOMENTO, NO QUEDA CONDICIONADO A QUE SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ REALIZANDO ACTIVIDADES PROPIAS DE SU ACTIVIDAD DEPORTIVA.

DEPORTES PELIGROSOS EN PRACTICA AMATEUR	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	EN PRÁCTICA AMATEUR
AMBULANCIA AEREA	AMPARADO	EXCLUIDO	EXCLUIDO	AMPARADO	PAGO DIRECTO SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO SUMA ASEGURADA DE 250,000.00
CIRUGÍA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES POR ACCIDENTE	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	DEDUCIBLE 5,000.00Y COASEGURO DE 20% CON TOPE DE 20 UMEXCEPTO PARA LOS DEPORTES DE CONTACTO
PRÓTESIS Y ÓRTESIS	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	A CAUSA DE ACCIDENTE CUBIERTO
APARATOS ORTOPÉDICOS	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO	RENTA APARATOS ORTOPÉDICOS O GASTOS DE PRÓTESIS HASTA EL 10% DE LA SUMA ASEGURADA, SOLO A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO
PRÓTESIS DENTAL MAXILO FACIAL	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA
FALLECIMIENTO SUMA ASEGURADA	1,500.000.00	500.000.00	500.000.00	1,500.000.00 MAS GASTOS DE REPATRIACIÓN	PARA TODOS LOS ASEGURADOS DE ACUERDOA LA CLASIFICACION PARA MENORES DE 12 AÑOS, LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA DE ÚLTIMOS GASTOS
PERDIDA DE ÓRGANO Y/O MIEMBROS	1,500.000.00	1,500.000.00	1,500.000.00	1,500.000.00 MAS GASTOS DE REPATRIACIÓN	SEGÚN ESPECIFICACIÓN Y CONDICIONES ESPECIALES. INCLUYE NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, EN CUYO CASO LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA DE ÚLTIMOS GASTOS
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COBERTURA DE ÚLTIMOS GASTOS Y/O GASTOS FUNERARIOS	80,000.00 M.N	80,000.00 M.N	80,000.00 M.N	80,000.00 M.N.	SUMA ASEGURADA DE 80,000.00 M.N ADICIONAL A LA SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO. ESTA COBERTURA APLICA PARA TODOS LOS ASEGURADOS.
INDEMNIZACION DIARIA POR INCAPACIDAD	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADO	AMPARADO	HASTA 144,000.00 OPERARÁPARA INCAPACIDAD TOTAL E INCAPACIDAD PARCIAL SEGÚN ESPECIFICACIÓN DE CONCEPTOS
PARTO NORMAL Y/O CESAREA	AMPARADA	EXCLUIDO	EXCLUIDO	EXCLUIDO	CON SUMA ASEGURADA DE 60,000.00 SIN PERIODO DE ESPERA SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO.
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	AMPARADA	EXCLUIDO	EXCLUIDO	EXCLUIDO	HASTA LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, SIN PERIODO DE ESPERA
ALTERACIONES DE LA SALUD	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	CON SUBLÍMITE DE 350,000.00 SIN DEDUCIBLE Y SIN COASEGURO
ASALTO	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	AMPARADA	QUEDA CUBIERTAS LAS LESIONES A CONSECUENCIA DE ASALTO

El objeto de este contrato es resarcir al ASEGURADO los gastos en que incurra con motivo de la atención médica que reciba, a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico cubierto bajo estas condiciones y dentro de la vigencia de la Póliza. La COMPAÑÍA pagará directamente o reembolsará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada contratada, ajustándola previamente por el deducible y coaseguro correspondientes, siempre que esta se encuentre en vigor para ese ASEGURADO al momento del accidente y/o enfermedad.

Se consideran Gastos Médicos Cubiertos aquellos incluidos en este contrato de seguro en los que incurra el ASEGURADO dentro de la **República Mexicana o el Extranjero (cualquier parte del mundo)**, para el diagnóstico y tratamiento médico, requeridos para la atención de cualquier accidente y/o enfermedad **cubierta**

GRUPO 1	No. DE ASEGURADOS	COBERTURA
Incluye a todos los deportistas y entrenadores dentro del RENADE así como miembros del equipo multidisciplinario que integren el padrón de alto rendimiento, talentos deportivos que integren preselecciones y selecciones nacionales, así como entrenadores de convenio y medallistas olímpicos y paralímpicos.	De acuerdo con el registro FODEPAR (1,924 asegurados)	Seguro de gastos médicos mayores, accidentes personales y seguro de vida (en todo momento)
GRUPO 2	No. DE ASEGURADOS	COBERTURA
Incluye a aquellos deportistas, entrenadores y grupo multidisciplinario que previo registro, acuden a las instalaciones de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte para la práctica de una disciplina, quedando hospedados durante un periodo determinado, sin límites de edad. Se consideran dentro de este subgrupo a los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • POBLACIÓN FLOTANTE "HC" (Hospedado en concentración).- Incluye a los deportistas entrenadores y grupo multidisciplinario que se encuentran hospedados y en concentración en los albergues de villas Tlalpan, CEPAMEX y CNAR para su entrenamiento. • POBLACIÓN FLOTANTE "PG" (practica en gimnasio).- Incluye a los deportistas que acuden al gimnasio e instalaciones deportivas de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte a realizar sus prácticas. • POBLACIÓN FLOTANTE "ME" (Muro de escalada).- Incluye a los deportistas que acuden a las instalaciones de la comisión nacional de cultura física y deporte a practicar en el muro de escalada, previo registro. • Alumnos que viven y/o estudian en el CNAR y los alumnos de la ENED, así como los entrenadores del CNAR que no estén contemplados en los anteriores grupos. • Personas que tienen participación en eventos deportivos y campamentos de preparación en territorio nacional y en el extranjero. 	1924	Seguro de accidentes personales con alteraciones de la salud y seguro de vida

GRUPO 1, 4500 ASEGURADOS, **GRUPO 2**, 2500 ASEGURADOS. EN DONDE:

EL GRUPO 1, GOZARÁ DE GASTOS MÉDICOS MAYORES CON COBERTURA INTERNACIONAL, SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES.

EL GRUPO 2, GOZARÁ DE SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES Y GASTOS MÉDICOS SÓLO PARA ALTERACIONES DE LA SALUD.

LA SUMA ASEGURADA ES DE 1,500.000.00 (UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS 00/100 M.N.) Y APLICA PARA LOS GRUPOS 1 Y 2.

El número de asegurados en los cuadros detallados es enunciativo más no limitativo, podrá variar según las necesidades de la CONADE conforme al número de asegurados y deportistas que oportunamente hará de su conocimiento la CONADE.

TODOS LOS GRUPOS GOZARÁN DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, SEGURO DE VIDA Y SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES.

Los Gastos Médicos Cubiertos son aquéllos que efectúe el ASEGURADO por indicación de su médico tratante, el cual debe estar autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con motivo de la atención médica requerida a causa de cualquier Accidente y/o Enfermedad cubierta dentro de la vigencia y que sean necesarios para el restablecimiento de la salud del ASEGURADO.

1.1 HONORARIOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS

Honorarios por intervención quirúrgica con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos, según se detallan expresamente en el cuadro de especificación, incluyen honorarios de ayudantes, honorarios por visitas y consultas, siempre y cuando el médico tratante no sea cónyuge o familiar en línea directa o colateral del ASEGURADO.

Para los honorarios del anestesiólogo y ayudantes se aplicarán los siguientes porcentajes máximos sobre el honorario del cirujano:

- Anestesiólogo 30%
- Primer ayudante 20%
- Segundo ayudante 10%
- Instrumentista 10%

1.2 HONORARIOS POR CONSULTAS

Estos gastos se cubrirán mediante Pago directo para padecimientos o accidentes cubiertos con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos y a razón de una visita o consulta diaria y previa solicitud de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE o personal Médico designado y autorizado previamente e informado a la COMPAÑÍA.

1.3 HONORARIOS DE ENFERMERAS

Se cubrirán los gastos originados por el uso de Enfermera con base en la tabla de honorarios médico-quirúrgicos, contratada por turno de ocho (8) horas, con un máximo de tres (3) turnos diarios. En caso de requerirse los servicios de Enfermera fuera de un hospital, éstos se cubrirán únicamente si son bajo prescripción médica y por un período máximo de treinta (30) días, por cada Accidente o Enfermedad precedente.

1.4 CUARTO DE HOSPITAL

Se cubrirá hasta el costo del cuarto privado estándar por cada día de hospitalización y alimentos que requiera el ASEGURADO, incluyendo cama extra para un acompañante.

1.5 SALA DE OPERACIONES, CURACIONES Y DE RECUPERACIÓN

Se encuentran cubiertos los gastos originados por el uso de sala de operaciones, curaciones y de recuperación, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado donde se preste el servicio. También se encuentra cubierta la atención en unidades de cuidados intensivos, intermedia, unidad de cuidados coronarios y sala o cuarto de urgencias.

1.6 GASTOS INTRAHOSPITALARIOS

Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones, transfusiones de sangre, **paquetes globulares** aplicación de plasma o sueros, hemodiálisis y otras sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubiertos.

1.7 EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O GABINETE

Serán autorizados por Pago Directo aquellos que sean indispensables para el diagnóstico de un Accidente o Enfermedad cubiertos o programación de cirugía, siempre que sean prescritos por el médico tratante, siempre y cuando los estudios prescritos se refieran o tengan relación directa con el padecimiento que se está tratando. Se encuentran amparados aquellos exámenes en donde la metodología de diagnóstico está en fase experimental los cuales se realizarán con el Visto Bueno del área médica de la Convocante. Estos servicios se cubrirán siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo. En caso de ser solicitados de forma ambulatoria deberán ser autorizados por la Dirección de Medicina y ciencias Aplicadas de CONADE o personal médico previamente designado para eso.

1.8 MEDICAMENTOS

Serán pagados con base al consumo y gasto usual y acostumbrado, aquellos medicamentos adquiridos dentro y fuera del hospital que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad cubierto, que hayan sido prescritos por el médico tratante. Para su reembolso es requisito indispensable presentar la factura desglosada a nombre del ASEGURADO y la receta correspondiente (aceptando copia simple de recetas).

1.9 TRANSFUSIONES DE SANGRE, PLASMA Y SUEROS

Se cubrirán los gastos que se generen por las transfusiones de sangre, plasma y sueros, prescritos por el médico tratante para el tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto incluyendo estudios a donadores de sangre.

1.10 SERVICIO DE MANEJO DE MEDIOS ACTUALES Y TERAPIA FÍSICA

Cuando a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta el ASEGURADO requiera recibir servicios de terapia física (rehabilitación, fisioterapia, inhaloterapia u oxigenación hiperbárica entre otras), éstos serán amparados, únicamente cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante. Se incluyen así mismo la aplicación de nuevas técnicas o tratamientos en el manejo de padecimientos y lesiones derivados del ejercicio, previo análisis, justificación y autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE, basada en evidencia médica (plasma rico en plaquetas, ondas de choque, visco suplementación entre otros), para padecimientos o lesiones derivadas de la práctica deportiva. DEBERÁ HACERSE **MEDIANTE PAGO DIRECTO PREVIA AUTORIZACIÓN.**

1.11 SERVICIO DE RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA

Cuando a consecuencia de una Enfermedad cubierta el ASEGURADO requiera recibir servicios de radioterapia y quimioterapia, éstos serán amparados por la Póliza únicamente cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante.

1.12 RENTA DE EQUIPO

Serán cubiertos los gastos originados por el arrendamiento de silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y aquellos que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria del ASEGURADO bajo supervisión médica. El período máximo de arriendo del equipo será de hasta treinta (30) días naturales y previa autorización de la COMPAÑÍA, se podrá aceptar la compra del equipo en lugar de rentar el mismo.

1.13 APARATOS ORTOPÉDICOS, MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS Y PRÓTESIS

Quedan cubiertos aquellos aparatos ortopédicos y prótesis necesarias para el tratamiento integral del padecimiento, queda cubierta la reposición de prótesis por desgaste incluyendo el procedimiento quirúrgico y el costo de la prótesis. Se encuentran cubiertos las reposiciones de aquellos aparatos ortopédicos, material de osteosíntesis o prótesis que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto y previa autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE.

QUEDAN CUBIERTA LA REPOSICIÓN DE PRÓTESIS POR DESGASTE INCLUYENDO EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y EL COSTO DE LA PRÓTESIS.

1.14 SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE

Se cubrirá el uso de una ambulancia terrestre dentro del territorio nacional, desde el lugar donde se encuentre el ASEGURADO hasta al hospital más cercano de la Red de Proveedores que cuente con la

infraestructura para la atención del ASEGURADO, dicho servicio deberá de considerar el traslado conforme a las necesidades médicas de los Asegurados siendo en algunas ocasiones necesario el uso de unidades de terapia intensiva, dicha cobertura será mediante Pago directo previa solicitud y autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE o las personas que sean designadas previamente e informadas a la COMPAÑÍA.

1.15 TRATAMIENTO QUIROPRÁCTICO

Se consideran cubiertos los honorarios por tratamientos quiroprácticos, siempre y cuando el tratamiento sea recomendado por el médico tratante y se realice por profesionales que cuenten con cédula profesional para ejercer dicha profesión siendo considerados como Terapia Física.

1.16 GASTOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS PARA CORREGIR EL ESTRABISMO

Para deportistas de deporte adaptado.

1.17 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO

Quedan cubiertos los gastos que sean indispensables a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta (no estético)

1.18 GASTOS POR TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, GINGIVALES O MAXILOFACIALES

Que sean indispensables a consecuencia de un Accidente o **enfermedad cubierta**, debidamente sustentados con las radiografías o elementos de diagnóstico que corroboren el daño sufrido por el ASEGURADO previa autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE o personal Médico designado y autorizado previamente e informado a la COMPAÑÍA.

1.19 Gastos por tratamiento médico o quirúrgico para complicaciones de cifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, derivadas de la práctica deportiva y con el Visto Bueno del área médica de la Convocante.

1.20 Gastos por tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o “juanetes” previa autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE o personal Médico designado y autorizado previamente e informado a la COMPAÑÍA.

1.21 EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO

Por emergencia se entenderá los accidentes o enfermedades que pongan en peligro la vida y/ viabilidad (funcionalidad) de algún órgano y/o miembro del asegurado. Por lo que los ASEGURADOS gozarán de esta cobertura cuando participen en eventos, concentraciones o campamentos. Así como aquellos deportistas que tengan su residencia provisional en el extranjero siempre y cuando sea por razones deportivas.

Quedarán cubiertos todos los eventos internacionales sin importar el número total que pueda resultar durante la vigencia y sin que se tengan que mencionar al inicio de la vigencia. Por lo que la COMPAÑÍA estará en la obligación de cubrir todos los eventos deportivos, en cualquier parte del mundo con pago directo, sin que deba existir pago alguno por parte del asegurado ni del contratante.

ESTA COBERTURA NO APLICA PARA EL GRUPO 3.

LA COBERTURA INTERNACIONAL SE CONSIDERA PARA ESTANCIAS HASTA DE 6 MESES. SE TRATA DE UN SERVICIO INTEGRAL, BAJO CONDICIONES ESPECIALES QUE FAVOREZCAN A LOS DEPORTISTAS, ENTRENADORES Y CUERPO MULTIDISCIPLINARIO.

MEDIANTE EL PAGO DIRECTO SE ELIMINA EL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO.

CAPÍTULO 2. COBERTURAS ADICIONALES

2.1 ENFERMEDADES DE LA NARIZ Y SENOS PARANASALES

Se cubrirán los gastos que se requieran para el tratamiento de padecimientos de la nariz y/o senos paranasales, derivados de accidentes o enfermedades cubiertos. Los honorarios médicos se cubrirán tanto en Accidente como Enfermedad como un sólo procedimiento o enfermedades que afecten los senos paranasales y la estructura de la nariz, aplicando el deducible y el coaseguro que corresponda conforme a la forma de pago, se elimina el deducible y coaseguro a consecuencia de accidente en deportes de contacto.

2.2 SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN MÉDICA

En cualquier momento el ASEGURADO podrá solicitar una segunda o tercera opinión sobre el diagnóstico y tratamiento de su padecimiento con los médicos especialistas de la Red de Proveedores de la COMPAÑÍA. Esta segunda y tercera opinión será canalizada a través del coordinador médico de la COMPAÑÍA con previo acuerdo con la dirección médica de la CONADE y cubiertos por Pago Directo, SIN QUE EL ASEGURADO TENGA QUE REALIZAR EL GASTO CUANDO SEA CON MÉDICOS DE RED DE LA COMPAÑÍA.

2.3 ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Quedan amparadas las malformaciones congénitas de los nacidos fuera de la vigencia y que cumpla con las siguientes características:

- a) No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la vigencia.
- b) No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la vigencia en cuyo caso serán considerados como complementos de siniestros y sujetarse a lo indicado en el presente contrato de seguro.
- c) El padecimiento haya sido desapercibido por el ASEGURADO a la fecha de inicio de la vigencia.

Se entenderá por enfermedad congénita toda alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

Para los ASEGURADOS de deporte adaptado deberán considerarse cubiertos los padecimientos congénitos, siendo esto una condición especial de cada uno de ellos, por lo que; la atención requerida deberá relacionarse con su padecimiento, quedaran cubiertas las secuelas y por consecuencia las alteraciones que estén implícitas.

2.4 AMBULANCIA AÉREA

Únicamente por prescripción médica se cubrirá el uso de ambulancia aérea dentro del territorio nacional, desde el lugar donde se encuentre el ASEGURADO hasta al hospital más cercano que cuente con la infraestructura para la atención del mismo, aplicando una suma asegurada máxima **250,000.00 M.N. Mediante pago directo sin deducible y sin coaseguro**

2.4.1 ASISTENCIA

Cuando el ASEGURADO se haya lesionado en alguna competencia y este en posibilidades de regresar a su lugar de residencia porque su estado anímico y físico lo permita, la COMPAÑÍA

gestionará el regreso en primera clase e indemnizará la diferencia que exista entre el boleto de clase turista y el de primera clase.

Lo anterior cuando no sea totalmente necesaria la ambulancia aérea y su condición física indique que debe de viajar en condiciones óptimas y favorables, evitando a agravar la salud del deportista, entrenador o integrante del cuerpo multidisciplinario, Sera obligación de la COMPAÑÍA, recibir al ASEGURADO lesionado y trasladarlo al hospital donde le atenderá.

SE ESPECIFICA QUE, UNA VEZ QUE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO SE CONSIDERE ESTABLE, EL MÉDICO QUE ATIENDE EL CASO DARÁ AVISO A LA ADJUDICADA PARA QUE HAGAN LOS ARREGLOS NECESARIOS PARA TRANSPORTARLO DE REGRESO A SU DOMICILIO O A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN. SIEMPRE EN EXTRICTA SUPERVISIÓN MÉDICA. DENTRO DE LA ASISTENCIA, LA COMPAÑÍA PROPORCIONARÁ ASISTENCIA DE EQUIPAJE Y DOCUMENTOS PERDIDOS: APOYEN LA LOCALIZACIÓN Y RECUPERACIÓN DE EQUIPAJE Y DOCUMENTOS PERSONALES QUE HAYA EXTRAVIADO DEL ASEGURADO.

2.5 SIDA Y SUS COMPLICACIONES

Quedará cubierto el VIH y sus complicaciones cuando haya estado asegurado de forma continua e ininterrumpida por lo menos durante cuatro (4) años en el grupo UNO **contratado por la CONADE**. En tal virtud, la COMPAÑÍA únicamente cubrirá los gastos que tengan lugar después de transcurrido este período de espera, contado a partir de la fecha de alta en la primer póliza contratada para el grupo uno.

2.6 COBERTURA DE TRATAMIENTOS OFTALMOLÓGICOS. Y/O CORRECCION VISUAL.

Se cubrirán los gastos en que incurra el Asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis o aplicación de Excimer Laser, epiqueratofaquia y similares, siempre y cuando el ASEGURADO tenga cinco o más dioptrías por ojo, amparándose con una suma máxima de \$15,000.00 (quince mil pesos 00/100 M.N.) por ojo, aplicando el deducible y el coaseguro que corresponda previa autorización de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de CONADE o personal Médico designado y autorizado previamente e informado a la COMPAÑÍA

2.7 COBERTURA DE PAGO DE COMPLEMENTOS DE SINIESTROS.

Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia para todos los ASEGURADOS, por enfermedades y/o accidentes iniciados en vigencias anteriores de las pólizas contratadas del Seguro de Gastos Médicos Mayores por el contratante con otras COMPAÑÍAS bajo las siguientes condiciones:

- a) Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando, sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en la(s) póliza(s) de la(s) vigencias anteriores,
- b) Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo el contrato de seguro vigente en la fecha en que se efectúe el primer gasto, hasta agotar el remanente de la suma asegurada de la enfermedad y/o accidente cubierto o termine la vigencia, lo que ocurra primero.
- c) Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en la (s) COMPAÑÍA(s) anterior(es), ni en el cambio con la COMPAÑÍA.

CUANDO EL ASEGURADO REQUIERA EL PAGO DE COMPLEMENTOS DEBERÁ PRESENTAR LA CARTA FINIQUITO DONDE APAREZCA LA SUMA ASEGURADA REMANENTE DEL SINIESTRO OCURRIDO EN VIGENCIA ANTERIOR.

2.8 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellas enfermedades o accidentes por las cuales el paciente haya presentado signos y síntomas antes del inicio de la vigencia o aquellos que hayan sido determinadas por un médico mediante el diagnóstico.

Dichos padecimientos se cubrirán independientemente de que el primer gasto se origine antes del inicio de la cobertura o durante la vigencia, siempre y cuando no se considere como complemento de siniestro.

Quedarán eliminados los periodos de espera para los padecimientos preexistentes.

EL PAGO DE COMPLEMENTOS SE REALIZARÁ ÚNICAMENTE POR LOS GASTOS REALIZADOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, TANTO DE SINIESTROS OCURRIDOS EN VIGENCIAS ANTERIORES COMO DEL GASTO INCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA ESTABLECIDA EN ESTE CONTRATO DE SEGURO, POR LO QUE UNA VEZ TERMINADA LA VIGENCIA DE LA COBERTURA O LA BAJA DEL ASEGURADO, LO QUE OCURRA PRIMERO, TERMINARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

COBERTURA DE DEPORTES PELIGROSOS. Se cubrirán los gastos en que incurra el ASEGURADO, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica profesional y/o amateur u ocasional de los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, tales como, pero no limitado a alpinismo, artes marciales, buceo, cacería, ciclismo, charrería, cualquier tipo de deporte aéreo (planeadores, vuelos delta, etc.), equitación, espeleología, paracaidismo y tauromaquia.

APLICA PARA LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS DE CADA DISCIPLINA.

2.9 CIRCUNCISIÓN

Se cubrirán los tratamientos médico quirúrgicos por circuncisión por indicación médica, sin periodo de espera, excluyéndose los tratamientos de tipo profiláctico.

2.10 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

De acuerdo a su definición, la COMPAÑÍA reconocerá la antigüedad que el ASEGURADO haya acumulado a partir del primer inicio de vigencia de una póliza de seguro de gastos médicos contratada. Este reconocimiento podrá efectuarse previo a la emisión de la póliza o durante la vigencia de la misma, sin restricción de tiempo.

2.11 TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS HETEROLOGOS.

Se cubren los gastos originados por el trasplante de órganos incluyendo autólogos, de acuerdo a las definiciones especificadas en este contrato de seguro.

Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, aquellos prescritos por el médico tratante que sean médicamente razonables y permitidos a causa de tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto, los cuales incluyen, entre otros:

- a) Servicios médicos.
- b) Internamiento en un hospital o centro de trasplante.
- c) Obtención de órganos y/o tejidos.
- d) Medicinas proporcionadas durante una hospitalización, o suministros para usar en la casa.

- e) Cuidados postoperatorios.

Para el caso de un donante vivo, se incluyen los servicios durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al asegurado. Los gastos cubiertos incluyen:

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

Para estos efectos, un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios por un procedimiento de re-trasplante (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si se considera médicamente necesario. Los trasplantes cubiertos bajo esta cobertura son:

1. Corazón;
2. Corazón y Pulmón combinados;
3. Riñón;
4. Córnea;
5. Hígado;
6. Hueso (incluido autólogo);
7. Piel y/o tejidos (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario, incluido autólogo o heterólogo);
8. Médula Ósea Alogénica, para:
 - Anemia aplástica
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich
 - Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
 - Leucemia mielógena crónica (LMC)
 - Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
 - Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B
 - Linfoma de no- Hodgkin, Estado III o Estado IV.

- Médula Ósea Antóloga, para:
- Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; Estado IV A o B
- Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B
- Neuroblastoma, Estado III o Estado IV
- Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso

SE CUBRIRÁN LOS GASTOS INDICADOS DEL DONADOR SIEMPRE QUE ÉSTE SEA EL DEFINITIVO.

2.12 USO DE MOTOCICLETAS Y VEHÍCULOS DE MOTOR SIMILARES

Se cubrirán los gastos a consecuencia de accidente en el uso de motocicletas y vehículos de motor similares tanto como pasajero o piloto de dicho vehículo, excepto mensajeros al servicio de la convocante.

2.13 LITOTRIPSIAS.

Se cubren los tratamientos médicos quirúrgicos por desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocido como litotripsias, con la suma asegurada, deducible y coaseguro estipulados sin periodo de espera, la suma asegurada incluye todas las sesiones de litotripsias.

2.14 DERECHO A SEGURO INDIVIDUAL.

Los asegurados que causen baja de la póliza tendrán derecho a continuar asegurados de manera independiente en un seguro Individual y con el pago de primas correspondiente por parte del ASEGURADO, siempre que realicen su trámite durante los 30 días posteriores a haber causado baja del grupo, considerando la antigüedad generada en la póliza de grupo, suma asegurada similar o mayor de acuerdo a los planes que ofrezca la COMPAÑÍA en su cartera de seguro Individual y pago de complementos de siniestros hasta el remanente de suma asegurada por enfermedades y/o accidentes cubiertos.

2.15 AMIGDALECTOMÍA.

Se cubrirán los tratamientos médico quirúrgicos para la extracción de amígdalas por indicación médica, sin periodo de espera.

CAPÍTULO 3. MATERNIDAD

3.1 PARTO NORMAL.

Queda cubierto el beneficio de maternidad para el 5% de la población asegurada del grupo UNO en donde La Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de la CONADE será la encargada de dictaminar el caso en el que procede sin aplicación de periodos de espera, independientemente del número de semanas de gestación que tenga la ASEGURADA mediante Pago directo.

3.2 OPERACIÓN CESÁREA.

Queda cubierto el beneficio de maternidad para el 5% de la población asegurada del grupo UNO en donde La Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de la CONADE será la encargada de dictaminar el caso en el que procede sin aplicación de periodos de espera, independientemente del número de semanas de gestación que tenga la ASEGURADA mediante Pago directo.

3.3 PARTO PREMATURO.

Queda cubierto el beneficio de maternidad para el 5% de la población asegurada del grupo UNO en donde La Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de la CONADE será la encargada de dictaminar el caso en el que procede, independientemente del número de semanas de gestación que tenga la ASEGURADA mediante pago Directo.

3.4 ABORTO INVOLUNTARIO.

Se cubrirán mediante pago Directo los gastos en que incurra la ASEGURADA que tengan entre 18 y 45 años de edad, amparándose los gastos correspondientes únicamente a hospitalización y honorarios médicos inherentes al evento.

Para los efectos de este beneficio, se considerará como aborto involuntario la interrupción de la gestación que ocurra antes de la semana 20 (veinte) del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la ASEGURADA y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o gabinete.

3.5 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

Aplica sin periodo de espera, aplicando la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratados y de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos contratado. Se cubrirán los siguientes padecimientos de manera enunciativa más no limitativa:

- a) Preclampsia y eclampsia
- b) Toxemia gravídica
- c) Placenta previa
- d) Fiebre puerperal
- e) Embarazo extrauterino
- f) Embarazo molar

3.6 EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

Esta cobertura no ampara:

- a) Control, vigilancia y atención prenatal, tal como consultas de control del embarazo, estudios de laboratorio y de gabinete, medicamentos, complementos vitamínicos, entre otros.**

- b) Afecciones propias del embarazo tales como: aborto voluntario.**

CAPÍTULO 4. ALTERACIONES DE LA SALUD

Quedan cubiertas Las siguientes alteraciones siendo estas enunciativas y no limitativas.

A) APENDICITIS.

Es la presencia de un proceso infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

B) NEUMONÍA.

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica de la enfermedad y se corrobora por cambios radiológicos. Se requiere una estancia hospitalaria superior a 48 horas para proceder al pago de la indemnización, en adición a los documentos requeridos, se deberá incluir copia del resultado de los estudios radiológicos donde se evidencie la evolución de la enfermedad.

C) PANCREATITIS AGUDA.

Cuadro inflamatorio del páncreas de al menos 48 horas de evolución, ocasionado por obstrucción del conducto pancreático. Para proceder al pago se requiere tratamiento médico hospitalario superior a 48 horas o bien tratamiento quirúrgico.

D) LITIASIS VESICULAR Y RENOURTERAL

Es la presencia de cálculos en los conductos biliares o en la vesícula biliar y/o en vías renoureterales, que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares y/o de las vías renoureterales. Está cubierta la cirugía de extirpación de los cálculos y para proceder al pago de la indemnización se requerirá incluir estudio histopatológico de los mismos.

E) HERNIA INGUINAL POR ESFUERZO

Es la protrusión de una parte a través de la pared que lo rodea. Para proceder al pago se deberá adjuntar copia del reporte quirúrgico a los documentos requeridos.

Los periodos de espera que se mencionan en esta cláusula no tendrán efecto a la renovación del contrato de seguro, siempre y cuando el asegurado mantenga su cobertura de forma continua e ininterrumpida.

F) CEFALEA RESISTENTE A MANEJO BASICO

La cefalea que se presente de forma súbita, intensa y progresiva, sin respuesta al manejo de primer contacto en el área médica de las instalaciones de entrenamiento o de los albergues de la CONADE, deberá ser cubierta como una urgencia en el hospital de red más cercano.

4.1 TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA

- a) Tratamiento y rehabilitación de las lesiones traumáticas que los atletas reciben durante la práctica deportiva.
- b) Prevención, tratamiento y rehabilitación de aquellas lesiones o afecciones surgidas producto del ejercicio máximo sobre el organismo humano.
- c) Preparación física del deportista utilizando métodos científicos, para obtener altos rendimientos en cada disciplina.

4.2 INDEMNIZACION DIARIA POR INVALIDEZ TOTAL:

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, dentro del periodo de vigencia de la póliza, el ASEGURADO sufre una incapacidad total para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y/o actividad deportiva y se encontrare recluido en un sanatorio, hospital o en su domicilio, mientras subsista la incapacidad y la reclusión, la COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO la indemnización diaria contratada para esta cobertura, por un periodo que no exceda, de 1,460 días. Una vez determinada la invalidez total, se realizará el pago en una sola exhibición de los días de salario mínimo correspondientes a la cobertura.

Para hacer efectiva esta cobertura se deberá presentar el dictamen de invalidez por una institución gubernamental.

4.3 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD PARCIAL TEMPORAL

Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta de acuerdo al párrafo anterior, las lesiones sufridas por el ASEGURADO le causaren directa o independientemente de cualesquiera otras causas una incapacidad parcial para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, la COMPAÑÍA pagará al asegurado durante el periodo de incapacidad el 40% de la indemnización diaria contratada para la cobertura de incapacidad total, sin exceder el periodo de pago de 180 días consecutivos, contados desde la fecha del accidente o inmediatamente después de un periodo de incapacidad total cubierta.

En caso de presentarse una incapacidad parcial y para efectos de la presente cobertura, será la CONADE quien deberá determinarla, conjuntamente con el área de ajustes médicos de la COMPAÑÍA y de ser necesario mediante peritaje médico y en última instancia mediante arbitraje médico. EN CASO DE CONTROVERSIA PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES DIARIAS, LA ASEGURADORA PUEDE REALIZAR UN ANÁLISIS DEL CASO, A FIN DE DETERMINAR SU PROCEDENCIA.

Si durante el periodo que el ASEGURADO se encontrare disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total o parcial, cubierta de acuerdo con los dos párrafos anteriores, y como consecuencia directa e independientemente de cualesquiera otras causas, ocurriese la muerte o las pérdidas orgánicas, la COMPAÑÍA pagará las sumas aseguradas contratadas para estas coberturas.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES:

POR PERDIDA DE:	ESCALA B
LA VIDA	100%
AMBAS MANOS, AMBOS PIES, O LA VISTA DE AMBOS OJOS	100%
UNA MANO Y UN PIE	100%
UNA MANO Y LA VISTA DE UN OJO O UN PIE Y LA VISTA DE UN OJO	100%
UNA MANO O UN PIE	50%
LA VISTA DE UN OJO	30%
EL DEDO PULGAR DE CUALQUIER MANO	15%
EL ÍNDICE DE CUALQUIER MANO	10%
AMPUTACIÓN PARCIAL DE UN PIE, COMPRENDIENDO TODOS LOS DEDOS	30%
TRES DEDOS DE UNA MANO, INCLUYENDO EL DEDO PULGAR O EL ÍNDICE	30%
TRES DEDOS DE UNA MANO, QUE NO SEAN NI EL DEDO PULGAR NI EL ÍNDICE	25%
EL PULGAR DE UNA MANO Y CUALQUIER OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
LA AUDICIÓN TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS OÍDOS	25%

EL ÍNDICE DE UNA MANO Y CUALQUIER OTRO DEDO QUE NO SEA EL PULGAR	20%
EL ACORTAMIENTO DE POR LO MENOS 5 CM. DE UN MIEMBRO INFERIOR	5%
EL DEDO MEDIO, EL ANULAR O EL MEÑIQUE	5%

PARA ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR PÉRDIDA:

- A. De una mano, su separación completa desde la articulación que une esa mano con el antebrazo o arriba de ella
- B. De un pie, su separación desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- C. La pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, la desaparición completa e irreversible de la visión de ambos ojos.
- D. De un dedo, la separación de dos falanges completas del dedo.
- E. También se entenderá por pérdida de una mano o de un pie o de un dedo, la pérdida total y evidente de la función del mismo a consecuencia de un accidente cubierto.

Si como consecuencia de uno o más accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza sean varias las pérdidas ocurridas, la COMPAÑÍA Apagará la suma de las indemnizaciones de cada una de ellas hasta una cantidad que en ningún caso será mayor a la suma asegurada contratada para esta cobertura.

4.4 FALLECIMIENTO MENORES DE 12 AÑOS

Para el caso de los ASEGURADOS menores de 12 años de edad, la cobertura que aplicará será la de Rembolso de Gastos funerarios hasta por la cantidad de \$80,000.00 (ochenta mil pesos 00/100 MN), no así el resto de los beneficios señalados en esta póliza.

Para el pago de esta suma asegurada los beneficiarios deberán de presentar las facturas de los gastos funerarios derivados del fallecimiento del ASEGURADO, las cuales se le reembolsarán con un tope de \$80,000.00 (Sesenta mil pesos 00/100 MN)

Para el pago de esta suma asegurada, se deberá entregar la documentación siguiente:

- a) Solicitud de pago del asegurado por parte de los beneficiarios
- b) Comprobante de domicilio del ASEGURADO
- c) Copia del Acta de Defunción del ASEGURADO
- d) Facturas que comprueben los gastos funerarios del ASEGURADO
- e) Constancia pertenecer a la colectividad asegurada emitida por la Dirección Médica de la CONADE.

4.5 GASTOS DE REPATRIACIÓN.

De manera enunciativa más no limitativa deberán contemplar lo siguiente:

- Trámites legales consulares y traslados del cuerpo desde el lugar de fallecimiento
- Recoger el cuerpo desde el sitio de fallecimiento.

- Preparación del cuerpo embalsamamiento y tanatopraxia (maquillaje, arreglo y vestimenta del asegurado fallecido).
- Proveer un féretro hermético.
- Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- Traslados hasta y desde el aeropuerto.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de México.
- Los costos de repatriación incluyen el transporte aéreo del cuerpo a México.
- Traslado del cuerpo desde el aeropuerto Internacional de México, hasta el lugar de su destino.
- TRAMITACIÓN DE TODA LA DOCUMENTACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE CENTRO

CAPÍTULO 5. EXCLUSIONES

No estarán cubiertos los gastos médicos incurridos y por tanto la COMPAÑÍA no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando dichos gastos médicos sean a causa de alguna de las siguientes situaciones:

Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:

- 1. Servicio militar, actos de guerra, rebelión, terrorismo, insurrección o revolución.**
- 2. Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante. Salvo los eventos de competencia o entrenamiento oficiales avalados por la Federación Correspondiente.**

Gastos incurridos a consecuencia de:

- 3. Padecimientos congénitos o prematuridad, originados por alcoholismo, o drogadicción.**
- 4. Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.**
- 5. Tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevos. Esta exclusión no aplica si se trata de lesiones malignas, tal como carcinoma epidermoide, melanoma maligno, entre otras.**
- 6. Cirugía plástica o estética de cualquier tipo.**
- 7. Tratamientos de crecimiento y desarrollo, calvicie, obesidad, esterilidad, infertilidad o reducción de peso y sus complicaciones.**
- 8. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos que requiera el asegurado por trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, aprendizaje, y terapias de lenguaje, con excepción de los necesarios por asalto, violación o similar.**
- 9. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías del asegurado y que lo afecten directamente.**
- 10. Adquisición de aparatos auditivos, anillos intracorneales, lentes de contacto y anteojos, salvo lo específicamente cubierto.**
- 11. Acné, en cualquiera de sus clasificaciones**
- 12. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilo faciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza u origen, excepto aquellos que sean requeridos a consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto o que estén incluidos en la cobertura específica.**

- 13. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad y tratamientos de fertilización.**
- 14. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.**
- 15. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por personal sin cedula profesional o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.**
- 16. Gastos derivados a consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio del asegurado, así como lesiones autoinflingidas o mutilaciones voluntarias que realice el asegurado, aun cuando estas se comentan en estado de enajenación mental.**
- 17. Lesiones que ocurran en riña con provocación por parte del asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el asegurado, o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- 18. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la estancia de éste en sanatorio u hospital, tales como habitación, alimentos extras o servicios adicionales, excepto la cama extra.**
- 19. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.**
- 20. Pruebas para diagnóstico del SIDA.**
- 21. Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual ni cualquiera de sus complicaciones.**
- 22. Compra o renta de zapatos ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.**

CAPÍTULO 6. PAGO DE RECLAMACIONES

Las obligaciones que asume la COMPAÑÍA conforme a este Contrato, sus cláusulas, coberturas y beneficios, se harán efectivas de acuerdo con lo siguiente:

6.1 SISTEMA DE PAGO DIRECTO.

Por este sistema la COMPAÑÍA liquidará directamente al proveedor de servicios médicos los gastos que procedan por motivo de evento cubierto, siempre que se atienda el ASEGURADO con hospital y médico de convenio. Para efectos de este sistema se requiere de la autorización previa y por escrito correspondiente o ser atendido por la Red de Proveedores de La COMPAÑÍA. **El pago directo procederá** una vez que el ASEGURADO y su médico tratante hayan decidido la necesidad de un internamiento hospitalario ambulatorio o no ambulatorio, estudios auxiliares de diagnóstico y/o los servicios de trasplantes, para lo cual deberán tramitar la autorización con anticipación.

Si procede la petición del ASEGURADO, la COMPAÑÍA proporcionará la orden de internamiento al menos cuarenta y ocho (48) horas antes del ingreso programado o la orden de estudios, veinticuatro (24) horas antes del procedimientos o servicio auxiliar de diagnóstico, en la que se indicarán, los montos por deducible y coaseguro (si es que aplican) que deberá cubrir al hospital, laboratorio o gabinete, así como el nombre y la dirección del lugar al que deba acudir el ASEGURADO para que le practiquen los estudios que solicita.

En caso de que no se ha seguido el procedimiento anterior por cualquier motivo, se tendrá que presentar una reclamación por el sistema de reembolso.

LAS INDEMNIZACIONES CORRESPONDERÁN A LA FECHA DE OCURRENCIA MIENTRAS QUE SE ENCUENTREN DENTRO DE LA VIGENCIA.

PARA EL REMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ LAS RECLAMACIONES PROCEDENTES SIEMPRE QUE SEA REPORTADO A LA MISMA A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS 10 DÍAS NATURALES DESPUÉS DEL ACCIDENTE, SALVO CAUSA DE FUERZA MAYOR, POR LO QUE EL ASEGURADO NO PERDERÁ SU DERECHO AL REMBOLSO DE LOS GASTOS INCURRIDOS, CUANDO EXISTAN CIRCUNSTANCIAS QUE JUSTIFIQUEN LA DEMORA EN EL AVISO, TENIENDO COMO PLAZO ADICIONAL 60 DIAS HABILES.

Toda la documentación necesaria deberá ser notificada previamente al inicio de la vigencia a la Dirección de Medicina y ciencias Aplicadas, según sea el proceso correspondiente (Pago directo o reembolso)

6.2 PROCEDIMIENTO EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN NO PROGRAMADA

Cuando la estancia del ASEGURADO en el hospital sea mayor a veinticuatro (24) horas, la COMPAÑÍA recibirá el aviso por parte del hospital o de un familiar del ASEGURADO a través del Call Center, una vez que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado, se deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

- a) Al llegar al hospital, acudir al departamento de admisión e identificarse con su tarjeta de identificación vigente de ASEGURADO de gastos médicos de la COMPAÑÍA, además de una credencial con fotografía.
- b) Verificar que el departamento de admisión haya reportado el ingreso a la COMPAÑÍA para que éste lo ponga en contacto al ASEGURADO con el médico coordinador de la plaza.

Si procede el internamiento del ASEGURADO, la COMPAÑÍA entregará la orden de autorización de internamiento al hospital en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, ya sea de manera electrónica o bien a través de la visita del médico coordinador de la plaza.

6.3 SISTEMA DE PAGO POR REMBOLSO.

En caso de no haber aplicado el Pago Directo, la COMPAÑÍA reintegrará al reclamante, los gastos que procedan, descontando Deducible y Coaseguro, para lo cual el Asegurado enviara la siguiente documentación:

- a) Formato Aviso de Accidente o Enfermedad debidamente llenado y firmado por el ASEGURADO o su representante.
- b) Informe Médico e Historia Clínica llenados por el (los) médico(s) tratante(s).
- c) Estudios de laboratorio y/o gabinete que le fueron practicados, cada uno de ellos incluyendo su interpretación o diagnóstico, así como la solicitud del médico tratante.
- d) Comprobantes y facturas de los gastos médicos incurridos con características fiscales y a nombre del ASEGURADO, tales como; Facturas de hospitalización con su desglose, Medicamentos desglosados con su receta. Todos los comprobantes deberán ser originales y cumplir con los registros fiscales vigentes
- e) Si en caso de Accidente intervinieron autoridades legales, se deben presentar copias certificadas de la carpeta de averiguación del Ministerio Público.
- f) Documentación relativa al Art. 492 de la LGSF, que consiste en:
 - Credencial de identificación
 - Comprobante de domicilio con no más de 3 meses de antigüedad.
 - Formato requisitado en todos sus datos
 - Carta de conocimiento de la cuenta bancaria del ASEGURADO o último estado de cuenta bancario.

6.4 PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El pago procedente se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en este contrato de seguro;
- b) A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible, y a la diferencia entre la totalidad de los gastos procedentes menos el deducible, se le aplicará el porcentaje estipulado por concepto de coaseguro, cantidades que quedan a cuenta del ASEGURADO, de acuerdo a los importes y porcentajes establecidos en este contrato de seguro.
- c) Si los gastos son originados por un Accidente cubierto y sobrepasan el deducible contratado, no se aplicará deducible ni coaseguro. Para ser catalogado como Accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del accidente. Transcurrido este periodo se considerará como enfermedad.
- d) El Deducible se aplicará una sola vez para cada evento cubierto.
- e) Los gastos erogados por eventos procedentes ocurridos durante la vigencia, se reembolsarán hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada.

LA CONTABILIZACIÓN DEL COASEGURO SERÁ DESPUÉS DE APLICAR EL DEDUCIBLE CORRESPONDIENTE A LOS GASTOS PROCEDENTES EFECTUADOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS.

Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato, serán liquidadas al ASEGURADO en el curso de los **diez (10) días naturales**, siguientes a la fecha en que reciba La COMPAÑÍA todas las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al ASEGURADO dos o más operaciones en una misma región anatómica, La COMPAÑÍA únicamente pagará el importe de la mayor. Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

La COMPAÑÍA no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

6.5 APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.

En toda reclamación inicial que se realice por el sistema de 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 por él.

Cuando los gastos erogados por el ASEGURADO sean a consecuencia de un accidente cubierto, se eliminará el pago del deducible y del coaseguro, siempre que la atención médica se realice dentro de los primeros noventa días de ocurrido el mismo.

Cuando el asegurado se atienda con un hospital y médico de convenio mediante Pago Directo, habiendo tramitado su autorización con la COMPAÑÍA conforme a lo indicado en la póliza, se elimina el pago del deducible y coaseguro contratado, quedando a su cargo los gastos personales y los no cubiertos por la misma.

En caso de que el médico tratante no sea de convenio, pero acepte ajustarse a los tabuladores de la COMPAÑÍA, se aplicara el deducible y coaseguro como si fuera médico de convenio.

LA COMPAÑÍA EXPEDIRÁ PARA CADA ASEGURADO UNA TARJETA DE IDENTIFICACION QUE LO ACREDITE COMO BENEFICIARIO DEL SEGURO ASÍ COMO UN FOLLETO INFORMATIVO, EL CUAL SERÁ PREVIAMENTE AUTORIZADO POR LA CONVOCANTE, EL CUAL TENDRÁ LA MISMA VIGENCIA DEL CONTRATO.

6.6 HOSPITALES EN CONVENIO REQUERIDOS

CIUDAD DE MÉXICO

La COMPAÑÍA cuenta con convenios en los principales hospitales privados de segundo y tercer nivel de atención (especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas) cercanos a los principales centros de entrenamiento de los deportistas y de las instalaciones de la Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte, además de tener convenios con el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Instituto Nacional de Neurología y el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Cumpliendo con el requerimiento de atención hospitalaria en urgencias sin depósito (aplicable también en hospitalización programada), sin deducible y sin coaseguro.

INTERIOR DE LA REPÚBLICA

La COMPAÑÍA cuenta con al menos tres hospitales privados de segundo y tercer nivel de atención (especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas) cercanos a los principales centros de entrenamiento de los deportistas en las 32 entidades federativas de la república mexicana, cumpliendo con el requerimiento de atención hospitalaria sin depósito, sin deducible y sin coaseguro.

La licitante deberá integrar en su propuesta directorio de servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc. y garantizar que cuentan con convenio pago directo a petición del área médica de la convocante, sin la aplicación de deducible.

6.7 RED DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CONVENIO

Los médicos especialistas están certificados, garantizando la atención óptima del paciente, evitando con ello, reincidencias, por lo que la COMPAÑÍA se obliga a incluir el listado de especialistas con al menos 3 médicos por especialidad a nivel nacional, de las especialidades que a continuación se mencionan:

Alergología	Endoscopia	Pediatría
Angiología	Gastroenterología	Proctología
Cardiología	Ginecología y Obstetricia	Urología
Cirugía Cardiovascular	Geriatría	Neurocirugía
Cirugía de Tórax	Medicina Interna	Neurología
Cirugía General	Nefrología	Oftalmología
Cirugía Laparoscopia	Neonatología	Ortopedia y Traumatología
Cirugía Máxilofacial	Neumología	Especialidad de oncología clínica.
Cirugía Oncológica	Endocrinología	
Cirugía Reconstructiva	Dermatología	
Colo proctología	Otorrinolaringología	

La CONADE podrá solicitar que la atención quirúrgica sea a través del especialista de su preferencia, solicitándolo con al menos 10 días hábiles. Por lo que la COMPAÑÍA deberá conceder el pago directo estableciendo convenio con dicho especialista, respetando el tabulador establecido.

La COMPAÑÍA manifiesta que los médicos especialistas que conforman su red se encuentran certificados y pertenecen algún consejo de especialidad médica acreditada por el CONACEM, garantizando con ello procedimientos exitosos y la inexistencia de reincidencias quirúrgicas

6.8 SERVICIO DE DIAGNÓSTICO EN CONVENIO

RED DE LABORATORIOS Y GABINETES REQUERIDOS EN CONVENIO PAGO DIRECTO

CIUDAD DE MÉXICO E INTERIOR DE LA REPÚBLICA

Deberá presentar lista y convenio de pago directo de los laboratorios y gabinetes.

1. La COMPAÑÍA otorgará pago directo en centros de diagnóstico siempre que exista un reporte por parte de la CONADE a través de sus médicos autorizados y se soliciten estudios de laboratorio y gabinete para confirmar diagnóstico, la COMPAÑÍA contará con 8 hrs. hábiles para autorizar el pago directo los estudios requeridos.
2. En caso de no contar con el tiempo establecido y el estudio resulte indispensable para la toma de decisión sobre la intervención médica, la COMPAÑÍA enviará a cubrir el costo del estudio por su cuenta, a través una persona, por ella autorizada.

3. Cuando exista controversia sobre el tipo o tipos de estudios solicitados con pago directo sin aplicación de deducible, se procederá de la siguiente manera:
 - A) En caso de controversia y haya tiempo suficiente, el caso se someterá a revisión y juicio del comité supervisor médico, compuesto por representante médico de la participante, un representante de la Dirección de Medicina y Ciencias Aplicadas de la CONADE, un miembro del OIC, un representante de la Subdirección de Administración y Finanzas de la CONADE y el equipo de asesores en materia de seguros a cargo. La resolución será definitiva, considerándose única por evento.
 - B) En caso de controversia y no haya tiempo para deliberar sobre la procedencia de los estudios solicitados con pago directo y sin deducible, la COMPAÑÍA enviará a su representante para efectuar el pago de los estudios, cubriendo el requerimiento de dicha urgencia, y sometiendo a revisión el caso, por lo que de resultar improcedente la solicitud de estudios, o el diagnóstico, la COMPAÑÍA tendrá la posibilidad de solicitar la reintegración del pago realizado.

ACREDITACIÓN Y ALCANCE DE CONDICIONES ESPECIALES

COBERTURA INTERNACIONAL

La COMPAÑÍA garantizará la atención inmediata con pago directo en el extranjero. La cobertura estará vigente y activa en cualquier parte del mundo. Quedan incluidos los trayectos desde el lugar de residencia del deportista participante en un evento en específico y el trayecto de regreso a su lugar de residencia deportiva. El lugar de residencia se refiere al lugar de donde parte el ASEGURADO, pudiendo ser del albergue, campamento o su domicilio, por lo que gozará de la cobertura durante el trayecto, la estancia en el evento en que participe y el regreso a su lugar de residencia o al siguiente punto de entrenamiento.

CONSULTA MÉDICA EN FASE AGUDA PARA CATEGORÍA FLOTANTE

ENFERMEDAD EN FASE AGUDA ES AQUELLA QUE TIENE UN INICIO Y UN FIN CLARAMENTE DEFINIDO Y ES DE CORTA DURACIÓN. GENERALMENTE SE CONSIDERA QUE SU DURACIÓN ES MENOR DE 3 MESES. EN ESPECÍFICO PARA ESTA COBERTURA ES NECESIDAD DE LOGRAR LA ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE.

La COMPAÑÍA garantizará el servicio de consulta en fase aguda y se atenderá esta urgencia enviando médico especialista cuando reciba solicitud por la dirección de Medicina y ciencias aplicadas, para la atención médica del ASEGURADO al presentarse una urgencia en fase aguda, por lo que la consulta o asistencia médica será moderada y monitoreada por la COMPAÑÍA y sin costo alguno, hasta concluir la atención y conocer diagnóstico, para iniciar fase evolutiva satisfactoria las consultas médicas procederán con pago directo, cuando sea a consecuencia de urgencia médica o alteración de la salud en fase aguda y aplica sólo para los deportistas que viven y entrenan en el CNAR y albergues tanto villas Tlalpan y centro paralímpico.

PARA CUMPLIR CON ESTE PUNTO, BASTARÁ CON PRESENTAR UN ESCRITO DONDE LA COMPAÑÍA EXPRESE LA GARANTÍA QUE EL SERVICIO DE CONSULTA EN FASE AGUDA SE ATENDERÁ ESTA URGENCIA ENVIANDO MÉDICO ESPECIALISTA CUANDO RECIBA SOLICITUD POR LA DIRECCIÓN DE MEDICINA Y CIENCIAS APLICADAS, PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO AL PRESENTARSE UNA URGENCIA EN FASE AGUDA, POR LO QUE LA CONSULTA O ASISTENCIA MÉDICA SERÁ MODERADA, Y MONITOREADA POR LA COMPAÑÍA Y SIN COSTO ALGUNO, HASTA CONCLUIR LA ATENCIÓN Y CONOCER DIAGNÓSTICO, PARA INICIAR FASE EVOLUTIVA SATISFACTORIA LAS CONSULTAS MÉDICAS PROCEDERÁN CON PAGO DIRECTO, CUANDO SEA A CONSECUENCIA DE URGENCIA MÉDICA O ALTERACIÓN DE LA SALUD EN FASE AGUDA Y APLICA SÓLO PARA LOS DEPORTISTAS QUE VIVEN Y ENTRENAN EN EL CNAR Y ALBERGUES TANTO VILLAS TLALPAN Y CENTRO PARALÍMPICO, POR LO QUE DEBERÁ PROPORCIONAR EL NOMBRE Y CÉDULA DEL MÉDICO ASIGANDO QUE FORMARÁ PARTE DEL EQUIPO DE SERVICIO

UNA ENFERMEDAD AGUDA ES AQUELLA QUE TIENE COMIENZO SÚBITO Y UNA EVOLUCIÓN RÁPIDA INCLUYENDO SU RESOLUCIÓN, INDEPENDIEMENTE DE LA GRAVEDAD.

ATENCIÓN MÉDICO - HOSPITALARIA SIN DEPÓSITO

La COMPAÑÍA proporcionará hospitales de primera categoría y tercer nivel de atención médica cercanos a la instalaciones de la CONADE, considerando las siguientes ubicaciones.

- Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte en Villas Tlalpan, (dos hospitales), ubicado en camino a santa teresa # 48 col. peña pobre, alcaldía Tlalpan en Ciudad de México
- Centro Paralímpico Mexicano (dos hospitales), ubicado en calle de añil sin número, Alcaldía Iztacalco en Ciudad de México.

- centro nacional de desarrollo de talentos deportivos y alto rendimiento (dos hospitales), ubicado en calle de añil sin número, Alcaldía Iztacalco en Ciudad de México
- En el interior de la república, en cada entidad federativa deberá contar con al menos 3 hospitales con las características antes mencionadas.
- Centro Deportivo Olímpico Mexicano, ubicado en Av. del Conscripto sin Número, esquina anillo Periférico colonia Lomas de Sotelo Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.

REHABILITACIÓN Y APOYO MULTIDISCIPLINARIO

Se cubre la atención médica especializada de seguimiento multidisciplinario en apoyo del restablecimiento del nivel competitivo del deportista lesionado a través de la atención médico quirúrgica y de la atención médica especializada de rehabilitación, seguimiento y vigilancia con evaluaciones pos-quirúrgicas, hasta obtener la mejoría absoluta del deportista que le permita reiniciar en el mismo nivel competitivo que se encontraba antes de sufrir el accidente o lesionarse durante sus prácticas o competencia, siempre y cuando la condición lo amerite.

CLÁUSULAS Y CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS:

PRELACIÓN

Las condiciones particulares o especiales de aseguramiento, así como las modificaciones o adecuaciones derivadas del proceso de licitación pública nacional prevalecerán sobre lo establecido en el presente contrato de seguro, en todo lo que pudieran oponerse, siempre y cuando no contravengan las disposiciones legales vigentes.

Las presentes cláusulas aplicables a todas las coberturas son complementarias.

CONTRATO DE NO ADHESIÓN

Este seguro es un contrato de no adhesión que incluye operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de la LISF, por lo cual, con base en lo establecido en el apartado 4.1.1. de la Circular Única de Seguros y Fianzas es registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

ADMINISTRACIÓN

La CONADE tendrá el derecho de asegurar a los deportistas convencionales y del deporte adaptado, entrenadores y cuerpo multidisciplinario que está formado por médicos que atienden a los deportistas, terapeutas, asistentes, técnicos, integrantes del comité organizador, psicólogos, nutriólogos, metodólogos, fisioterapeutas, quiroprácticos y médicos. Cada uno de los especialistas contará con la misma cobertura contemplada en la póliza de gastos médicos mayores, accidentes personales y seguro de vida.

Para la administración de la póliza resultante de este procedimiento de licitación, la COMPAÑÍA debe entender que para el pago de indemnización este seguro considera tres modalidades, el primero es la eliminación de deducible y coaseguro cuando el asegurado se atienda con médicos y hospital de red, la segunda es: hospitalización exento de depósito y el tercero atención por alteración de la salud para eventos que no excedan el deducible del grupo 3 y de albergues, según corresponda.

EL DOCUMENTO OFICIAL CON EL CUAL SE COMPRUEBE LA PERTENENCIA DE LA COLECTIVIDAD, EN PRIMER TÉRMINO, SERÁ EL LISTADO QUE LA CONADE PROPORCIONE A LA COMPAÑÍA.

LOS ASEGURADOS SE IDENTIFICARÁN CON LA TARJETA PLÁSTICA PROPORCIONADA POR LA COMPAÑÍA.

EN SEGUNDO TÉRMINO Y CUANDO EL CASO LO AMERITE, LA PERTENENCIA DE UNA INTEGRANTE EN LA COLECTIVIDAD SE COMPROBARÁ A TRAVÉS DEL REGISTRO EN EL FODEPAR.

Ubicándolos en los grupos correspondientes, para lo que iniciara con la población asegurada a la fecha de inicio de vigencia, administrando posteriormente la póliza a través de la notificación que realice el área correspondiente por medio electrónico, acerca de las altas y bajas que se presenten. Por lo tanto las altas subsecuentes se realizarán a petición de la CONADE según sus registros, en formatos preestablecidos para la cobertura automática. Los ASEGURADOS contarán con la cobertura al estar debidamente registrados en la CONADE y dados de alta ante la COMPAÑÍA.

Para el grupo 2 (población flotante) a través de las personas autorizadas por la Subdirección General de Calidad para el Deporte. Realizarán la notificación de altas y bajas también por medio electrónico a la dirección de correo que la COMPAÑÍA determine, realizando esta función los días hábiles en horario laboral, por lo que en caso de presentarse la llegada no confirmada de deportistas para hospedarse y quedar concentrados para sus entrenamientos; la persona que administra dicha categoría podrá enviar notificación de las altas en las primeras horas del primer día hábil posterior al suceso. Por lo que la COMPAÑÍA tendrá la obligación de aceptarlos y dar la retroactividad que resulte a fin de proporcionar la cobertura a los deportistas.

Asimismo tendrá el derecho de solicitar la documentación que acredite la autorización u orden de hospedaje por parte de la federación o de quien corresponda, para lo que tendrá como recurso comprobar mediante los registros de CONADE y huella de identificación del hospedado en el momento que lo crea necesario.

La COMPAÑÍA confirmará la recepción de la información antes mencionada por el mismo medio. Por lo que todo deportista que aparezca en el correo de salida y se tenga la confirmación por la COMPAÑÍA tendrá derecho al beneficio sin importar que en la COMPAÑÍA aparezca registrado o no.

REPORTE DE SINIESTRALIDAD

La COMPAÑÍA deberá entregar el reporte de siniestralidad trimestral mediante un archivo electrónico en Excel el cual deberá ser entregado dentro de los primeros 15 días naturales siguientes al cierre de cada trimestre, deberá ser desde inicio de vigencia y hasta el periodo transcurrido, mismo que deberá contener lo siguiente:

- a) Número de certificado
- b) Número de siniestro
- c) Tipo de indemnización (pago directo o por reembolso)
- d) Fecha de ocurrencia
- e) Diagnóstico y/o padecimiento
- f) Monto reclamado
- g) Fecha de pago
- h) Monto pagado
- i) Deducible aplicado
- j) Coaseguro aplicado

SISTEMA ELECTRÓNICO

La COMPAÑÍA brindará acceso a sistema electrónico para que la CONADE pueda acceder al estatus en tiempo real y de forma continua de todos y cada uno de los siniestros tramitados vía reembolso. Mediante este sistema se podrá consultar la siguiente información:

- a) Número De Certificado
- b) Número De Siniestro
- c) Tipo De Indemnización (Pago Directo O Por Reembolso)
- d) Fecha De Ocurrencia
- e) Diagnóstico Y/O Padecimiento
- f) Monto Reclamado
- g) Fecha De Pago

- h) Monto Pagado
- i) Deducible Aplicado
- j) Coaseguro Aplicado
- k) Estatus

En caso que la CONADE detecte alguna inconsistencia, solicitará a la COMPAÑÍA la aclaración correspondiente para que se hagan las correcciones y/o en su caso que se aplique de inmediato y de manera correcta la indemnización al ASEGURADO, en un plazo no mayor de 5 días hábiles.

Se firmará un convenio de confidencialidad o aviso de privacidad en virtud de que se solicitan datos personales que pudieran asociarse con el titular.

ATENCION PERSONALIZADA

La COMPAÑÍA designará un equipo de especialistas que atenderá la cuenta las 24 horas del día para brindar asistencia a los ASEGURADOS y nombrará un médico en medicina del deporte.

AJUSTE AL FINAL DE LA VIGENCIA

La COMPAÑÍA en su propuesta ha considerado un margen del 5% del total de los ASEGURADOS, toda vez que no existe ajuste alguno de primas. Por lo que la COMPAÑÍA ha considerado dentro de la prima de cobro un margen del 5%, por lo que, aun cuando el total de altas resulte mayor al total de ASEGURADOS incluyendo el 5%; la COMPAÑÍA, se obliga a cubrir todas las altas sin importar el número final de ASEGURADOS

AJUSTE POR DESVIACIÓN DE SINIESTRALIDAD

La CONADE recibirá el reporte de siniestralidad 5 días hábiles posteriores a la fecha de solicitud. (Corte trimestral) Cuando el reporte de siniestralidad muestre una desviación y los siniestros pagados rebasen el 70%, la COMPAÑÍA podrá solicitar incremento de tarifa en el orden del 20% al corte anual. Evitando caer en la insuficiencia de prima.

La población asegurada a la fecha de inicio de vigencia, administrando posteriormente la póliza a través de la notificación que realice el área correspondiente por medio electrónico.

ESTÁNDARES DE SERVICIO

	SINIESTROS	TIEMPO DE RESPUESTA	PENALIZACION
1	Proporcionar el número de atención	2 días hábiles	GMM: eliminación de deducible
2	Tiempos de reembolsos en GMM	7 días hábiles	GMM: eliminación de deducible cuando aplique
2.1	área metropolitana y resto del país	7 días hábiles	Eliminación de deducible
3	Tiempo de emisión de cartas de autorización para cirugía programada con médico y hospital de red.	2 días hábiles	Aceptación de la cirugía aun cuando fuera improcedente
3.1	Tiempo de autorización para cirugía por urgencia quirúrgica	1 a 2 horas posteriores al aviso formal del requerimiento	Eliminación de deducible
4	Tiempo de aceptación o rechazo de pagos especiales	5 días hábiles	Aceptación de pago
5	Tiempo de revisión de documentación para solicitar, complemento de documentación o dar carta rechazo.a	5 días hábiles	Aceptación de pago
6	Reportes de siniestralidad	trimestral Durante los primeros 10 días del mes siguiente al termino del trimestre.	Deberá presentarlo con desglose por cada grupo de esta póliza

	EJECUTIVO ASIGNADO	TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMO	PENALIZACION
1	visita obligatoria	1	día /semana solicitud de cambio de ejecutivo
2	respuesta a servicios solicitados por comisión nacional de cultura física y deporte	1	día hábil siguiente reporte interno en bitácora de seguimiento de servicio
3	firma de cumplimiento en bitácora con el área encargada	1	mismo día de visita siempre y cuando no existan pendientes reporte interno en bitácora de seguimiento de servicio

ALTERACIÓN DE LA SALUD Y CRISIS CONVULSIVAS.

Los trastornos epilépticos no serán motivo de cobertura para esta póliza a menos que se trate de algún trastorno convulsivo a consecuencia de un traumatismo o padecimiento derivado de la práctica deportiva, esta aclaración se hace para evitar alguna confusión o mala interpretación que provoque la falta de servicio por parte de la **COMPAÑÍA**, ya que un deportista se expone a circunstancias extremas en las cuales puede presentar cuadros convulsivos no relacionados a epilepsia y deberán ser cubiertos.

Las terapias de electrochoques sólo serán autorizadas para los deportistas de alto rendimiento, y sólo a consecuencia del tratamiento de padecimiento preexistente y que en su mayoría se encontraran relacionados con trastornos neurológicos y episodios de epilepsia.

COBERTURAS SIN PERÍODO DE ESPERA.

A) ACCIDENTES

Se entiende por accidente el acontecimiento originado por una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que produce la muerte o lesiones corporales en la persona del ASEGURADO.

No se considerará accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el ASEGURADO.

No se considerará tratamiento quirúrgico la sutura de heridas o la corrección estética de alguna afección.

Esta cobertura operara para asegurados como se indica:

- Deportistas participantes de 8 a 24 años de edad.
- Entrenadores de 24 a 65 años de edad
- Cuerpo multidisciplinario de 24 a 55 años de edad.

ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE

La COMPAÑÍA confirmará a la entrega de cotización que cuenta con hospitales de red suficientes de segundo y tercer nivel de atención (especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas) para poder atender a los ASEGURADOS lesionados o con requerimiento de atención médica por una urgencia médica.

Se cubrirán las enfermedades detalladas a continuación, siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, se presente dentro del periodo asegurado.

ATENCIÓN MÉDICA EN FASE AGUDA PARA ASEGURADOS “ALTERACIÓN DE LA SALUD”

Para esta cobertura la COMPAÑÍA considerará a todos los médicos de staff o de base de los hospitales de red cercanos a la sede, para cubrir el requerimiento médico, incluyendo consultas médicas para atender el requerimiento médico en fase aguda, resultado de un accidente o por una alteración de la salud de las enfermedades cubiertas y que a continuación se mencionan.

MONEDA

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

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.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en los 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 solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la unidad especializada de la COMPAÑÍA, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia COMPAÑÍA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la COMPAÑÍA a satisfacer las pretensiones del usuario.

PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.vepormas.com, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

NOTIFICACIONES / 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 (ARTÍCULO 25 LSCS)

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.” Este derecho se hace extensivo al Contratante.

MODIFICACIONES

Cualquier modificación al presente contrato, deberá hacerse por escrito y con solicitud firmada por el Contratante y aceptado por la COMPAÑÍA por solicitud expresa del Contratante el agente de seguros sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas. Estas modificaciones deberán constar por escrito en el contrato de seguro.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES (ARTS. 8, 9 Y 10 LSCS) / DECLARACIÓN DE RIESGOS RELEVANTES

El Contratante y los Asegurados o sus representantes, están obligados a contestar con veracidad los cuestionarios que constan en la solicitud al momento de la contratación del seguro, asimismo declarar por escrito a La COMPAÑÍA, todos los hechos para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 9 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro

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

La COMPAÑÍA estará facultada para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan cuando se realice algún pago por concepto de omisiones, inexactas declaraciones o negligencia por parte del contratante, asegurado y/o beneficiarios.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la COMPAÑÍA, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima

Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

CONTRATO DE SEGURO

Las bases de la licitación, la carátula de la póliza, la tarjeta de identificación proporcionada por la COMPAÑÍA, las condiciones generales, los folletos de derechos básicos de los contratantes asegurados y beneficiarios. Dichos documentos y todos aquellos utilizados en la contratación del seguro constituyen prueba y forman parte de la documentación contractual del Seguro celebrado entre la COMPAÑÍA, el Contratante y/o ASEGURADO.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo 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 más no limitativa tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc.

OTROS SEGUROS

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

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.

COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL

En forma adicional y opcional la CONADE podrá contratar cobertura para eventos deportivos que se encuentren fuera de las opciones de ésta póliza, y aquellos en los que exista la necesidad de utilizar la cobertura que ampare a los deportistas de diferentes federaciones, institutos, etc.

Para lo cual proporcionará la cuota por participante (según sea el caso) que cobrará en caso de que la CONADE requiera la cobertura, respetando la cuota propuesta, durante toda la vigencia de la póliza.

Eventos deportivos que podrían cubrirse en forma adicional y opcional, tales como Olimpiada Nacional, juegos escolares, juegos populares, Centroamericanos y del Caribe.

COBERTURA OPCIONAL ADICIONAL SERÁ PARA AMPARAR EVENTOS COMPLETOS, EJEMPLO JUEGOS POPULARES, ESCOLARES, OLIMPIADA NACIONAL, ES DECIR EVENTOS EN LOS QUE SE DEBA CUBRIR A TODOS LOS PARTICIPANTES Y NO SÓLO A LOS PARTICIPANTES DE ALTO RENDIMIENTO.

LA COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL CONSIDERA LAS COBERTURAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y GASTOS MÉDICOS PARA DEPORTISTAS, ENTRENADORES Y CUERPO MULTIDISCIPLINARIO QUE PARTICIPARÁN EN EL EVENTO

LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO PARA LA COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL SE HARÁ POR ESCRITO Y SE REALIZARÁ CON AL MENOS 60 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA EN QUE INICIARÁN LOS EVENTOS.

Requerimiento y alcance de servicio solicitado

- Cotización para cobertura de accidentes personales y gastos médicos para deportistas, entrenadores y cuerpo multidisciplinario, que participaran en el evento deportivo nacional, denominado (___) que se realizara durante los meses de (____) de 2019

ESPECIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS. Considerando datos probables o aproximados

REQUERIMIENTO	ESPECIFICACION, CUANTITATIVA Y CUALITATIVA
TOTAL DE PARTICIPANTES	MÍNIMO 250 MÁXIMO 20,000 aproximadamente
SUMA ASEGURADA PARA MUERTE ACCIDENTAL PARA LA COBERTURA ADICIONAL OPCIONAL	\$ 150,000.00
VIGENCIA	A CORTO PLAZO POR APROXIMADAMENTE Mínimo 3 días máximo 40 días
COBERTURA	GASTOS MÉDICOS MAYORES POR URGENCIA ACCIDENTES PERSONALES
COTIZACIÓN 1 CUOTA POR PARTICIPANTE \$420.00	SEGÚN DESCRIPCIÓN POR PERIODO DE 3 A 15 DÍAS
COTIZACIÓN 2 CUOTA POR PARTICIPANTE \$685.00	SEGÚN DESCRIPCIÓN POR PERIODO DE 16 A 45 DÍAS DE COBERTURA
COTIZACIÓN 3 CUOTA POR PARTICIPANTE \$980.00	SEGÚN DESCRIPCIÓN CUALQUIER PERIODO CON PAGO DIRECTO POR URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

OBJETIVO: La póliza contratada por el periodo solicitado permitirá que los participantes gocen de la cobertura básica por accidentes sufridos durante el periodo de competencia, de acuerdo al programa de participación por disciplina. En cuanto al requerimiento de atención médica por enfermedad, quedarán cubiertas las enfermedades que aparecen en el detalle de coberturas que a continuación se mencionan y que para efectos de esta póliza se denominarán como “alteración de la salud”.

ALTERACIÓN DE LA SALUD Y CRISIS CONVULSIVAS.

Los trastornos epilépticos no serán motivo de cobertura para esta póliza a menos que se trate de algún trastorno convulsivo a consecuencia de un traumatismo o padecimiento derivado de la práctica deportiva, esta aclaración se hace para evitar alguna confusión o mala interpretación que provoque la falta de servicio por parte de la **COMPAÑÍA**, ya que un deportista se expone a circunstancias extremas en las cuales puede presentar cuadros convulsivos no relacionados a epilepsia y deberán ser cubiertos.

Las terapias de electrochoques sólo serán autorizadas para los deportistas de alto rendimiento, y sólo a consecuencia del tratamiento de padecimiento preexistente y que en su mayoría se encontraran relacionados con trastornos neurológicos y episodios de epilepsia.

COBERTURAS SIN PERÍODO DE ESPERA.

A) ACCIDENTES

Es la acción, violenta, súbita y fortuita de una fuerza externa ajena a la voluntad del ASEGURADO y que le origine en forma directa lesiones corporales que ameriten tratamiento quirúrgico o atención médica inmediata, considerando también aquellos tratamientos quirúrgicos dentro de los 10 días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente.

Se entiende por tratamiento quirúrgico, todo procedimiento y/o intervención quirúrgica realizada por médicos certificados en la materia (cirugía en cualquiera de sus especialidades y subespecialidades), cuyo fin único será dar solución definitiva a una lesión o padecimiento derivado de la práctica deportiva.

No se considerará tratamiento quirúrgico la sutura de heridas o la corrección estética de alguna afección.

Esta cobertura operara para asegurados como se indica:

- Deportistas participantes de 8 a 24 años de edad.
- Entrenadores de 24 a 65 años de edad
- Cuerpo multidisciplinario de 24 a 55 años de edad.

ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE

La **COMPAÑÍA** confirmará a la entrega de cotización que cuenta con hospitales de red suficientes de segundo y tercer nivel de atención (especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas) para poder atender a los ASEGURADOS lesionados o con requerimiento de atención médica por una urgencia médica.

Se cubrirán las enfermedades detalladas a continuación, siempre y cuando sus primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento, se presente dentro del periodo asegurado.

ATENCIÓN MÉDICA EN FASE AGUDA PARA ASEGURADOS “ALTERACIÓN DE LA SALUD”

Para esta cobertura la **COMPAÑÍA** considerará a todos los médicos de staff o de base de los hospitales de red cercanos a la sede, para cubrir el requerimiento médico, incluyendo consultas médicas para atender el requerimiento médico en fase aguda, resultado de un accidente o por una alteración de la salud de las enfermedades cubiertas y que a continuación se mencionan.

ENFERMEDADES CUBIERTAS Y ALTERACIONES DE A SALUD

A) APENDICITIS.

Es la presencia de un proceso infeccioso a nivel apendicular del intestino delgado que por su severidad y manifestación clínica requiere de la extirpación quirúrgica.

B) NEUMONÍA.

Es la infección a nivel pulmonar que se manifiesta por evidencia clínica de la enfermedad y se corrobora por cambios radiológicos. se requiere una estancia hospitalaria superior a 48 horas. para proceder al pago de la indemnización, en adición a los documentos requeridos, se deberá incluir copia del resultado de los estudios radiológicos donde se evidencie la evolución de la enfermedad.

C) PANCREATÍTIS AGUDA.

Cuadro inflamatorio del páncreas de al menos 48 horas de evolución, ocasionado por obstrucción del conducto pancreático. Para proceder al pago se requiere tratamiento médico hospitalario superior a 48 horas o bien tratamiento quirúrgico.

D) LITIASIS VESICULAR Y RENOURETERAL

Es la presencia de cálculos en los conductos biliares o en la vesícula biliar y/o en vías renoureterales, que condiciona obstrucción y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y/o en los conductos biliares y/o de las vías renoureterales. Está cubierta la cirugía de extirpación de los cálculos y para proceder al pago de la indemnización se requerirá incluir estudio histopatológico de los mismos.

E) HERNIA INGUINAL POR ESFUERZO

Es la protrusión de una parte a través de la pared que lo rodea. Para proceder al pago se deberá adjuntar copia del reporte quirúrgico a los documentos requeridos.

Los periodos de espera que se mencionan en esta cláusula no tendrán efecto a la renovación del contrato de seguro, siempre y cuando el ASEGURADO mantenga su cobertura de forma continua e ininterrumpida.

F) CEFALEA RESISTENTE A MANEJO BASICO

La cefalea que se presente de forma súbita, intensa y progresiva, sin respuesta al manejo de primer contacto en el área médica de las instalaciones de entrenamiento o de los albergues de la CONADE, deberá ser cubierta como una urgencia en el hospital de red más cercano.

EXCLUSIONES

Esta cobertura opcional adicional no ampara y por consiguiente la indemnización no será pagada como consecuencia de:

- a) **Enfermedades no cubiertas en forma explícita por este contrato de seguro.**
- b) **cualquier accidente fuera de la competencia “olimpiada y para olimpiada nacional” y todo padecimiento que sea consecuencia directa del mismo, con excepción de lo indicado para accidentes cubiertos.**
- c) **Enfermedades preexistentes**

- d) Enfermedades que aun cuando estén cubiertas no ameritaron tratamiento hospitalario.**
- e) Padecimientos o accidentes originados como consecuencia de un intento de suicidio.**
- f) Enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).**
- g) Enfermedades congénitas.**

“Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra COMPAÑÍA ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 41618600 o 92000000 ext. 61656, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite www.vepormas.com.; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y en el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@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 16 de Mayo de 2019, con el número PPAQ-S0016-0037-2019”.