GMMULTIVA®

"SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR"

CONDICIONES GENERALES

GASTOS MÉDICOS MAYORES

OCTUBRE 2014

ÍNDICE

1 DEFINICIONES **9**

1.1 Accidente 9

1.2 Accidente Cubierto 9

1.3 Agente de Seguros 9

1.4 Antigüedad 9

1.5 Aparatos Ortopédicos: 9

1.6 Asegurado 9

1.7 Asegurado Dependiente Económico 9

1.8 Asegurado Titular 10

1.9 Beneficiario 10

1.10 Carátula de la póliza 10

1.11 Coaseguro 10

1.12 Concubina (rio) 10

1.13 Contratante: 10

1.14 Consulta Médica Post-Operatoria 10

1.15 Cuarto Privado Suite 10

1.16 Culpa Grave 10

1.17 Deducible 11

1.18 Emergencia Médica 11

1.19 Endoso 11

1.20 Enfermedad Cubierta 11

1.21 Enfermedad 11

1.22 Enfermera 11

1.23 Evento 12

1.24 Exclusiones 12

1.25 Extraprima 12
1.26 Honorario Médico y/o Quirúrgico 12
1.27 Hospital 12
1.28 Hospitalización 12
1.29 Indemnización 12
1.30 La Compañía 12
1.31 Lugar de Residencia 12
1.32 Medicamento 13
1.33 Médico 13
1.34 Médico Tratante 13
1.35 Enfermedad Congénita 13
1.36 Preexistencia 13
1.37 Pago Directo: 14
1.38 Periodo al Descubierto: 14
1.39 Periodo de Espera 14
1.40 Prima 14
1.41 Programación de Cirugía 14
1.42 Prótesis 14
1.43 Rafting 14
1.44 Reclamación 15
1.45 Reducción de periodos de espera 15
1.46 Red Hospitalaria 15
1.47 Red Médica 15
1.48 Red de Prestadores de Servicios: 15
1.49 Reembolso 15
1.50 Reinstalación de Suma Asegurada 15

1.51 Renovación de la Póliza 15

1.52 Segunda Opinión Médica 16

1.53 Signo 16

1.54 Siniestro 16

1.55 Síntoma 16

1.56 Solicitud 16

1. 57 Stent 16

1.58 Suma Asegurada 16

1.59 Tabla de Honorarios Quirúrgicos 16

1.60 Tarjeta de Identificación de la Póliza 17

1.61 Vigencia 17

2 CLÁUSULAS GENERALES 18

2.1 Objeto del Seguro 18

2.2 Contrato 18

2.3 Periodo de Beneficio 18

2.4 Renovación garantizada 19

2.5 Cancelación y Rescisión 19

2.6 Rehabilitación de la Póliza 20

2.7 Edad 20

2.8 Agravación del Riesgo 21

2.9 Deportes Peligrosos 22

2.10 Residencia 22

2.11 Ocupación 22

2.12 Movimiento de Asegurados 23

2.13 Ajustes de Prima 23

2.14 Prima 23

2.15 Plazo de Pago de la Prima o Periodo de Gracia 24
2.16 Forma de Pago de la Prima 24
2.17 Lugar de Pago de la Prima 24
2.18 Comisiones 24
2.19 Notificaciones y/o Comunicaciones 25
2.20 Rectificaciones 25
2.21 Modificaciones 25
2.22 Omisiones o Inexactas Declaraciones 25
2.23 Moneda 26
2.24 Intereses Moratorios 26
2.25 Subrogación de Derechos 27
2.26 Arbitraje Médico 27
2.27 Prescripción 28
2.28 Responsabilidad de Terceros 28
2.29 Competencia 28
2.30 Régimen Fiscal 28
2.31 Inicio y Fin de vigencia 28
2.32 Beneficio Fiscal 29
2.33 Pago de Indemnizaciones por Siniestro 29
2.34 Coaseguro por Niveles Hospitalarios 34
3 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS 34
3.1 Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos 34
3.2 Honorarios por Consultas Médicas 35
3.3 Gastos Hospitalarios 36
3.4 Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos 36
3.5 Honorarios de Enfermeras Fuera del Hospital 36

3.6 Medicamentos Fuera del Hospital 36

3.7 Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital 36

3.8 Renta de Equipo Tipo Hospital 36

3.9 Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis 37

3.10 Uso de Ambulancia 37

3.11 Tratamientos Dentales 37

3.12 Gastos por Donación de Órganos al Asegurado 38

3.13 Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio 38

3.14 Cobertura de Maternidad 38

3.15 Padecimientos Congénitos y Prematurez 39

3.16 Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas 40

3.17 Circuncisión 40

3.18 Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular 40

3.19 Enfermedades Preexistentes Declarados 40

3.20 Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales 41

3.21 Emergencia Médica en el Extranjero 42

3.22 Segunda Opinión Médica 42

3.23 Cirugía Plástica Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente 42

3.24 Enfermedades con Período de Espera 43

4 SERVICIOS DE ASISTENCIA AL VIAJERO 43

4.1 Exclusiones de la asistencia 45

5 EXCLUSIONES 45

5.1 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES 46

5.1.1 Tratamientos Estéticos 46

5.1.2 Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas 46

5.1.3 Tratamientos Dentales 47

5.1.4 Tratamientos Relacionados con la Fertilidad 47

5.1.5 Tratamientos Relacionados con el Embarazo 47

5.1.6 Revisiones de Rutina 47

5.1.7 Intento de Suicidio 48

5.1.8 Adicciones 48

5.1.9 Compra de Aparatos de Rehabilitación y Prótesis 48

5.1.10 SIDA 48

5.1.11 Medicina Alternativa 48

5.1.12 Gastos de Honorarios Médicos de Familiares 48

5.1.13 Gastos del Acompañante 48

5.1.14 Gastos Menores o iguales al Deducible 49

5.1.15 Otros Gastos No Cubiertos 49

6 COBERTURAS ESPECIALES OTORGADAS EN HOSPITALES DEL GRUPO ANGELES 49

6.1 Coaseguro 49

6.2 Paquete de Admisión 50

6.3 Medicamentos necesarios para evitar complicaciones de enfermedades o accidentes cubiertos. 50

6.4 Emergencias por complicaciones derivadas de tratamientos o cirugías no cubiertas 50

6.5 Complicaciones del Embarazo Adicionales 51

7 HONORARIOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS 51

8 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO 52

9 BENEFICIOS ADICIONALES (con costo) 52

9.1 Cobertura Internacional 52

9.2 Eliminación de Deducible y Coaseguro en Accidente 52

9.3 Disminución de Coaseguro en Enfermedad 52

9.4 Ayuda Diaria por Hospitalización 53

9.5 Multi-Región 53

9.6 Gastos Funerarios 53

9.7 Protección Continua 54

9.8 Enfermedades Graves 54

9.8.1 CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA 56

9.8.2 *EXCLUSIONES DE ESTA COBERTURA* *57*

Anexo I 59

1 DEFINICIONES

1.1 Accidente

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

1.2 Accidente Cubierto

Aquel acontecimiento que se presente durante el período de cobertura y provenga de una causa externa, fortuita, súbita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado que requieran atención médica o causen su muerte, siempre que estas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente, y se originen durante el periodo de la vigencia de la póliza. No se considerará como accidente cubierto, a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado. Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento. Transcurridos los 90 días se considerará como enfermedad.

1.3 Agente de Seguros

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

1.4 Antigüedad

Es el tiempo que el asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores con esta u otra Aseguradora, siempre y cuando sea reconocida por la Compañía expresamente al momento de la contratación del seguro.

1.5 Aparatos Ortopédicos:

Son aquellos aparatos para corregir, ayudar o reemplazar, de forma parcial o total, un órgano o una función. Los miembros artificiales son aparatos ortopédicos.

1.6 Asegurado

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

1. Asegurado Titular o contratante (persona física)
2. Asegurado Dependiente Económico del asegurado titular.

1.7 Asegurado Dependiente Económico

Cónyuge, concubina o concubinario, hijos, padres del asegurado titular o familiares del asegurado titular siempre y cuando exista un interés asegurable a plena satisfacción de La Compañía y haya sido aceptado por esta última para tener derecho a los beneficios que otorga el presente contrato.

1.8 Asegurado Titular

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

1.9 Beneficiario

Persona física designada por el contratante o asegurado titular con el derecho a recibir las indemnizaciones procedentes objeto de la cobertura de la póliza.

1.10 Carátula de la póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

1.11 Coaseguro

Es el porcentaje establecido en la carátula de la póliza y que corresponde a la participación del Asegurado sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible correspondiente de la póliza. En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro, estará indicada en la carátula de la póliza.

1.12 Concubina (rio)

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

1.13 Contratante:

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

1.14 Consulta Médica Post-Operatoria

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

1.15 Cuarto Privado Suite

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

1.16 Culpa Grave

Toda acción u omisión cometida por el Asegurado sin el mínimo cuidado requerido o negligencia.

1.17 Deducible

Es la cantidad fija establecida en la carátula de la póliza que el Asegurado tendrá que cubrir cada vez que se presente una reclamación por enfermedad o accidente cubierto. Dicha cantidad se cubrirá al inicio de la reclamación del siniestro.

1.18 Emergencia Médica

Se entiende por emergencia médica, todo problema médico-quirúrgico agudo, que requiera atención médica inmediata y ponga en peligro la vida, sus órganos o cualquier función del Asegurado. Es necesario que el paciente sea atendido en el área de Urgencias de un hospital.

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

1.19 Endoso

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

1.20 Enfermedad Cubierta

Se entenderá por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la vigencia de la póliza y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

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

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

Las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

1.21 Enfermedad

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

1.22 Enfermera

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

1.23 Evento

Se entenderá por evento a un accidente o enfermedad.

1.24 Exclusiones

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

1.25 Extraprima

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a la Compañía, por cubrir un riesgo agravado en razón de sus actividades, hábitos, costumbres o estado de salud al momento de contratar la póliza.

1.26 Honorario Médico y/o Quirúrgico

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

1.27 Hospital

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

1.28 Hospitalización

Internación continúa mayor a 24 horas del Asegurado en un centro hospitalario en caso de siniestro. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

1.29 Indemnización

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

1.30 La Compañía

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

1.31 Lugar de Residencia

Domicilio declarado en la solicitud por el Asegurado Titular.

1.32 Medicamento

Es uno o más sustancias, integrados en una fórmula, destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos. Su utilidad se prevé en la indicación terapéutica del fabricante y se utilizan bajo la prescripción del médico tratante y que estén relacionados con la enfermedad, padecimiento o accidente cubierto.

1.33 Médico

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser médico general o médico especialista, en este caso deberá tener el certificado vigente por el consejo de la especialidad correspondiente.

1.34 Médico Tratante

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

1.35 Enfermedad Congénita

Aquellas enfermedades o malformaciones que se originan durante el período de gestación y se manifiestan al nacimiento.
El conjunto de alteraciones que dan origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

1.36 Preexistencia

Se refiere a aquellas enfermedades que cumplan lo siguiente:

• *Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la preexistencia de dicho enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.*

• *Cuando La Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.*

• *Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.*

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

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no se le aplicará la Cláusula de preexistencia respecto de enfermedad alguna relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

1.37 Pago Directo:

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al hospital y/o al médico con el cual se ha celebrado convenio, por servicios médicos prestados a los Asegurados de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la cobertura reclamada.

1.38 Periodo al Descubierto:

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato. Se genera por falta de pago de primas, o bien por no haber solicitado en tiempo la renovación del contrato de seguro.

1.39 Periodo de Espera

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

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

1.40 Prima

Es la contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante a favor de la Compañía, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según se establezca en la Póliza.

1.41 Programación de Cirugía

Autorización previa al internamiento que el Asegurado tramita para el pago directo de la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico.

1.42 Prótesis

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar total o parcialmente algún órgano o miembro del cuerpo humano.

1.43 Rafting

Actividad deportiva y recreativa que consiste en recorrer el cauce de ríos en la dirección de la corriente (río abajo), por lo general sobre algún tipo de embarcación o balsa.

1.44 Reclamación

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

1.45 Reducción de periodos de espera

Es el beneficio que otorga La Compañía con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura ininterrumpida en ésta u otra compañía, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de las enfermedades cubiertas.

1.46 Red Hospitalaria

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

1.47 Red Médica

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

1.48 Red de Prestadores de Servicios:

Es el conjunto de clínicas, laboratorios, gabinetes y farmacias con los que La Compañía mantiene convenio de pago directo, que está a disposición de los Asegurados que así lo deseen.

1.49 Reembolso

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

1.50 Reinstalación de Suma Asegurada

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

1.51 Renovación de la Póliza

Acto jurídico por el cual La Compañía realiza la emisión de la póliza por otro periodo consecutivo.

1.52 Segunda Opinión Médica

Opinión requerida por el Asegurado o por La Compañía para corroborar un diagnóstico médico, el cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que serán designados por La Compañía.

1.53 Signo

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

1.54 Siniestro

Eventualidad prevista en el contrato.

1.55 Síntoma

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

1.56 Solicitud

Documento mediante el cual el solicitante da a conocer y declara a La Compañía la información necesaria para la evaluación del riesgo y sus necesidades de cobertura. Dicho documento sirve como base para la emisión de la póliza, forma parte integrante del contrato y es prueba de la celebración del mismo.

1.57 Stent

Cánula o un dispositivo con forma cilíndrica o tubular de uso endoluminal, generalmente endovascular, y que se coloca en el interior de una estructura anatómica o conducto corporal para mantenerlo permeable o evitar su colapso luego de su dilatación, desobstrucción o liberación quirúrgica.

1.58 Suma Asegurada

Es la cantidad máxima de responsabilidad de La Compañía por cada Asegurado para cada cobertura contratada con base en las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes, aplicable para cada enfermedad o accidente cubierto.

1.59 Tabla de Honorarios Quirúrgicos

Relación de diferentes procedimientos médicos y quirúrgicos con base en un porcentaje conforme a lo estipulado en la carátula de la póliza, en el cual se especifica el máximo a pagar por La Compañía para cada uno de éstos.

1.60 Tarjeta de Identificación de la Póliza

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

1.61 Vigencia

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

2 CLÁUSULAS GENERALES

2.1 Objeto del Seguro

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurriere en cualesquiera de los gastos cubiertos por la póliza y enumerados más adelante, La Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando el evento ocurra durante el periodo de cobertura y cuando la póliza se encuentre en vigor y las enfermedades cumplan con lo convenido en estas condiciones generales, finalizando la obligación según lo indicado en la cláusula Periodo de Beneficio.

2.2 Contrato

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, el examen médico, las condiciones generales, la carátula de la póliza, la tabla de honorarios quirúrgicos y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio y prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía. La Compañía se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinadas enfermedades que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación o residencia.

2.3 Periodo de Beneficio

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

a) El agotamiento de la suma asegurada.

b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.

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

Cuando el asegurado solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

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

Si la póliza se cancela de forma anticipada a petición expresa del contratante o en caso de baja de algún Asegurado:

- ***No se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación o baja de la póliza, por lo que se termina la cobertura.***

Si la póliza se cancela por falta de pago:

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

Y sólo en caso de que el Asegurado esté recibiendo algún tipo de atención médica cubierta por la póliza al momento de la cancelación de la misma, en cuyo caso, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, agotamiento de la suma asegurada o por 30 días naturales adicionales a partir de la fecha de cancelación, lo que ocurra prime

2.4 Renovación garantizada

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

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

Los gastos incurridos se cubrirán en base a las condiciones del plan que tenía contratado al momento del primer gasto por la atención de la enfermedad o accidente.

Se informará al contratante, con al menos 30 días hábiles de anticipación, el valor de la prima deducible y coaseguro aplicable a la misma.

2.5 Cancelación y Rescisión

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

a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante. En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá el 60% de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento. En este caso, la prima no devengada se devolverá al contratante en un término de 10 días hábiles, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario.

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

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

2.6 Rehabilitación de la Póliza

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

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

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

c) La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Asegurado propuesto la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a 15 días a partir de la solicitud de rehabilitación por parte del Asegurado propuesto, si pasado este lapso la Compañía no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación.
Este contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Contratante o Asegurado propuesto haber aceptado la propuesta de rehabilitación.

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

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato no ampara los siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre la fecha en que este contrato hubiere cesado sus efectos y 30 días naturales posteriores la fecha de rehabilitación del mismo, con excepción de accidentes cubiertos y emergencias médicas cubiertas, las cuales serán procedentes desde la fecha de rehabilitación a menos que se trate de padecimientos preexistentes.

2.7 Edad

Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta los 69 años. El Asegurado podrá contar con renovación de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Renovación garantizada.

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

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

• Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, La Compañía devolverá al Contratante el 60% de la prima neta que hubiese pagado en exceso, calculada a partir de la fecha en la que La Compañía tenga conocimiento. El nuevo monto de la prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

• Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, La Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato. (Artículo 161 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

2.8 Agravación del Riesgo

Para efectos de este contrato, se entenderá como Agravación de Riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, incrementando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo. Una agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta Póliza, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

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

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

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

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

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

2.9 Deportes Peligrosos

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur y ocasional (practica no profesional) de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos, es decir que no recibe remuneración o beneficios materiales a cambio de dicha práctica.

Adicional a las Exclusiones Generales y a la sección Agravación del Riesgo, los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales no estarán cubiertas,
Se continuará requiriendo cuestionario para charrería y motociclismo.

2.10 Residencia

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

En caso de que alguno de los Asegurados radique por más de 3 meses fuera del territorio nacional, deberá notificarlo por escrito a La Compañía dentro de los siguientes 5 días a partir de dicho periodo, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos Asegurados. En caso de no hacerlo se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro.
La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de residencia, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de residencia, si La Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y La Compañía devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.
Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente al nuevo lugar de residencia, o bien, excluirá los accidentes relacionados a la nueva residencia.

En caso de aceptación de la Compañía a continuar el periodo de cobertura por cambio de residencia, la Compañía se reserva el derecho de aceptar la renovación de la Pólizadebido a la agravación del riesgo.

2.11 Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, lo deberá comunicar a La Compañía por escrito, dentro de los 15 días naturales siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos Asegurados. En caso de no hacerlo se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro.
La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de ocupación, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de ocupación, si La Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.
Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá los accidentes de la nueva ocupación.

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

2.12 Movimiento de Asegurados

Altas

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

• Se podrán asegurar a los hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, quedando cubiertos desde su nacimiento en forma automática y sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando la madre asegurada cuente con 10 meses continuos de cobertura al momento del nacimiento y sea notificado a la Compañía dentro de los primeros 30 días naturales después del nacimiento, presentando el Acta de Nacimiento correspondiente. Si no lo hiciere así, la aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y la cobertura entrará en vigor hasta el momento de la aceptación por escrito de La Compañía.

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

Bajas

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

2.13 Ajustes de Prima

En caso de alta de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, La Compañía, de ser necesario, cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente.
En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al Contratante el 60% de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza correspondiente a dicho Asegurado y/o movimiento, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

2.14 Prima

La prima total vence al momento del inicio de vigencia del contrato, y las primas fraccionadas al inicio de vigencia del recibo correspondiente. La prima total de la póliza es la suma de las primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza.
En cada renovación, la prima se determinará por cada uno de los Asegurados y el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima. El cálculo de la tarifa en vigor se realiza conforme al procedimiento descrito en la correspondiente Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.15 Plazo de Pago de la Prima o Periodo de Gracia

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

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

Si no hubiere sido pagado el total de la prima o la primera fracción pactada, en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.
En caso de siniestro, si la póliza está dentro del periodo de gracia y aún no se ha pagado la prima, La Compañía deducirá de la indemnización pagadera el total de la prima pendiente de pago.

2.16 Forma de Pago de la Prima

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

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

2.17 Lugar de Pago de la prima

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios como pudiera ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de la realización de dicho pago.

2.18 Comisiones

En cualquier momento durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía, le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.
La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

2.19 Notificaciones y/o Comunicaciones

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de La Compañía, señalado en la carátula de la póliza. En los casos en que el domicilio de La Compañía llegare a ser diferente del que conste en la carátula de la póliza, La Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.
Los requerimientos y/o comunicaciones que La Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del mismo que ésta conozca.

2.20 Rectificaciones

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

2.21 Modificaciones

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

2.22 Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato para el(los) Asegurado(s) de que se trate(n), aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

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

2.23 Moneda

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

2.24 Intereses Moratorios

Si La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones bajo este contrato, deberá pagar al Asegurado o Beneficiarios, según corresponda, una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de conformidad con lo siguiente:

Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

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

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

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

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

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

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

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

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

2.25 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.

2.26 Arbitraje Médico

Si existiere controversia entre el Asegurado y La Compañía por el concepto de preexistencia definido en las presentes condiciones generales, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje médico. La Compañía sugiere que el Asegurado acuda a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para que la misma actué como instancia mediadora.
El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

2.27 Prescripción

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

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

2.28 Responsabilidad de Terceros

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

2.29 Competencia

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

El asegurado podrá hacer valer sus derechos objeto de esta póliza en caso de controversia y a elección del mismo, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación.

2.30 Régimen Fiscal

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

2.31 Inicio y Fin de vigencia

La vigencia de esta póliza inicia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de la misma.

2.32 Beneficio Fiscal

Las primas por seguros de gastos médicos constituyen deducciones personales para el asegurado, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

2.33 Pago de Indemnizaciones por Siniestro

Es obligación del Contratante, Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a La Compañía la reclamación en caso de haberse presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros 5 días siguientes a la fecha de la atención médica, para casos dentro de la República Mexicana. Para reclamaciones fuera del territorio nacional, el Asegurado deberá contactar a la administradora de reclamos de La Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia en el extranjero debe ser notificado dentro de los 5 (cinco) días siguientes al inicio del tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

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

A. Protección por vía Pago Directo, sección I. Cirugía Programada Dentro de los hospitales y/o médicos de convenio y II. Cirugía No Programada Dentro de los hospitales y/o médicos de convenio:

Para este trámite, es necesario presentar la información requerida por la Compañía incluyendo Informe Médico (formato llenado y firmado por cada uno de los médicos tratantes), Aviso de Accidente o Enfermedad (formato llenado por Contratante o Asegurado), Historia Clínica, Estudios de Laboratorio o Gabinete que sustenten Diagnóstico Médico, Identificación Oficial Vigente y Comprobantes de Pago (Facturas, Recibos de Honorarios, etc.) que deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes.

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

B. Protección por vía Reembolso:

Para este trámite, es necesario presentar debidamente requisitada la información incluyendo Informe Médico (formato llenado y firmado por cada uno de los médicos tratantes), Aviso de Accidente o Enfermedad (formato llenado por Contratante o Asegurado), Historia Clínica, Estudios de Laboratorio o Gabinete que sustenten Diagnóstico Médico, Identificación Oficial Vigente y Comprobantes de Pago (Facturas, Recibos, Recibos de Honorarios) a nombre del Asegurado o Contratante que deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes y acompañados de recetas expedidas por Médico tratante.

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

Una vez recibidos todos los documentos e información que permitan a la Compañía conocer el fundamento de la reclamación y dictaminar la procedencia de la indemnización, ésta deberá ser liquidada en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que La Compañía haya recibido la última documentación. Todo lo anterior se determinará con base en lo estipulado en la carátula de la póliza, condiciones generales y los endosos respectivos.

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

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad cubierta por este contrato, el Asegurado tendrá como obligación el liquidar el deducible y coaseguro contratados conforme a la enfermedad cubierta de que se trate y de la vía de protección utilizada, especificado en esta cláusula, los cuales se descontarán de la indemnización pagadera. No aplicará el deducible citado anteriormente para aquellos gastos complementarios que se realicen por alguna reclamación ya aceptada y pagada y por la cual ya se hubiere cubierto el deducible correspondiente.

Los Asegurados están en libertad de escoger las instituciones hospitalarias y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta póliza; en la inteligencia de que los costos que asume La Compañía serán en apego a las condiciones de la presente póliza.

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

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

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso realizará el pago de reclamaciones si no se cumplen los requisitos mencionados en el contrato. En caso de no cumplirse estos requisitos La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación.

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

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

Las vías de protección previstas para el presente seguro son:

A. Protección por vía Pago Directo

La Protección por vía Pago Directo procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el Asegurado requiera atención médica o ingrese a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica y Hospitalaria.
Lo anterior es válido si la póliza está en vigor y no se encuentra en su periodo de gracia.

I. Cirugía Programada Dentro de los hospitales y/o médicos de convenio.

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

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

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

II. Cirugía No Programada Dentro de los hospitales y/o médicos de convenio.

Trámite.- Si el Asegurado al momento de ingresar al hospital con el que La Compañía tenga celebrado convenio y (sin previo aviso a La Compañía) presenta en el área de Admisión al ingresar al hospital su tarjeta de identificación de la póliza que lo acredita como Asegurado de La Compañía junto con una identificación oficial vigente con fotografía, deberá cubrir el importe por concepto de depósito que exige el hospital por ingreso y avisar a La Compañía inmediatamente de su ingreso.

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

La constancia podrá operar para el pago de honorarios médicos en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la red médica, sin embargo a solicitud del Asegurado se podrá trabajar con algunos médicos fuera de la red médica, siempre y cuando el médico tratante acepte el tabulador establecido por la Compañía, con la finalidad de otorgar el Pago Directo.

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

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Pago Directo.- En todo servicio que sea autorizado mediante Protección por vía Pago Directo descrito anteriormente, el Asegurado tendrá

obligación del pago del deducible contratado con un descuento de 3,000 pesos y el pago del coaseguro contratado sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital si el nivel hospitalario es el mismo o menor al contratado.

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

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

b.A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la póliza y/o endosos de la misma. El monto que así se determine por concepto de deducible y coaseguro será la participación a cargo del Asegurado.

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

Cuando el médico tratante y/o el hospital no tengan convenio celebrado con La Compañía, el pago de la indemnización se realizará a través de la Protección por vía Reembolso.

B. Protección por vía Reembolso.

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

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

• Formato de “Aviso de Accidente o Enfermedad” debidamente requisitado y con letra legible por el Contratante o Asegurado.

• Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga otro mayor de edad.

• Formato de “Informe Médico” firmado por el médico tratante anexando al informe médico, los diagnósticos y/o historia clínica. Este documento será requisitado por el(los) médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

• Facturas y/o recibos originales a nombre del Asegurado afectado o del Contratante que satisfagan los requisitos fiscales de cada uno de los gastos que se hayan hecho. Las facturas de medicamentos deberán acompañarse de la copia de la receta expedida por el médico tratante.

• Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando, por lo que cada recibo de honorarios deberá estar relacionado con un

solo concepto, como consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, entre otros. Para consultas médicas, se deberá entregar un recibo señalando el número de las consultas recibidas.

• En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

• Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, encefalograma, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.

• En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

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

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

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

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

b) A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la póliza y/o endosos de la misma. El monto que así se determine por concepto de deducible y coaseguro será la participación a cargo del Asegurado.

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

C. Accidentes

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

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

2.34 COASEGURO POR NIVELES HOSPITALARIOS

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

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

• Si el hospital pertenece a un nivel menor al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales al contratado.

• Si el hospital pertenece a un nivel más alto al contratado, el coaseguro se incrementará en 25 puntos porcentuales por cada nivel y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

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

• Si el hospital pertenece al mismo nivel o menor al contratado, el coaseguro contratado aumentará 10 puntos porcentuales al contratado y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

• Si el hospital pertenece a un nivel más alto al contratado, el coaseguro contratado se incrementará en 30 puntos porcentuales y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

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

• Si el hospital pertenece al mismo nivel o menor al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales al contratado.

• Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado, el coaseguro se incrementará en 15 puntos porcentuales por cada nivel y quedará sin efecto el tope de coaseguro.

3 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En caso de requerir tratamiento médico o quirúrgico a consecuencia de enfermedad o accidente únicamente cubiertos dentro de la República Mexicana y conforme a lo indicado en la cláusula Emergencia Médica en el Extranjero descrita posteriormente, La Compañía indemnizará, de acuerdo a la suma asegurada contratada y estipulada en la caratula de la Póliza y a sus Endosos acorde a la tabla de honorarios quirúrgicos contratada para la enfermedad o accidente de que se trate, los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

3.1 Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos

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

Los honorarios de médicos que estén en convenio con La Compañía, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.
Para los médicos que no están en convenio con La Compañía, los honorarios serán cubiertos en base a la tabla de honorarios quirúrgicos, la cual indica el máximo a pagar para cada procedimiento médico y/o quirúrgico, de modo que la cantidad máxima que se liquidará por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por el cirujano y las consultas post-operatorias dentro de los 30 días naturales siguientes a la intervención quirúrgica y/o un máximo de 4 consultas, lo que ocurra primero.

Por concepto de honorarios del anestesiólogo, La Compañía pagará hasta un máximo del 30% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.
Por concepto de honorarios de primer ayudante, La Compañía pagará hasta un máximo del 20% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Para los procedimientos quirúrgicos que requieran la intervención de un segundo ayudante y/o instrumentista, La Compañía pagará hasta un máximo del 10% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

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

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en distintas regiones anatómicas y se efectúen por cirujanos de distinta especialidad, La Compañía pagará el importe de la suma de los montos correspondientes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada procedimiento.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región anatómica y se efectúen por cirujanos de distinta especialidad, La Compañía pagará el importe de la suma de los montos correspondientes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada procedimiento.

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

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

3.2 Honorarios por Consultas Médicas

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

3.3 Gastos Hospitalarios

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

3.4 Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos

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

• Radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, diálisis, litotripsia y otros semejantes, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y necesariamente derivados del padecimiento y/o accidente cubierto.

• Transfusión de sangre, plasma, sueros y soluciones intravenosas necesarias para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto.

• Terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.

3.5 Honorarios de Enfermeras Fuera del Hospital

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

3.6 Medicamentos Fuera del Hospital

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

3.7 Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital

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

3.8 Renta de Equipo Tipo Hospital

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

3.9 Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis

Se cubrirán los gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos y prótesis, hasta por un 10% de la suma asegurada contratada o un millón de pesos, lo que resulte menor y que se requiera a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto. Únicamente en aquellos casos en los que el costo de la renta sea mayor o igual al de la compra, se podrá cubrir la compra, previa autorización de La Compañía.

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

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, la reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis ya existentes a la fecha de alta del Asegurado, salvo a consecuencia de un accidente cubierto y previa autorización de La Compañía.

3.10 Uso de Ambulancia

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

- Ambulancia terrestre ordinaria.

- Ambulancia terrestre equipada para terapia intensiva en caso de urgencia médica.

- Ambulancia aérea en caso de urgencia médica, sólo si en la localidad en donde se encuentra el Asegurado no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención.

La ambulancia aérea no se cubrirá cuando el motivo del traslado no sea por indicación médica y se cuente con la respectiva acta responsiva.

Lo anterior operará mediante la Protección por Vía Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará lo que resulte mayor del coaseguro contratado y un coaseguro del 20%, sobre el monto total de la factura del vuelo eliminando el tope de coaseguro estipulado en la carátula de la póliza.

3.11 Tratamientos Dentales

Quedan cubiertos los tratamientos dentales, maxilofaciales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, debidamente sustentados con las radiografías post-traumáticas que corroboren el daño sufrido por el accidente.

3.12 Gastos por Donación de Órganos al Asegurado

Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, La Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante por los gastos médicos realizados que sean medicamente necesarios para el trasplante hasta por un monto de 40,000 pesos siempre que el receptor sea un Asegurado de la póliza y se trate de un riesgo cubierto por la póliza. No aplica deducible ni coaseguro.

3.13 Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio

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

Con un periodo de espera de 4 meses con motivo de:

-Embarazo extrauterino.
-Embarazo molar.
-Aborto espontáneo no provocado.
-Preclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica.
-Óbito.

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

-Fiebre Puerpal.
-Placenta Acreta
-Placenta previa
-Atonía uterina.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, cualquier otra complicación del Embarazo y/o Puerperio a las mencionadas salvo en lo estipulado en las coberturas especiales otorgadas en Hospitales del Grupo Angeles. No se cubrirá ninguna complicación del embarazo cuando sea consecuencia de algún tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.

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

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

3.14 Cobertura de Maternidad

Se cubrirán los gastos correspondientes únicamente a la hospitalización y honorarios médicos inherentes al evento de parto o cesárea con un periodo de espera de 10 meses para la Asegurada. La suma asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la póliza, la cual será de:

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

No aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera. Esta cobertura aplica para cualquier Asegurada dentro de la póliza.
En caso de rehabilitación de la póliza, el periodo de espera será a partir de la fecha de rehabilitación.

Esta cobertura aplica únicamente si el deducible contratado es menor a 30,000 pesos.

3.15 Padecimientos Congénitos y Prematurez

Se cubren desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos por los padecimientos congénitos y enfermedades ocurridas al nacimiento, así como alteraciones clínicas por prematurez, únicamente cuando la madre tenga 10 meses de cobertura continuos en esta póliza sin reconocimiento de antigüedad, y siempre y cuando se haya notificado a La Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.

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

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

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

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

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

-No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

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

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, este contrato en ningún caso ampara, los padecimientos, complicaciones o prematurez del recién nacido cuando hayan sido originados por alcoholismo, drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad de alguno de los padres.

3.16 Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas

Se cubren los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, s Se cubren los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o enfermedad terminal si dicho suceso ocurrió dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando sea un psiquiatra quien diagnostique dicho tratamiento y el suceso se encuentre cubierto por las condiciones de esta póliza. Los gastos amparados para esta cobertura son:

• Honorarios del psiquiatra por un máximo de 12 consultas o los honorarios del psiquiatra durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psicológica, lo que ocurra primero.

• Los medicamentos necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psicológica.

Para esta cobertura se aplica deducible y coaseguro contratado y ampara sólo en territorio nacional.

3.17 Circuncisión

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

• Se demuestre con una patología que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo

• La madre tenga 10 meses de cobertura continua para los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, sin aplicar reconocimiento de antigüedad.

• El asegurado cuente con 12 meses de cobertura continua en esta póliza para los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, sin aplicar reconocimiento de antigüedad.

3.18 Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular

Se cubren los gastos derivados de tratamientos para miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción, siempre y cuando se demuestre mediante estudios médicos que la graduación por ojo es mayor o igual a cinco dioptrías y por cada trastorno. El tratamiento para corregir uno o ambos ojos en una misma sesión se considera como un solo evento. La suma asegurada a reembolsar por cada ojo será de hasta 10,000 pesos sin deducible ni coaseguro con periodo de espera de un año. Sin aplicar el reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.

3.19 Enfermedades Preexistentes Declarados

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

Lo anterior no aplica en los siguientes casos:

• Enfermedad coronaria, diabetes, insuficiencia renal, enfermedades de la columna vertebral, SIDA, enfermedades crónico degenerativas.

Dichas enfermedades preexistentes estarán cubiertos bajo las mismas condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro contratado, siempre y cuando exista el endoso de inclusión correspondiente.

Cualquier otro gasto derivado de enfermedades preexistentes quedará excluido y por ningún motivo se cubrirá.
No aplica el reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.

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

No aplica el reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar la cobertura de estas enfermedades al momento de realizar la selección médica de la solicitud, en la que se hayan declarado dichas enfermedades preexistentes, para lo cual, en caso de aceptarlos se emitirá el endoso de inclusión correspondiente.

3.20 Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de Nariz y/o Senos Paranasales se cubrirán con las siguientes condiciones ya sea por enfermedad y/o accidente:

• Durante el primer y segundo año de cobertura continua en esta póliza, se aplicará el deducible contratado y el coaseguro del 50% eliminando el tope de coaseguro estipulado en la carátula de la póliza.

• A partir del tercer año de cobertura continua en esta póliza, se aplicarán el deducible y coaseguro contratados y especificados en la carátula de la póliza.

Esta cobertura es sin reconocimiento de antigüedad para reducir los periodos mencionados.

Para que se aplique en esta cobertura el beneficio especial en Hospitales del Grupo Ángeles de coaseguro 0%, será necesario cumplir con una antigüedad de 3 años ininterrumpido en la póliza y se aplicará únicamente si el coaseguro contratado es menor o igual a 15%.

3.21 Emergencia Médica en el Extranjero

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

La suma asegurada será de 50,000 USD y el deducible para estos gastos será de 50 USD sin aplicación de coaseguro, mismos que se indicaran en la carátula de la póliza y La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, con base en lo estipulado en la cláusula de Moneda.

Los gastos cubiertos para esta cláusula se sujetan únicamente a los siguientes conceptos definidos anteriormente y son:

- Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos
- Gastos Hospitalarios
- Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos
- Cirugía Plástica Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente
- Renta de Aparatos Ortopédicosy Prótesis
- Medicamentos Fuera del Hospital
- Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital
- Uso de Ambulancia

No se ampara:

- ***Los gastos y conceptos que se encuentran estipulados en la sección de exclusiones de estas condiciones generales.***
- ***Tratamientos que no sean catalogados como de emergencia, porque no ponen en peligro la vida del Asegurado ni la viabilidad de algún órgano.***
- ***Los gastos por Parto o Cesárea.***
- ***Las enfermedades preexistentes ni sus complicaciones, salvo que se encuentre cubierta mediante endoso.***
- ***Enfermería fuera del hospital.***
- ***Cirugías previamente programadas.***

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

3.22 Segunda Opinión Médica

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

3.23 Cirugía Plástica Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente

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

3.24 Enfermedades con Período de Espera

Conforme a la definición correspondiente, las siguientes enfermedades se cubrirán una vez transcurrido el período de espera de un año, aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera:

- ***Colecistitis.***
- ***Insuficiencia venosa.***
- ***Cataratas.***
- ***Litiasis.***
- ***Enfermedades ácido-pépticas.***
- ***Circuncisión para los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.***
- ***Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular.***

A partir de dos años de periodo de espera se cubrirán, aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera:

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

A partir de cuatro años de periodo de espera se cubrirá la siguiente enfermedad y sus complicaciones, sin embargo no aplica reconocimiento de antigüedad:

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

4 SERVICIOS DE ASISTENCIA AL VIAJERO

Tiene a su disponibilidad los servicios de asistencia cuando se encuentre viajando, por motivos de negocios o placer, a 150 km. o más de su residencia legal o en otro país cubriéndose únicamente los primeros 90 días consecutivos de viaje. En cualquier momento en que los Asegurados se encuentren viajando y sufra una emergencia médica o personal, usted puede comunicarse a nuestro Centro de Operaciones que están disponibles las 24 horas del día, los 365 días del año.

Contará con:

- Una red global de médicos altamente calificados
- Un centro de operaciones capacitado para responder en cualquier parte del mundo

• Proveedores de servicio de ambulancias aéreas y terrestres
• Profesionales en la gestión de crisis

Es muy importante que lleve siempre con usted su tarjeta de identificación para que pueda usar los servicios de asistencia cuando los necesite.

Mientras viajan, los Asegurados están sujetos a las condiciones generales de la póliza y todos los gastos médicos deberán ser dirigidos al plan del seguro contratado. Sin embargo, cuenta para la asistencia en viaje cuenta con los siguientes servicios principales:

• Referencia Médica y Hospitalaria apropiada en cualquier parte del mundo
• Garantía de Admisión al Hospital mientras viaja: Se asiste al Asegurado con el ingreso al hospital de manera que el Asegurado será ingresado rápidamente
• Traslado Médico de Emergencia: Cuando no existan los centros médicos adecuados en el lugar donde el Asegurado se encuentre, se podrá utilizar el método de transporte, equipo y personal necesario para trasladar al participante Asegurado al centro más cercano capaz de proporcionar la atención médica apropiada.
• Monitoreo Médico: El personal médico de asistencia se mantendrá en comunicación constante con el médico que atiende el caso y con el hospital, luego transmitirá la información necesaria a la familia o al Contratante.
• Repatriación Médica: Una vez que la condición médica del Asegurado se considere estable según lo determine un médico de La Compañía y el médico que atiende el caso, harán los arreglos necesarios para transportarlo de regreso a su domicilio o a un centro de rehabilitación. La repatriación se hará bajo constante supervisión médica y únicamente cuando sea médicamente necesario.
• Asistencia de Medicamentos: Si el Asegurado pierde u olvida su medicamento recetado mientras está de viaje, se le brindarán los servicios de asistencia a efecto de que este puede reponer o reemplazar dicho medicamento, sin embargo el costo del medicamento será cubierto por el Asegurado.
• Trasmisión de Mensajes Urgentes: El Asegurado podrá recibir y enviar mensajes de emergencia permitidos por la ley entre el Asegurado y su familia mientras se encuentre de viaje.
• Transporte para Reunirse con un Paciente: Si un Asegurado está viajando solo y requiere ser hospitalizado por más de siete días, tan pronto como se determine esto, se proporcionará un boleto de transporte en clase turista hasta el lugar de la hospitalización, para una persona elegida por el Asegurado.
• Cuidados para Menores de Edad: Si algún menor de edad queda desatendido como resultado de una emergencia médica del Asegurado, se proporcionará transporte en clase económica de regreso a su domicilio, con acompañantes calificado si fuera necesario.
• Traslado de Restos Mortales: En caso del fallecimiento del Asegurado, se asistirá con la logística y el costo para transportar los restos mortales al lugar de entierro. Incluyendo la localización de una funeraria, morgue o centro de disposición para la preparación del cadáver para su transporte, así como la tramitación de toda la documentación.
• Asistencia de Equipaje y Documentos Perdidos: la asistencia también ayudará a localizar y recuperar el equipaje y documentos personales perdidos.
• Referencia Legal y de Intérprete: Los Asegurados pueden comunicarse a nuestros teléfonos para obtener
información de contacto para intérpretes o abogados en el lugar donde se encuentren.

4.1 EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA

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

No se trasladará o repatriará a un Asegurado sin autorización médica ni por los siguientes casos:

• Por lesiones leves, tales como torceduras, fracturas simples, o enfermedades leves que puedan ser tratadas por médicos locales y que no impidan que el participante asegurado continúe su viaje o regrese a su hogar
• Por un embarazo de más de seis meses
• Por trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado

No se prestará servicios en los siguientes casos:

• Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico
• Intento de suicidio
• Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones
• Si se comete un acto ilegal
• Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que estas sean recetadas por un médico
• Traslado del participante asegurado de una instalación médica a otra con servicios similares y que proporcione el mismo nivel de cuidado médico.
• El tiempo que exceda de los 90 días consecutivos de viaje.
• Por demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplos no limitativos a, condiciones climatológicas, disponibilidad de eropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

5 EXCLUSIONES

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

Participación directa del Asegurado en las siguientes actividades:
• Actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución y rebelión.
• Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable.
• Riñas cuando el Asegurado sea el provocador.
• Aviación en calidad de tripulante, mecánico en vuelos no comerciales. Esto es, que si el Asegurado viaja en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público previamente establecido y aprobado por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, si procederá el pago correspondiente.
• Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en competencias, entrenamientos, en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto, copiloto, ayudante, mecánico o pasajero.
• Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, a menos que el vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales.

En los casos en que sea declarado el vehículo en la solicitud se someterá a revisión por La Compañía y esta última determinará si asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente. Además por ninguna causa, se cubrirán los gastos derivados de accidentes cuando el Asegurado participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
•La práctica profesional de cualquier deporte, excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.
•Prácticas de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados "extremos", aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional, así como actividades peligrosas.
• Para efectos del presente contrato, se entenderá como deporte "extremo" a toda aquella actividad física que implique una real o aparente peligrosidad por las condiciones de dificultad, velocidad, altura o esfuerzo físico que se requiera para su ejecución.
•Para efectos del presente contrato, se entenderá como actividad peligrosa a cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limita a: Deportes de aviación, deportes en balsas o canoas en aguas rápidas que excedan grado 5, competencias de velocidad, buceo a una profundidad de más de 30 metros, "bungee jumping".

5.1 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en la Cobertura de Padecimientos Preexistentes Declarados.

5.1.1 Tratamientos Estéticos

Se consideran tratamientos estéticos:

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

5.1.2 Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas

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

• Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso,

problemas psicológicos, psicomotores, trastornos de lenguaje o de aprendizaje, de conducta, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas.
• Síndrome de fatiga crónica.
• Disfunción sexual, incluyendo la eréctil o impotencia sexual.

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o enfermedad terminal, ocurridos durante la vigencia de la póliza.

5.1.3 Tratamientos Dentales

Se excluyen los siguientes tratamientos:

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

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos que se requieran a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.

5.1.4 Tratamientos Relacionados con la Fertilidad

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

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

5.1.5 Tratamientos Relacionados con el Embarazo

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

• Abortos punibles.
• Partos anormales.
• Legrados punibles.
• Consultas prenatales, ultrasonidos obstétricos, cultivos vaginales en el embarazo y estudios de laboratorio para la comprobación de la salud durante el embarazo.

5.1.6 Revisiones de Rutina

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

5.1.7 Intento de Suicidio

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

5.1.8 Adicciones

Los tratamientos que se requieran para la atención de enfermedades o accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado por alcoholismo, toxicomanías y/o drogadicción.

5.1.9 Compra de Aparatos de Rehabilitación y Prótesis

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

- ***Anteojos y lentes de contacto, excepto los lentes intraoculares.***
- ***Prótesis y/o implantes auditivos y cocleares.***
- ***Zapatos o plantillas ortopédicas.***
- ***Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis ya existentes a la fecha de alta del asegurado, salvo a consecuencia de un accidente cubierto y previa autorización de La Compañía.***
- ***Bicicletas y de más aparatos de ejercicio.***

5.1.10 SIDA

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

5.1.11 Medicina Alternativa

- ***Los gastos erogados por tratamientos médicos de la rama alternativa, naturistas, con base en hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia y quelaciones.***
- ***Tratamientos realizados por fisioterapeutas sin cédula profesional.***
- ***Compra de remedios y/o medicamentos no prescritos por médicos con cédula profesional.***
- ***Tratamientos experimentales o de investigación.***

5.1.12 Gastos de Honorarios Médicos de Familiares

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

5.1.13 Gastos del Acompañante

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

5.1.14 Gastos Menores o iguales al Deducible

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

5.1.15 Otros Gastos No Cubiertos

Los gastos realizados por los siguientes conceptos, cualquiera que sea su causa:
• Vitaminas, vacunas, complementos y/o suplementos alimenticios.
• Fórmulas alimenticias infantiles Neocate o similares.
• Tratamientos para corregir alteraciones el sueño, apnea del sueño y roncopatías.
• Cirugía para el cambio de sexo.
• Servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.
• Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos tales como menopausia, andropausia, acné juvenil, pubertad, menstruación, lentigo solar, melasma o cloasma e hiperpigmentación cutánea por daño solar.
• Gimnasios, deportivos, uso de alberca, lugares de masaje y similares para efectos de rehabilitación.
• Estudios de compatibilidad, estado general del salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado.
• Complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.
• Gastos por enfermedades, que hayan iniciado en el transcurso de los primeros 30 días de vigencia del contrato de seguro. Este lapso no tendrá lugar en caso de renovación del contrato de seguro y cuando se trate de urgencia medica.
• Enfermedades o accidentes cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como los gastos que se hayan erogado en dicho periodo al descubierto.
• Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.

6 COBERTURAS ESPECIALES OTORGADAS EN HOSPITALES DEL GRUPO ANGELES

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

6.1 Coaseguro

El coaseguro será del 0%, este coaseguro aplicará mientras el padecimiento sea atendido por médico y hospital del Grupo Ángeles del mismo nivel hospitalario contratado o menor. Así mismo todos los gastos por servicios e insumos (ejemplo: farmacia, laboratorio) deberán ser adquiridos dentro de las empresas pertenecientes al Grupo Hospitalario Ángeles.

Sí se atiende por médico y hospital del Grupo Ángeles en un nivel hospitalario mayor al contratado aplicará el 5% de coaseguro.

En caso de que el Asegurado cambie a un médico, servicios, insumos y/o hospital fuera del Grupo Ángeles y haya gozado de este beneficio, para los gastos posteriores el coaseguro que se aplicará será el contratado en todos los gastos.

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

6.2 Paquete de Admisión

Quedará cubierto el paquete de admisión hospitalaria.

6.3 Medicamentos necesarios para evitar complicaciones de enfermedades o accidentes cubiertos.

Mediante esta cobertura quedan amparados los medicamentos que no estén directamente relacionados con la enfermedad y/o accidente cubierto pero que el médico tratante prescriba para evitar complicaciones de la enfermedad o accidente cubierto, tales como protectores gástricos, vitaminas, etc.

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

- Receta del médico tratante con la prescripción del medicamento
- Documento emitido por el médico tratante que especifique el motivo por el que se prescribió el medicamento, qué complicaciones se van a evitar con el mismo y por cuánto tiempo lo requiere el asegurado.

Esta cobertura se manejará por reembolso, con un tope máximo de $10,000 pesos sin deducible y coaseguro.

6.4 Emergencias por complicaciones derivadas de tratamientos o cirugías no cubiertas

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

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

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

Aplicará el deducible y coaseguro de la póliza y los gastos deberán tramitarse por reembolso, adjuntando un documento médico que especifique la emergencia presentada.

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

En caso de que no exista la emergencia médica no quedará cubierto ningún gasto. Esta cobertura únicamente aplica en territorio nacional, si la emergencia ocurre en el extranjero, no aplicará esta cobertura.

6.5 Complicaciones del Embarazo Adicionales

Adicionalmente a las complicaciones del embarazo cubiertas que se especifican en las presentes Condiciones Generales, se cubrirán las siguientes, con un periodo de espera de 10 meses:

- Huevo muerto retenido
- Infecciones de vías urinarias originadas directamente por el embarazo
- Diabetes gestacional
- Cerclaje

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

7 HONORARIOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS

Para los médicos que no están en convenio con La Compañía, los honorarios serán cubiertos en base a la tabla de honorarios quirúrgicos, la cual indica el máximo a pagar para cada procedimiento médico y/o quirúrgico, de modo que la cantidad máxima que se liquidará por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por el cirujano y las consultas post-operatorias dentro de los 30 días naturales siguientes a la intervención quirúrgica y/o un máximo de 4 consultas, lo que ocurra primero.

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

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

Para los procedimientos quirúrgicos que requieran la intervención de un segundo ayudante y/o instrumentista, La Compañía pagará hasta un máximo del 10% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en regiones anatómicas distintas por el mismo médico se pagará la cirugía de mayor monto al 100%, la segunda al 75% y las demás no quedarán cubiertas.

8 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO

Mediante esta cobertura quedan amparadas las cirugías o tratamientos de carácter reconstructivo cuando sean necesarias a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, tales como prótesis mamarias después de una cirugía por cáncer mamario, lente intraocular, aparatos auditivos, etc.

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

9 BENEFICIOS ADICIONALES (con costo)

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

9.1 Cobertura Internacional

Mediante esta cobertura el Asegurado podrá complementar y ampliar la cobertura de la póliza al atenderse en el extranjero de cualquier enfermedad o accidente cubierto bajo las Condiciones Generales de la póliza.
El monto máximo de cobertura será la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica, pero no es una suma asegurada adicional, es decir la suma de los gastos totales en que incurra el asegurado tanto en territorio nacional como en el extranjero no deberán rebasar la Suma Asegurada contratada.
Para esta cobertura aplica el deducible contratado para el plan básico y el 40% de coaseguro, así también se elimina el tope de coaseguro establecido en la caratula de la póliza. El tope de coaseguro aplica sólo para atención en territorio nacional.

9.2 Eliminación de Deducible y Coaseguro en Accidente

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

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

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

9.3 Disminución de Coaseguro en Enfermedad

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado se aplicará una disminución al coaseguro contratado de 5 puntos porcentuales en caso de una enfermedad cubierta aplicando el tope de coaseguro establecido en la carátula de la póliza.

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES, esta cobertura no aplica paraTratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales ni en Uso de Ambulancia Aérea.

9.4 Ayuda Diaria por Hospitalización

Se otorgará una indemnización diaria durante la hospitalización ininterrumpida por un lapso mayor a tres días del Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta que haya iniciado durante la vigencia de esta cobertura. La Compañía pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, establecida en la carátula de la póliza por cada día de hospitalización hasta un periodo máximo de 30 días. Esta cobertura no aplica en caso de que la hospitalización sea a consecuencia de una complicación del embarazo y/o puerperio, de cesárea o parto.

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

9.5 Multi-Región

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

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

El tabulador de honorarios quirúrgicos a aplicar será el que corresponda a la región atendida y conforme al nivel hospitalario contratado.

9.6 Gastos Funerarios

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

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

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

En el caso de suicidio del Asegurado, ocurrido durante el primer año de vigencia del contrato, contado a partir de la fecha del alta del Asegurado a la póliza o de la última rehabilitación, la obligación de La Compañía se limitará únicamente a cubrir el importe de la reserva matemática existente.

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

9.7 Protección Continua

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

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

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

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

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

9.8 Enfermedades Graves

Si durante la vigencia del contrato y una vez transcurrido el periodo de espera, al Asegurado se le diagnostica (dictamina) alguna de las Enfermedades Graves señaladas más adelante, La Compañía pagará la suma asegurada estipulada para este beneficio en la carátula de la póliza, siempre y cuando el Asegurado sobreviva el periodo de supervivencia establecido en el numeral 1 de las Condiciones Particulares de esta Cobertura, cabe señalar que la suma asegurada es indemnizatoria y por lo tanto no aplica Deducible ni Coaseguro.

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

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

Si el Asegurado falleciere por alguna enfermedad grave después del periodo de supervivencia señalado en el numeral 1 de las Condiciones Particulares de Cobertura, el pago de la suma asegurada correspondiente a este beneficio se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado y que aparecen en la póliza a la que se adhiere este beneficio adicional.

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

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

- Historia del dolor torácico típico
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica

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

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales
- Implantación de la arteria mamaria interna o colocación de “STENTS”

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

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

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

Insuficiencia Renal Crónica Terminal: La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis o el transplante renal. Para efectos de esta cobertura, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis.

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

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

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

9.8.1 CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA COBERTURA

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

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

a. En el momento en que La Compañía efectúe el pago de la suma asegurada por la primera ocurrencia de cualquiera de las enfermedades graves amparadas.
b. Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.
c. En caso de fallecimiento del Asegurado.
d. Si el Asegurado no contrae ninguna enfermedad grave de las aludidas al término del plazo del seguro contratado, la cobertura concluirá sin obligación para La Compañía.

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

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

9.8.2 EXCLUSIONES DE ESTA COBERTURA

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

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

a. Angioplastía coronaria transluminal percutánea
b. Trombosis mediante cateterismo coronario
c. El tratamiento por láser o cualquier otra enfermedad no operatoria

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

a. Los síntomas cerebrales de síndrome neurológico de migraña, isquemia transitoria, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o nervio óptico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

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

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

b. Carcinoma “in situ” (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon), también cualquier tipo de tumor asociado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

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

5.a Displasia Cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3

Los cuales son:
NIC I Displasia Leve
NIC I Displasia Moderada
NIC III Severa Carcinoma In Situ

a. Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.

Clasificación de Clark:
• Grado I. Lesiones que sólo complican a la epidermis (melanoma in situ) no es una lesión invasiva.
• Grado II. Infiltración de la dermis papilar, pero no alcanza la interfase papilar reticular de la dermis
• Grado III. Infiltración ocupa y expande la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular

• Grado IV. Infiltración en la dermis reticular pero no en el tejido subcutáneo.

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

c. Todos los carcinomas de células escamosas, de la piel excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos.

d. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

Dónde:

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

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

Las etapas T I a y T I b se corresponden con tumores con tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata que es una operación que se hace para disminuir los síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.

La etapa T I indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.

Se clasificará como T I b si más del 5% del tejido es maligno.

Los cánceres en la etapa T I c se localizan porque se ha realizado una biopsia debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.

Anexo 1

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

REGIÓN	CIUDAD O ESTADO
1	RESTO DEL PAÍS.
2	YUCATÁN, CAMPECHE, CHIAPAS, QUINTANA ROO, TABASCO, PUEBLA
3	GUANAJUATO, QUERÉTARO, SAN LUIS POTOSÍ, VERACRUZ.
4	BAJA CALIFORNIA NORTE, JALISCO, AGUASCALIENTES, MICHOACÁN, COAHUILA
5	NUEVO LEÓN, CHIHUAHUA, SINALOA, TAMAULIPAS, GUERRERO, BAJA CALIFORNIA SUR, MORELOS, ZACATECAS.
6	D.F, MÉXICO

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número(s) CNSF-S0016-0550-2014 de fecha 01 de Octubre de 2014”.

EN CASO DE SINIESTRO
01800 830 3676

"Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 5284 6200 y del interior sin costo al 01 800 830 3676, o visite www.segurosmultiva.com.mx o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 54487000 en el D.F. y en el interior de la república al 01800 999 80 80 o visite la página www.condusef.gob.mx".