

SEGUROS



Talento Seguro

Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Experiencia Global Sin Participación de Utilidades

Condiciones
generales

AVISO DE PRIVACIDAD

En cumplimiento a las disposiciones de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP), Seguros SURA, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.) también conocida como Seguros SURA, con domicilio en Boulevard Adolfo López Mateos No. 2448, Colonia Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060., en la Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

Si Usted es nuestro Cliente, Proponente o Solicitante, Contratante, Asegurado, Beneficiario, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, preferencia sexual, características personales y características físicas serán tratados para evaluar y emitir sus solicitudes de seguro, dar trámite a sus reclamaciones de siniestros, cobrar las primas del seguro, mantener o renovar sus pólizas de seguro, para prevención de fraude y/o de operaciones ilícitas, para estudios estadísticos; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente.

Si Usted es nuestro Candidato o Empleado, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a su estado de salud, características personales, y físicas serán tratados para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales, y para el cumplimiento de obligaciones fiscales y legales.

Si Usted es nuestro Agente de Seguros, Promotor, Proveedor o Prestador de bienes y/o servicios, sus datos personales de identificación, patrimoniales, financieros, antecedentes laborales y académicos, procesos legales en los que participe o haya participado, datos sensibles relativos a fotografías, identificación oficial, serán tratados para todos los fines vinculados con la relación jurídica contractual que tengamos celebrada con Usted.

Si Usted es nuestro visitante, sus datos personales de identificación para su registro, y de características físicas que recabemos por medio de videograbaciones, serán tratados para permitirle el acceso a nuestras instalaciones.

Por otra parte, en cualquiera de los supuestos anteriores, le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para finalidades secundarias como son el ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, y en el caso de recursos humanos para la bolsa de trabajo con otras empresas. Si Usted no desea recibir alguno de los ofrecimientos descritos en este párrafo, puede manifestar su negativa de la siguiente forma:

- a) Si proporciona sus datos en forma personal, siga los mecanismos y llenado del formato que se le proporcionará en el momento en el que haya recibido el presente aviso de privacidad.
- b) Si proporciona sus datos en forma directa, es decir a través de medios electrónicos, ópticos o sonoros, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.
- c) Si proporciona sus datos en forma indirecta, es decir de un tercero calificado, siga los mecanismos que se indican en nuestra página de Internet www.segurossura.com.mx.

También hacemos de su conocimiento que sus datos podrán ser Transferidos a:

1. Terceros nacionales o extranjeros, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de Leyes a las que Seguros SURA está sujeta como Institución de Seguros.
2. Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
3. Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
4. A Instituciones, Organizaciones o Entidades del Sector Asegurador para fines de selección de riesgos.

De existir transferencias diferentes a las mencionadas en el apartado anterior y que requieran su consentimiento expreso, se lo informaremos.

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO, [Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición], de Revocación del consentimiento y limitación de uso de sus datos, mediante solicitud escrita a la dirección electrónica oc.protecdatos@segurossura.com.mx o bien directamente en nuestro domicilio en el Departamento de Protección de Datos Personales. Lo anterior está sujeto a que el ejercicio de dichos derechos no obstaculice el cumplimiento de alguna Ley vigente o mandato judicial así como para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre Usted y Seguros SURA.

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

Por favor, tome en cuenta que los mensajes enviados electrónicamente pueden ser manipulados o interceptados, por lo tanto Seguros SURA no se hace responsable si los mensajes llegan incompletos, retrasados, son eliminados o contienen algún programa malicioso (virus informático).

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso de Privacidad y sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos en el Departamento de Datos Personales que se ubica en nuestro domicilio.

El presente Aviso de Privacidad, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página de Internet www.segurossura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

PÓLIZA DE SEGURO REGISTRADA EN EL RECAS MEDIANTE NÚMERO: CONDUSEF-003739-01.

Apreciable Cliente:

En Seguros SURA estamos comprometidos en brindarle el mejor servicio esperando con esto cumplir con sus expectativas de calidad y satisfacción, ya que lo más importante para nosotros es su tranquilidad.

Es un placer tenerlo como cliente y nos complace informarle que usted esta respaldado con 72 años de experiencia en el mercado asegurador, por lo tanto puede sentirse tranquilo y confiado de que siempre le brindaremos la mejor protección.

Nuestra amplia experiencia en el mercado nos permite ofrecer un servicio de calidad, garantizándole el mejor respaldo para hacer frente a los momentos más difíciles.

Ponemos a su disposición seguros de:

- **Empresa**
- **Auto**
- **Transporte**
- **Construcción**
- **Hogar**
- **PyME**
- **Responsabilidad Civil**
- **Vida**
- **Accidentes Personales**
- **Gastos Funerarios**
- **Programa Escolar**
- **Agrícola**

Lo invitamos a que conozca sus Condiciones Generales para saber más a detalle todos los beneficios con los que cuenta a partir de este momento.

Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros, para dudas o comentarios, contacte a su Agente de Seguros quien con gusto lo atenderá o llámenos al **01 800 00 83 693**.

Protege en un solo lugar lo más valioso de tu vida.

Atentamente
Seguros SURA

CONDUSEF-003739-01.

AVISO IMPORTANTE

El artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, determina que si la Prima o la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades, no ha sido pagada dentro de los 30 días naturales posteriores a la iniciación de la vigencia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente.

La fecha de pago, es aquella en la que el Asegurado, entera el importe de la Prima, bien a la Compañía o a los conductos de recepción de pago autorizados por esta.

Gracias por su pago oportuno.

Seguros SURA, S. A. de C. V.

Talento Seguro Gastos Médicos Mayores Colectivo

Condiciones Generales

Contenido

I. DEFINICIONES	7	REHABILITACIÓN	35
		ALTAS DE ASEGURADOS	36
II. COBERTURA BÁSICA	14	BAJAS DE ASEGURADOS	36
		REGISTROS DE ASEGURADOS	37
III. EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS	20	OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	37
		CERTIFICADOS INDIVIDUALES	37
IV. BENEFICIOS ADICIONALES	22	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN	38
		CAMBIO DE CONTRATANTE	38
V. SERVICIOS DE ASISTENCIA	26	TRÁMITE DE RECLAMACIONES	38
		PAGO DE RECLAMACIONES	39
VI. CLÁUSULAS GENERALES	30	APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO	39
		LIQUIDACIÓN	40
OBJETO DEL SEGURO	30	REGLAS PARA EL CAMBIO EN EL USO DEL NIVEL	
CONTRATO	30	HOSPITALARIO CONTRATADO	40
VIGENCIA	30	INDEMNIZACIÓN POR MORA	41
MODIFICACIONES AL CONTRATO	30	COMPETENCIA	42
NOTIFICACIONES	31	ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO	42
PRESCRIPCIÓN	31	COMISIONES Y COMPENSACIONES	43
MONEDA	31	RESPONSABILIDAD DE PRESTADORES DE LA	
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	31	RED SURA	43
EDADES DE ADMISIÓN Y RENOVACIÓN	31	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	43
INEXACTA DECLARACIÓN DE LA EDAD	32	USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS	43
PRIMA	32	TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TRAVÉS DE	
FORMA DE PAGO	32	MEDIOS ELECTRÓNICOS	43
PERIODO DE GRACIA	33	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	
AGRAVACIÓN DEL RIESGO	33	DERIVADA DE OPERACIONES A TRAVÉS DE	
OCUPACIÓN	34	MEDIOS ELECTRÓNICOS	44
RESIDENCIA	34	CAMBIO DE PLAN	44
PERIODO DE BENEFICIO	34	TERRITORIALIDAD	44
RENOVACIÓN	34		
TERMINACIÓN ANTICIPADA	35		
SUBROGACIÓN DE DERECHOS	35		

Sin texto

Seguros SURA, S.A. de C.V., que en lo sucesivo se denominará la COMPAÑÍA, de acuerdo con las condiciones generales y especiales contenidas en esta PÓLIZA y en consideración a las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro, que en lo sucesivo se denominará el CONTRATANTE, que constituyen las bases de este CONTRATO DE SEGURO, otorga las coberturas a las personas físicas que cumplan con los requisitos de elegibilidad y que forman parte de la COLECTIVIDAD, contra los riesgos que se expresan más adelante.

I. DEFINICIONES

ACCIDENTE

Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido dentro del periodo de vigencia de la PÓLIZA por una causa externa, súbita, fortuita y violenta, lesiona al ASEGURADO, ocasionándole daños corporales que requieran de atención médica, siempre que los gastos sean erogados dentro de los primeros treinta días naturales posteriores a la ocurrencia del ACCIDENTE.

Pasados los treinta días, de no haber generado la primera atención médica o efectuado gasto alguno por concepto de ACCIDENTE, será considerado como ENFERMEDAD.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las causas señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo ACCIDENTE o como un sólo SINIESTRO.

No se considera ACCIDENTE las lesiones autoinflingidas.

ANTIGÜEDAD

Es el tiempo que el ASEGURADO ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una PÓLIZA de gastos médicos con esta COMPAÑÍA.

ANTIGÜEDAD RECONOCIDA

La COMPAÑÍA reconocerá el tiempo que el ASEGURADO haya estado cubierto en otra(s) compañía(s) de forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera descritos en la cobertura de ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA del apartado Cobertura Básica - Gastos Médicos Cubiertos. Para poder otorgar este beneficio, es necesario que el CONTRATANTE lo solicite dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia o alta en la PÓLIZA.

El reconocimiento de antigüedad no aplica para padecimientos preexistentes.

ASEGURADO

Persona incluida en la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, expuesta a cualquier ACCIDENTE o ENFERMEDAD cubierto por este seguro y con derecho a los beneficios contratados.

ASEGURADO TITULAR

Es la persona física que tiene un vínculo con el CONTRATANTE y que se encuentra dado de alta en la PÓLIZA e inscrito en el registro de ASEGURADOS.

BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS

Es el monto base, establecido en la carátula de la PÓLIZA, al cual se aplicarán los porcentajes indicados en el tabulador de intervenciones quirúrgicas, el monto resultante corresponderá al monto máximo a pagar o reembolsar por dicha intervención o procedimiento.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Todo procedimiento médico y/o quirúrgico que lleve por sí auxiliar, favorecer o permitir que se logre un embarazo, ya sea dentro de la madre o fuera de ella (útero subrogado), con un óvulo fecundado propio (tanto de padre como de madre) y no donado; utilizando para ello técnicas de fertilización in vitro, implantación de óvulo fecundado en la madre o útero subrogado.

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento que forma parte de la PÓLIZA, en el que se especifica para cada uno de los ASEGURADOS, entre otros datos, su nombre, fecha de nacimiento, la vigencia, relación de beneficios amparados, límites máximos de responsabilidad de la COMPAÑÍA, DEDUCIBLES y COASEGUROS.

CNSF

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

COASEGURO

Es la segunda participación del ASEGURADO en el monto de la RECLAMACIÓN y se aplica después de haber descontado el DEDUCIBLE. Está especificado en la carátula de la PÓLIZA y en cada CERTIFICADO INDIVIDUAL; se expresa en porcentaje y se aplicará cada vez que se presenten gastos iniciales o complementarios del mismo SINIESTRO cubierto.

COFEPRIS

Es la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y es una dependencia federal del gobierno mexicano vinculada con el Departamento de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud.

COLECTIVIDAD

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del CONTRATO DE SEGURO y que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados. Puede estar conformada por:

1. Titular: ASEGURADO TITULAR
2. DEPENDIENTES ECONÓMICOS

COMPAÑÍA

SEGUROS SURA S.A. DE C.V.

CONTRATANTE

Aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del CONTRATO DE SEGURO para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la COMPAÑÍA y además se compromete a realizar el pago total de la PRIMA correspondiente a toda la COLECTIVIDAD.

CONTRATO DE SEGURO o PÓLIZA

Documentación mediante la cual constan los derechos y obligaciones de cada una de las partes.

El CONTRATO DE SEGURO o PÓLIZA está constituido por:

- a) Solicitud: documento por medio del cual el CONTRATANTE solicita a la COMPAÑÍA una cobertura de acuerdo con las necesidades de aseguramiento y las características de la COLECTIVIDAD.
- b) Carátula de la PÓLIZA: la cual contiene, entre otros datos, firma del representante legal de la COMPAÑÍA; nombre y domicilio del CONTRATANTE; la vigencia del seguro; monto de la SUMA ASEGURADA y la PRIMA del seguro.
- c) Cada CERTIFICADO INDIVIDUAL
- d) Cláusulas adicionales o ENDOSOS: documentos que forman parte de la PÓLIZA, que modifican y/o adicionan condiciones específicas a las condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual.
- e) Condiciones Generales: conjunto de cláusulas donde se establecen las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente sus términos y características, así como los derechos y obligaciones que tienen cada una de las partes.
- f) Tabla de Honorarios por atención médica/quirúrgica.

Estos documentos hacen prueba de la celebración del CONTRATO DE SEGURO.

DEDUCIBLE

Cantidad fija estipulada en la PÓLIZA y es la primera participación del ASEGURADO en el monto de la

RECLAMACIÓN por cada SINIESTRO amparado por esta PÓLIZA de seguro.

Para que un SINIESTRO sea amparado, el monto de RECLAMACIÓN deberá rebasar el monto del DEDUCIBLE contratado.

El DEDUCIBLE se aplicará por SINIESTRO, a partir de la fecha del primer gasto del SINIESTRO amparado.

Al ser parte del riesgo que asume el ASEGURADO, el DEDUCIBLE deberá cubrirse antes de que inicie la responsabilidad de la COMPAÑÍA de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la SUMA ASEGURADA contratada.

DEPENDIENTES ECONOMICOS

Se consideran dependientes económicos del ASEGURADO TITULAR para efectos de poder formar parte de la COLECTIVIDAD y ser dados de alta en esta PÓLIZA, a las siguientes personas:

1. El Cónyuge, concubino(a) o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación civil aplicable.
2. Los hijos o hijos del cónyuge, concubino o conviviente.

De ser dados de alta por el CONTRATANTE en la COLECTIVIDAD, adquirirán el carácter de ASEGURADO.

EDAD

Número de años cumplidos del ASEGURADO al momento de inicio de vigencia o alta en la PÓLIZA.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Es el beneficio que otorga la COMPAÑÍA, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos cubiertos mediante el reconocimiento de antigüedad.

EMERGENCIA MÉDICA

Padecimiento que requiere la atención médica o quirúrgica a la que se deba someter el ASEGURADO por presentar en forma súbita e imprevista una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD cubiertos por esta PÓLIZA, dentro de las veinticuatro horas de ocurrida dicha ENFERMEDAD o ACCIDENTE y ésta sea atendida en el área de urgencias de un HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO.

ENDOSO

Documento que forma parte de la PÓLIZA, que modifica y/o adiciona condiciones específicas a las condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual, la cual se encuentra previamente registrada ante la CNSF. Lo estipulado en un ENDOSO siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contrapongan.

ENFERMEDAD

Es la alteración en la salud del ASEGURADO, que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, siendo un estado anormal fisiológico del organismo, ya sea en el funcionamiento de un órgano, sistema o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticado por un MÉDICO titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma ENFERMEDAD que le dio origen.

ENFERMERA

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

FECHA DE PRIMER GASTO

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un SINIESTRO cubierto.

GASTO CONVENIDO

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre la COMPAÑÍA y los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y servicios auxiliares en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA) o USUAL, CUSTOMARY AND REASONABLE (UCR)

El pago de los Gastos Médicos cubiertos por este CONTRATO DE SEGURO en territorio extranjero en los cuales incurra el ASEGURADO aplicará con base en el Tabulador UCR del tratamiento o intervención que se realice. Entendiéndose por éste, al tabulador bajo el cual se pagarán las reclamaciones utilizando la tabla de honorarios médicos y de hospitales basado en un sistema de costos por CPT (Current Procedural Terminology) de la Asociación Médica Americana y área geográfica. Esta tabla se basa en el MDR Payment System que constituye una base de datos de transacciones de facturación por servicios de salud en los Estados Unidos.

GRUPO DE HOSPITALES

Conjunto de HOSPITALES en convenio a los cuales puede tener acceso el ASEGURADO de acuerdo con el plan contratado.

HONORARIOS MÉDICOS

Pago que obtiene el profesional MÉDICO legalmente reconocido, por los servicios que presta a los ASEGURADOS conforme a los límites establecidos en el plan contratado.

HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO

Institución legalmente autorizada para prestar servicios médicos encaminados al diagnóstico y tratamiento de lesiones o ENFERMEDADES, con la finalidad de restablecer la salud de los pacientes.

HOSPITALIZACIÓN

Estancia continua en un HOSPITAL, CLINICA o SANATORIO, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE, dicha estancia inicia a partir del momento en que el ASEGURADO ingresa como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el MÉDICO tratante.

LUGAR DE RESIDENCIA

Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada ASEGURADO.

MEDICAMENTO

Toda preparación o producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un PADECIMIENTO cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea distribuido.

MÉDICO

Profesional que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y que dentro de sus funciones está la de restablecer la salud.

MÉDICO ESPECIALISTA

MÉDICO avalado por el consejo o colegio de una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

NIVEL HOSPITALARIO

Corresponde a los hospitales de la RED SUR a los cuales puede tener acceso el ASEGURADO, de acuerdo con el plan contratado, sin que aplique incremento en el DEDUCIBLE o COASEGURO pactado. Puede ser nivel A, B o C; siendo A el de mayor nivel.

OBESIDAD

Es el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal. Se clasifica de acuerdo a la siguiente tabla:

Clasificación	Índice Masa Corporal (Peso Kg/ Estatura en m2)
Obesidad I	30.0 – 34.9
Obesidad II	35.0 – 39.9
Obesidad III	40.0 y más

PADECIMIENTO

Cualquier alteración que sufra el ASEGURADO en su salud a consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD cubiertos por la PÓLIZA.

PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico que tiene su origen durante el periodo de gestación y que puede ser evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que se presenten será considerado como un solo SINIESTRO.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente, cualquier PADECIMIENTO:

- Que previamente a la celebración del CONTRATO DE SEGURO, se haya declarado la existencia de dicho PADECIMIENTO y/o ENFERMEDAD; o que se compruebe, mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un MEDICO legalmente autorizado, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- La COMPAÑÍA cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO ha hecho gastos para recibir un diagnóstico de la ENFERMEDAD y/o PADECIMIENTO de que se trate.
- Que previamente a la celebración del CONTRATO DE SEGURO, el ASEGURADO haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la ENFERMEDAD y/o PADECIMIENTO de que se trate.

Para resolver la procedencia de la RECLAMACIÓN, la COMPAÑÍA, cuando cuente con pruebas documentales de que el ASEGURADO ha hecho gastos para recibir un diagnóstico del PADECIMIENTO de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente MÉDICO o clínico. **En caso de que no le sea proporcionada dicha información por causas imputables al ASEGURADO, la COMPAÑÍA quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente RECLAMACIÓN.**

La COMPAÑÍA podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes MÉDICOS que juzgue convenientes y si como resultado de estos no resulta alguna condición preexistente respecto de algún PADECIMIENTO relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes MÉDICOS, la COMPAÑÍA no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicho PADECIMIENTO.

PAGO DIRECTO

Mecanismo mediante el cual la COMPAÑÍA realiza el pago en forma directa al PRESTADOR DE SERVICIOS EN CONVENIO PARA PAGO DIRECTO por la atención médica de un ACCIDENTE o una ENFERMEDAD cubiertos, cuando el ASEGURADO sea atendido por éste.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Periodo de tiempo en el cual la PRIMA de la PÓLIZA no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada, siempre y cuando la COMPAÑÍA haya aceptado la rehabilitación de la PÓLIZA. No procederá el PAGO DE RECLAMACIONES por ENFERMEDADES cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo; así como ACCIDENTES que hayan ocurrido durante el mismo. Al momento de originarse un PERIODO AL DESCUBIERTO de cuarenta y cinco días o más, los ASEGURADOS que estén incluidos en la

PÓLIZA, pierden la ANTIGÜEDAD que hayan generado.

PERIODO DE CARENCIA

Es el lapso sin cobertura que tiene la PÓLIZA a consecuencia de una ENFERMEDAD cubierta, éste es de treinta días contados a partir de la fecha de alta del ASEGURADO en la PÓLIZA. Este periodo no aplica para el caso de ACCIDENTES o EMERGENCIAS MÉDICAS, ni para la cobertura de PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y GENÉTICAS de recién nacidos durante la vigencia de la PÓLIZA, ni en caso de renovación de la misma.

PERIODO DE ESPERA

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del ASEGURADO para que se puedan cubrir los PADECIMIENTOS, éste está indicado en la cláusula de cobertura básica y se indica por cada PADECIMIENTO amparado.

PERIODO DE GRACIA

Lapso de treinta días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la PRIMA, que tiene el CONTRATANTE para liquidar el total de la PRIMA o la parcialidad pactada en la PÓLIZA.

Durante este plazo, los ASEGURADOS gozan de la cobertura de la PÓLIZA; en caso de un SINIESTRO amparado y procedente, si la PRIMA o fracción que corresponda no ha sido pagada, las reclamaciones presentadas serán cubiertas mediante REEMBOLSO. La COMPAÑÍA queda facultada de deducir del REEMBOLSO el total de la PRIMA o fracción pendiente de pago.

PLAN CONTRATADO

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la PÓLIZA, tales como: SUMA ASEGURADA, DEDUCIBLES, COASEGUROS, TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA, NIVEL HOSPITALARIO, beneficios adicionales, entre otras, incluyendo sus ENDOSOS, que indican al ASEGURADO los beneficios a que tiene derecho.

PRESTADOR DE SERVICIOS EN CONVENIO PARA PAGO DIRECTO O RED SURA

HOSPITALES, MÉDICOS, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico, con los que la COMPAÑÍA ha celebrado convenios de PAGO DIRECTO. Dicho conjunto de prestadores de servicios podrá sufrir modificaciones por parte de la COMPAÑÍA en cualquier momento y sin previo aviso. No obstante lo anterior, la COMPAÑÍA mantendrá actualizada la lista de prestadores de servicios en convenio para pago directo o RED SURA, la cual se podrá consultar en la página: www.segurossura.com.mx/red-asistencia.

PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la PÓLIZA a cargo del CONTRATANTE a favor de la COMPAÑÍA, la cual podrá ser anual o en parcialidades no menores a un mes, según se pacte en la PÓLIZA.

PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS

Confirmación por escrito mediante la cual la COMPAÑÍA autoriza el PAGO DIRECTO al PRESTADOR DE SERVICIOS EN CONVENIO PARA PAGO DIRECTO O RED SURA, para una intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, hospitalización, cirugía ambulatoria, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, entre otros, en los términos de la presente PÓLIZA.

PRÓTESIS

Pieza o implante para la sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano interno o externo, que reproduce la parte que ha de sustituir.

RECLAMACIÓN

Es el trámite que efectúa el ASEGURADO ante la COMPAÑÍA, para obtener los beneficios de la PÓLIZA a consecuencia de un SINIESTRO.

RENOVACIÓN

Emisión consecutiva de la PÓLIZA por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

REEMBOLSO

Mecanismo por el que la COMPAÑÍA restituye al ASEGURADO los gastos que haya erogado a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto, de acuerdo con lo estipulado en el CONTRATO DE SEGURO y teniendo como límite la TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA. El sistema de REEMBOLSO procederá cuando el ASEGURADO no haga uso de la RED SURA y/o cuando el SINIESTRO ocurra dentro del PERIODO DE GRACIA y la prima o fracción que corresponda no haya sido cubierta.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA

Es cuando el ASEGURADO cuenta nuevamente con el total de la SUMA ASEGURADA contratada para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra. **En ningún caso se reinstalará la SUMA ASEGURADA para un mismo PADECIMIENTO o ENFERMEDAD que sea a consecuencia de otro ya cubierto.** La SUMA ASEGURADA se reinstalará automáticamente, para cada ASEGURADO, para cubrir nuevos padecimientos.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Servicio que presta la COMPAÑÍA al ASEGURADO con la finalidad de apoyar y/o corroborar el diagnóstico de cualquier ENFERMEDAD O ACCIDENTE cubierto, así como su respectivo tratamiento y/o procedimiento quirúrgico por medio de MÉDICOS ESPECIALISTAS que el ASEGURADO podrá elegir libremente de la RED SURA y el cual podrá participar en la atención médica del ASEGURADO.

En caso de que el MEDICO ESPECIALISTA no forme parte de la RED SURA, el costo de esta segunda opinión médica se pagará a través de REEMBOLSO conforme a la TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA.

SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA

Opinión médica, a solicitud de la COMPAÑÍA, bajo la cual se confirma o modifica el diagnóstico y/o procedimiento que permita valorar los hechos relacionados con el PADECIMIENTO reclamado. Esta valoración se efectuará por medio de un MÉDICO ESPECIALISTA en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica del ASEGURADO y asignado por la COMPAÑÍA dentro de la RED SURA de médicos de segunda valoración.

En caso de que la SEGUNDA VALORACION sea contraria a la primera, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de enviar al ASEGURADO a una valoración adicional para sustentar el diagnóstico y/o procedimiento (s) a realizarse.

El costo de dichas valoraciones será cubierto por la COMPAÑÍA.

SIGNO

Corresponde a cada una de las manifestaciones objetivas de una ENFERMEDAD que se detecta mediante una valoración médica.

SINIESTRO

Corresponde a los gastos médicos derivados de un padecimiento que sufra el ASEGURADO a consecuencia de LESIONES POR ACCIDENTE O ENFERMEDADES y que se presenten a la COMPAÑÍA para su REEMBOLSO o PAGO DIRECTO. Quedan incluidas las recaídas, secuelas y complicaciones derivadas del PADECIMIENTO inicial.

SÍNTOMA

Es una manifestación subjetiva que revela una alteración y sirve para determinar su naturaleza.

SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad que pagará la COMPAÑÍA por cada ASEGURADO, por cada SINIESTRO cubierto por la PÓLIZA, con base en las coberturas contratadas siempre y cuando dicho SINIESTRO ocurra durante la vigencia de la misma. La SUMA ASEGURADA para cada PADECIMIENTO quedará fija a partir de la FECHA DEL PRIMER GASTO. Para cada gasto procedente por una misma ENFERMEDAD o

ACCIDENTE cubierto, la SUMA ASEGURADA se 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.

TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA

Relación de procedimientos médicos y/o quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo que pagará la COMPAÑÍA por cada uno de éstos, de acuerdo con el PLAN CONTRATADO, la cual podrá ser consultada en la siguiente página www.segurossura.com.mx/tabulador-quirurgico.

Los honorarios se encuentran establecidos en términos de porcentaje de la SUMA ASEGURADA contratada, por lo que no son sujetos de modificación o actualización durante la vigencia del CONTRATO DE SEGURO.

TOPE DE COASEGURO

Es el límite máximo que paga el ASEGURADO por concepto de COASEGURO por cada padecimiento cubierto, sea un gasto inicial o complementario. El valor del tope de coaseguro se establece en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL.

TRATAMIENTO MÉDICO EXPERIMENTAL

Tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que a través de su aplicación pretende valorar su eficacia y seguridad y no es aceptado ya sea por las autoridades sanitarias nacionales o por el colegio de medicina de la especialidad en que se aplica como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de PADECIMIENTOS o de ENFERMEDADES o como procedimiento quirúrgico.

UMA

La Unidad de Medida y Actualización es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores

II. COBERTURA BASICA GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

El CONTRATO DE SEGURO contenido en esta PÓLIZA, cubre los gastos mencionados a continuación, que se realicen como consecuencia de tratamientos indicados por un MÉDICO, debido a algún ACCIDENTE o ENFERMEDAD cubiertos por esta PÓLIZA, siempre que sean erogados dentro de la República Mexicana.

El pago de la RECLAMACIÓN se efectuará de acuerdo con los límites establecidos en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL respectivo, en caso de que no se estipulen, será de acuerdo con el gasto convenido para el PLAN CONTRATADO.

En caso de ENFERMEDAD, quedan cubiertas las que se originen cuando menos treinta días después del alta del ASEGURADO a esta PÓLIZA (PERIODO DE CARENIA), excepto cuando se trate de: EMERGENCIA MÉDICA, ACCIDENTES, RENOVACIONES, ni cuando se trate de la cobertura de PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, de acuerdo con lo establecido en estas condiciones.

1. HABITACIÓN HOSPITALARIA

- a) Gastos realizados por estadía en habitación estándar hospitalaria. Este concepto se cubrirá hasta el beneficio máximo de acuerdo con el PLAN CONTRATADO.
- b) Costo de la cama extra para el acompañante

2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

- a) Honorarios por Intervenciones Quirúrgicas.

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al ASEGURADO, por los cirujanos, anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas, con el límite establecido en la TABLA DE

HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA de acuerdo con la BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS contratada establecida en la carátula de la PÓLIZA y en el CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente en caso de REEMBOLSO y en caso de PAGO DIRECTO, con la base convenida por la COMPAÑÍA.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al ASEGURADO dos o más operaciones en el mismo campo operatorio, la COMPAÑÍA pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas hasta el límite establecido cuando su importe sea el mismo. En caso de que durante el mismo tiempo quirúrgico se practique al ASEGURADO dos operaciones en diferentes campos quirúrgicos, la COMPAÑÍA pagará ambas al 100%. En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la PÓLIZA se pagará únicamente la que esté cubierta.

En el caso de un politraumatizado, se estará a lo dispuesto en el párrafo anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios a éste serán cubiertos al 100% de lo marcado en la TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA.

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento correspondiente, como si se tratará de otro procedimiento quirúrgico, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la PÓLIZA.

Honorarios del Anestesiólogo con límite máximo del 20% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica.

Honorarios del primer Ayudante con límite máximo del 20% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica.

Honorarios del Instrumentista con límite máximo del 5% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica.

Honorarios del segundo Ayudante con límite máximo del 10% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

Honorarios del Perfusionista con límite máximo del 10% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

Honorarios del Intensivista con límite máximo del 13% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica. Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación de este profesional.

- b) Gastos de Sala de operaciones, recuperación y de curaciones.
- c) Gastos por equipo de anestesia.
- d) Gastos de aplicación y transfusión de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- e) Gastos originados por tratamiento de radioterapia, quimioterapia y unidad de cuidados coronarios.
- f) Gastos originados por consumo de oxígeno.
- g) Medicamentos suministrados dentro del HOSPITAL.

3. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS

En el caso que el ASEGURADO se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo con el límite establecido en la TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA/QUIRÚRGICA de acuerdo con la BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS contratada establecida en la carátula de la PÓLIZA y en el CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos

siempre que se eroguen dentro de los 15 días siguientes a la operación que dio origen, con un máximo de dos consultas.

4. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Gastos originados por la estancia del ASEGURADO en terapia intensiva e intermedia y unidad de cuidados coronarios.

5. PAGO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos adquiridos fuera del HOSPITAL, siempre que sean indicados por los médicos tratantes y se acompañe la factura de la farmacia junto con la receta. Esta cobertura se ampara únicamente vía REEMBOLSO, a excepción de los medicamentos de alta especialidad que podrán ser adquiridos por la COMPAÑÍA y entregados al ASEGURADO.

6. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Análisis de laboratorio y estudios de imagen, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualquier otro necesario para diagnóstico y/o control médico de ENFERMEDADES o ACCIDENTES cubiertos.

7. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o temporomandibulares que sean indispensables a consecuencia de un ACCIDENTE cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías previas al tratamiento en donde se aprecie el daño sufrido a consecuencia del ACCIDENTE en dientes naturales. Con los límites establecidos en la carátula de esta PÓLIZA y en el CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

8. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Se cubre la transportación terrestre en caso de EMERGENCIA MÉDICA a un HOSPITAL local con un límite de 2 eventos por vigencia y por ASEGURADO. Aplica mediante REEMBOLSO.

9. AMBULANCIA AÉREA

Se cubre la transportación aérea dentro de la República Mexicana, si a consecuencia de una EMERGENCIA MÉDICA el ASEGURADO requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención. Aplica mediante REEMBOLSO.

10. HONORARIOS DE ENFERMERA

Los honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea indicado por el médico tratante. Este servicio, en caso de ser necesario será cubierto por un periodo máximo de sesenta días, con tres turnos por día, con turnos mínimos de ocho horas cada uno.

11. APOYO DE MATERNIDAD Y ÓBITO FETAL

Se ampara el Parto o Cesárea u Óbito Fetal en caso de embarazo de la ASEGURADA TITULAR, Cónyuge o Concubina, siempre y cuando haya estado asegurada de forma continua e ininterrumpida en la Compañía por al menos 10 meses contados a partir del inicio de vigencia establecido en el CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente. Aplica un límite de SUMA ASEGURADA, el cual se indica en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL para esta cobertura.

No Aplica DEDUCIBLE, ni COASEGURO.

Las edades de aceptación para este beneficio son de 15 a 44 años.

12. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y/O PUERPERIO

Se cubrirán los gastos derivados por cualquier complicación del embarazo, parto y/o puerperio con un límite de SUMA ASEGURADA estipulada en la carátula de la POLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, siempre y cuando se cumpla con el PERIODO DE ESPERA estipulado en este CONTRATO DE SEGURO.

Las edades de aceptación para este beneficio son de 15 a 44 años.

13. RENTA O COMPRA DE APARATOS

Entendiéndose como tales: muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes para rehabilitar al enfermo, siempre y cuando sean prescritas por el MÉDICO tratante.

El límite de SUMA ASEGURADA será la estipulada en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

14. DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS

Siempre que sea indicado por un Médico Especialista en Nefrología.

15. APARATOS DE PRÓTESIS

Prótesis ortopédicas, mamarias (sólo en caso de cáncer), globo ocular, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis que se requieran a causa de ACCIDENTE y/o ENFERMEDAD cubierta.

El límite de SUMA ASEGURADA se encuentra especificado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

Queda excluido cualquier aparato experimental.

16. TERAPIAS

Quedan cubiertas las terapias que requiera el ASEGURADO, siempre y cuando sean prescritas por el MÉDICO tratante de acuerdo con el diagnóstico emitido, y sean autorizadas por la Compañía. Esta cobertura queda limitada a treinta sesiones por PADECIMIENTO, una sesión por día. Completadas las treinta sesiones, se revalorará la continuidad de éstas, en base al expediente clínico y las indicaciones del MEDICO tratante; será indispensable que la COMPAÑÍA autorice previamente y por escrito la continuidad de dichas terapias.

Quedaré excluida cualquier rehabilitación para corregir trastornos de aprendizaje.

17. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O GENÉTICOS.

Se cubren, desde el primer día de nacido, los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido por los gastos derivados de Padecimientos y malformaciones Congénitas o genéticos (incluye estrabismo), prematuridad, inmadurez y las Enfermedades o Padecimientos ocurridos al momento del nacimiento del recién nacido. Esta cobertura aplica siempre y cuando: 1) El ASEGURADO TITULAR tenga al menos diez meses de cobertura continua en la PÓLIZA, 2) El recién nacido sea dado de alta en esta PÓLIZA dentro de los treinta días de nacido y 3) Que no sea producto de Biología de la Reproducción.

Si alguna de las condiciones anteriores no se cumple, no aplica esta cobertura.

18. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS PARA NACIDOS FUERA DE VIGENCIA

Se amparan los padecimientos congénitos y de prematuridad para aquellos ASEGURADOS nacidos fuera de la vigencia de la PÓLIZA, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:

1. No se haya presentado diagnóstico médico a la fecha de alta del ASEGURADO en esta PÓLIZA
2. El primer gasto del padecimiento congénito o de prematuridad se presente después de alcanzada la edad de cinco años
3. No se hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de esta PÓLIZA
4. El padecimiento haya sido desapercibido por el ASEGURADO a la fecha de alta del ASEGURADO en esta PÓLIZA
5. No haya sido conocido por la evolución natural del PADECIMIENTO.

El límite de la SUMA ASEGURADA para esta cobertura está estipulado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

19. PRACTICA AMATEUR U OCASIONAL DE CUALQUIER DEPORTE (NO PROFESIONAL)

Se amparan los gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte, derivados

de ACCIDENTES sufridos a consecuencia de la práctica de deportes en forma ocasional, amateur y como esparcimiento. **No se cubren carreras o competencias de ningún tipo.**

Por práctica no profesional se entiende aquella que realiza el ASEGURADO y no recibe remuneración económica por realizarla en público.

20. CIRCUNCISIÓN

Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados de la intervención quirúrgica, siempre que ésta sea necesaria funcionalmente y no de tipo preventiva.

El límite de la SUMA ASEGURADA para esta cobertura, está estipulado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

No aplica DEDUCIBLE ni COASEGURO.

21. NARIZ Y SENOS PARANASALES

Quedan amparados los tratamientos de nariz y senos paranasales a consecuencia de ENFERMEDAD, aplicando el DEDUCIBLE indicado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente y un COASEGURO del 50%, dejando sin efecto lo especificado en la cláusula de REGLAS PARA EL CAMBIO EN EL USO DEL NIVEL HOSPITALARIO CONTRATADO.

En caso de ACCIDENTE no aplica DEDUCIBLE ni COASEGURO. Para esta cobertura aplica PERIODO DE ESPERA.

22. SIDA

Se ampara el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando se cumpla con el PERIODO DE ESPERA de 2 años. Todas las ENFERMEDADES derivadas de este padecimiento serán consideradas como un solo SINIESTRO. El límite máximo de SUMA ASEGURADA para esta cobertura se encuentra estipulado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

23. VUELOS PARTICULARES

Quedan cubiertos los gastos médicos derivados de ACCIDENTES derivados de un viaje en avión particular, **siempre que el ASEGURADO no sea parte de la tripulación ni el mecánico.**

24. LUNARES O NEVUS

Quedarán amparados los tratamientos para la eliminación de lunares o nevus, **siempre y cuando no sea únicamente por cuestión estética.**

25. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

La COMPAÑÍA reconocerá el tiempo que el ASEGURADO haya estado cubierto en otra(s) compañía(s) de forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los PERIODOS DE ESPERA señalados en la cláusula ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA. Para poder otorgar este beneficio, es necesario que el CONTRATANTE lo solicite dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia o alta en la PÓLIZA.

26. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO Y/O PSIQUIÁTRICO

Quedarán amparados los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que requiera el ASEGURADO, siempre y cuando el MÉDICO tratante considere que es necesario el tratamiento y éste haya sido prescrito por un psiquiatra o psicólogo. Siempre y cuando sea consecuencia de:

- a) Un ACCIDENTE amparado por esta PÓLIZA
- b) Se diagnostique dentro del periodo de la vigencia de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, algunas de las siguientes enfermedades: Cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias o accidente cerebro vascular
- c) Robo con violencia, secuestro o violación, mediante comprobación de la carpeta de investigación

del ministerio público

- d) Padecimientos de esquizofrenia, trastorno de ansiedad, enajenación mental, autismo, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, trastorno de personalidad del grupo A, B y C definidos en el DSM.

DSM.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

El límite de la SUMA ASEGURADA para esta cobertura se encuentra estipulado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente. Asimismo, está amparado el medicamento prescrito por el psiquiatra, hasta el límite de la SUMA ASEGURADA de esta cobertura.

No aplica DEDUCIBLE, COASEGURO ni periodo de espera para esta cobertura.

27. GASTOS DEL DONANTE

Después de alcanzada la edad de cinco años del ASEGURADO, se ampararán los gastos hospitalarios y de honorarios quirúrgicos de la persona que done un órgano al ASEGURADO. Dichos gastos serán integrados a la reclamación del receptor con límite de SUMA ASEGURADA especificado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Esta cobertura tendrá un PERIODO DE ESPERA de un año.

28. ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA

El CONTRATO DE SEGURO contenido en esta PÓLIZA amparará, después del periodo de ANTIGÜEDAD generada o ANTIGÜEDAD RECONOCIDA del ASEGURADO afectado, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos de acuerdo con los periodos establecidos.

- a) Cubiertas con seis meses de PERIODO DE ESPERA.

- a. Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio
- b. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
- c. Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares.
- d. Hallux Valgus
- e. Padecimientos Ginecológicos, no relacionados con el embarazo ni puerperio. **No aplica para padecimientos relacionados con los oncológicos.**
- f. Tratamiento de litiasis de vías urinarias.

- b) Cubierta con doce meses de **PERIODO DE ESPERA.**

- a) Padecimientos Oncológicos
- b) Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- c) Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- d) Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de las rodillas, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
- e) Enfermedades de columna vertebral.
- f) Nariz y senos paranasales
- g) Cirugías del piso perineal.
- h) Padecimientos anorrectales. Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- i) Hernias, eventraciones y protrusiones cualquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco).
- j) Gastos del donante

Estos periodos de espera no aplicarán para los padecimientos que sean a consecuencia de un ACCIDENTE ocurrido dentro de la vigencia y que esté cubierto por esta PÓLIZA.

III. EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

Los siguientes tratamientos, conceptos y sus gastos relacionados quedan excluidos de este Seguro:

1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:

- a) Actividades militares de cualquier tipo.
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
- c) Aviación privada en calidad de tripulante o mecánico.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- e) Uso de vehículos de motor riesgosos como go karts y jet ski.
- f) La práctica profesional de cualquier deporte.

2. Gastos incurridos a consecuencia de:

- a) Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en el Hospital, excepto la cama extra.
- b) Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje y el lenguaje.
- c) Padecimientos Preexistentes, salvo que se haya pactado su contratación.
- d) Tratamientos encaminados a corregir la disfunción sexual, incluyendo la eréctil.
- e) Tratamientos relacionados con los defectos de nacimiento y **ENFERMEDADES O MALFORMACIONES CONGÉNITAS** de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la **PÓLIZA**, salvo que cumpla los requisitos establecidos en dicha cobertura básica.
- f) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales (gastos por tratamientos de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura), excepto los que acontezcan a consecuencia de un **ACCIDENTE Cubierto** y que originen lesiones en estructuras naturales.
- g) Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de check-up.
- h) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y para cambio de sexo.
- i) Tratamientos para calvicie o acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones.
- j) Tratamientos para corregir anorexia, bulimia y obesidad (salvo que se haya contratado el beneficio adicional de Tratamiento de Obesidad en el caso de obesidad), incluyendo bypass gástrico cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones; así como tratamientos dietéticos y complementos vitamínicos, fitofármacos y fórmulas lácteas, siempre y cuando no se esté cubriendo el padecimiento de base del recién nacido.
- k) Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos

ACCIDENTES ocasionados por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse bajo los efectos del alcohol y/o bajo el influjo de drogas.

- l) Cualquier cuidado, tratamiento o lesión autoinfligida e intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- m) Tratamientos o intervención quirúrgica con el fin de corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía y miopía, salvo que se haya pactado su contratación, y estrabismo, en el caso de aquellos nacidos fuera de la vigencia de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL.
- n) Adquisición de anteojos o lentes de contacto.
- o) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura de trompas y la vasectomía y su restitución funcional.
- p) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas derivadas de la Biología de la Reproducción, esterilidad, fertilidad, ni cualquiera de sus complicaciones, así como cualquier evento derivado de dicho tratamiento, incluyendo los embarazos y sus complicaciones que se den durante el periodo de tratamiento o durante los doce meses posteriores a la suspensión de éste.
- q) Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, tratamientos experimentales o de investigación, que no estén regulados por NOM (Norma Oficial Mexicana) y por SSA (Secretaria de Salud / COFEPRIS)
- r) Compra de zapatos o plantillas ortopédicas.
- s) Tratamientos preventivos o profilácticos (vacunas, fármacos, exfoliaciones).
- t) Gastos efectuados por el ASEGURADO que no tengan relación con la ENFERMEDAD y/o ACCIDENTE reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.
- u) Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos propios de la edad.
- v) Cualquier ENFERMEDAD o ACCIDENTE cuyo inicio se haya manifestado en cualquier PERIODO AL DESCUBIERTO, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- w) Tratamientos de Nariz y Senos paranasales derivados de causas estéticas.
- x) Los SINIESTROS complementarios de la(s) aseguradora(s) anterior(es) de la colectividad, excepto si fue contratado el beneficio adicional de Pago de Complementos de Siniestros.
- y) PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ENFERMEDADES y/o complicaciones de recién nacidos prematuros, originados por alcoholismo, drogadicción, y/o cuando los padres del menor ASEGURADO se hayan sometido o se encuentren en tratamiento de infertilidad o esterilidad.
- z) Tratamientos con células madre, a excepción de enfermedades mielodisplásicas.

- aa) Cirugía robótica, a excepción de prostatectomía, histerectomía, nefrectomía y colectomía.
- bb) Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías
- cc) Epidemias

IV. BENEFICIOS ADICIONALES

De aparecer como amparados en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO, y mediante la obligación del pago de la prima correspondiente, la COMPAÑIA cubrirá las erogaciones que se originen por los Beneficios Adicionales que más adelante se detallan, de acuerdo con los límites establecidos en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente. Dichas erogaciones estarán sujetas a lo estipulado en estas condiciones. **El o los Beneficios Adicionales que no se contraten y no se encuentren descritos en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL O ENDOSO, se encuentran excluidos. Para todos los beneficios adicionales, aplican además de las exclusiones que se especifican en cada uno de ellos, las exclusiones de la cobertura básica.**

1. MATERNIDAD

Se ampara el Parto y/o Cesárea en caso de embarazo de la ASEGURADA TITULAR o Cónyuge. Aplica el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente para este Beneficio Adicional, dicha SUMA ASEGURADA será adicional a la indicada para APOYO DE MATERNIDAD Y ÓBITO FETAL.

No aplica DEDUCIBLE, ni COASEGURO.

El periodo de espera para esta cobertura será de diez meses de forma continua e ininterrumpida. Al contratar este beneficio adicional, se eliminan los periodos de espera para las coberturas de COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y/O PUERPERIO Y PADECIMIENTOS CONGÉNITOS O GENÉTICOS; así como el Beneficio Adicional de CONTROL PRENATAL. Aplica la TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA/ QUIRÚRGICA.

Las edades de aceptación para este beneficio son de 15 a 44 años de la madre ASEGURADA.

2. CONTROL PRENATAL

Se cubrirán los gastos originados para el control prenatal en caso de embarazo de la ASEGURADA TITULAR o Cónyuge, siempre y cuando haya estado asegurada de forma continua e ininterrumpida por al menos cinco meses previos la primera atención. Dentro de este Beneficio Adicional, se amparan consultas y pruebas de laboratorio y/o gabinete.

Aplica el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente para este Beneficio Adicional.

No aplica DEDUCIBLE, ni COASEGURO.

Las edades de aceptación para este beneficio son de 15 a 44 años de la madre ASEGURADA.

3. APOYO DE GASTOS DEL RECIEN NACIDO SANO

Se cubrirán los gastos originados por la atención médica del recién nacido sano, siempre y cuando el ASEGURADO TITULAR haya estado asegurado de forma continua e ininterrumpida por al menos diez meses anteriores a los gastos originados por este beneficio. Aplica el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y ENDOSO para este beneficio.

No aplica DEDUCIBLE, ni COASEGURO.

Las edades de aceptación para este beneficio son de los 15 a 44 años de la madre ASEGURADA.

4. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Se cubre emergencia en el extranjero, entendiéndose como tal, la atención médica inmediata para los ASEGURADOS que se encuentren fuera del territorio nacional, a consecuencia de un padecimiento cubierto

que, de no atenderse, pone en riesgo la vida, una función o la viabilidad de alguno de los órganos y la integridad corporal del ASEGURADO.

Se cubrirán los gastos erogados por emergencia médica con el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO; siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero. Cuando la atención médica de emergencia termine, cesa la condición de emergencia médica en el extranjero.

Los gastos médicos efectuados en el extranjero y amparados, a consecuencia de una emergencia médica en el extranjero, serán cubiertos por la COMPAÑÍA a través de REEMBOLSO, en su equivalente en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con el tipo de cambio vigente al momento de efectuarse el REEMBOLSO. Para que la COMPAÑÍA cubra los gastos de emergencia en el extranjero, el ASEGURADO deberá encontrarse de viaje por un periodo de tiempo no mayor a sesenta días.

Exclusiones adicionales que aplican a este Beneficio Adicional:

Además de las exclusiones de la cobertura básica, no quedarán cubiertos los gastos médicos a consecuencia de una emergencia médica en el extranjero por:

- a. Enfermería fuera del Hospital**
- b. Tratamientos de rehabilitación**
- c. Situaciones de Emergencia Médica que se hayan originado en la República Mexicana**
- d. Padecimientos Preexistentes**
- e. Parto o Cesárea**
- f. Estudios y operaciones que se programen dos días después de la emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del ASEGURADO.**

5. APARATOS AUDITIVOS Y/O IMPLANTES COCLEARES

Se amparan los aparatos auditivos y/o implantes cocleares que sean requeridos por un padecimiento cubierto. **No ampara sustituciones o cambios por defectos de fabricación**, se cubren únicamente por indicación del MÉDICO tratante, aplicará un COASEGURO del 20% sobre el COASEGURO indicado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente. Aplica el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO.

6. GASTOS FUNERARIOS

En caso de que el ASEGURADO fallezca durante la vigencia de la PÓLIZA, la COMPAÑÍA indemnizará la SUMA ASEGURADA contratada para este Beneficio Adicional, a quien acredite haber efectuado los gastos funerarios.

7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia directa de un PADECIMIENTO cubierto el ASEGURADO es Hospitalizado, la COMPAÑÍA pagará, a partir del segundo día de hospitalización, la SUMA ASEGURADA diaria establecida en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente, hasta un límite de 30 días por estancia.

El número máximo de días que se indemnizará en la vigencia de la PÓLIZA por ASEGURADO por todas las hospitalizaciones será de 90 días.

8. FRANJA FRONTERIZA

Quedan amparados los gastos realizados en la franja fronteriza con México, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica que consta de veinte millas, es decir 32.19 km.

de ancho, cuyo límite sur es la frontera con México.

Los gastos médicos cubiertos, y las exclusiones, bajo las cuales operará esta cobertura serán los mismos establecidos en la cobertura básica contratada en territorio nacional, **excepto para los gastos médicos previstos en el apartado APOYO DE MATERNIDAD Y ÓBITO FETAL y el beneficio adicional de MATERNIDAD, los cuales no quedan amparados bajo este beneficio adicional.**

Así mismo, se indica que, para los gastos médicos procedentes bajo este beneficio adicional, se aplicará doble DEDUCIBLE y doble COASEGURO del especificado en carátula de la PÓLIZA para la cobertura básica.

Los gastos efectuados en el extranjero por esta cobertura operarán únicamente bajo REEMBOLSO.

9. TRATAMIENTOS DE OBESIDAD

Se cubre tratamiento quirúrgico para obesidad de grado III y sus complicaciones de acuerdo con la clasificación indicada en la definición de Obesidad, hasta el monto señalado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y ENDOSO correspondiente para este Beneficio Adicional **y sólo con los proveedores pertenecientes a la Red SURA.** Se amparan si el índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 40 y que exista una comorbilidad, entendiéndose por ésta la interacción entre dos enfermedades que puedan empeorar en su evolución.

Quedan excluidos de estas coberturas tratamientos quirúrgicos estéticos para plastias de pliegues cutáneos.

Por la contratación de este beneficio, se modifica la exclusión 2 j) del numeral III Exclusiones- Riesgos no Cubiertos de esta PÓLIZA, para eliminar lo relacionado a Obesidad, siempre y cuando el ASEGURADO cumpla con los requisitos mencionados en este beneficio adicional.

10. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se cubrirán los gastos originados por PADECIMIENTOS PREEXISTENTES a la fecha de inicio de vigencia de la PÓLIZA o del alta del ASEGURADO en ésta, una vez transcurrido el PERIODO DE ESPERA indicado en la carátula de la PÓLIZA y estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en esta PÓLIZA. **No opera el reconocimiento de antigüedad para la eliminación de PERIODOS DE ESPERA.** Aplica el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente para este beneficio adicional. **Los PADECIMIENTOS y SINIESTROS abiertos en otra Compañía Aseguradora, no se consideran PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.**

Por la contratación de este beneficio, queda sin efecto la exclusión 2 c) del numeral III Exclusiones- Riesgos no Cubiertos de esta PÓLIZA, siempre y cuando el ASEGURADO cumpla con los requisitos mencionados en este beneficio adicional.

11. PAGO DE COMPLEMENTOS DE SINIESTROS

Se cubren gastos médicos de reclamaciones iniciadas dentro de la COLECTIVIDAD, con otras aseguradoras, siempre que no hayan transcurrido más de treinta días sin cobertura, operará únicamente para las personas y padecimientos reportados a la COMPAÑÍA al llenar la solicitud de aseguramiento. Para poder otorgar este beneficio adicional, será necesario presentar la carta de siniestralidad expedida por la compañía de seguros anterior donde se especifique SUMA ASEGURADA contratada; monto de DEDUCIBLE y COASEGURO pagados, así como SUMA ASEGURADA remanente. La SUMA ASEGURADA para estos siniestros será la menor entre la contratada con esta COMPAÑÍA y la indicada como remanente por la aseguradora anterior.

Todos aquellos padecimientos con reclamaciones iniciadas, dentro de la colectividad, con otras aseguradoras, que no sean reportados al momento de requisitar la solicitud de aseguramiento, no serán cubiertos.

Por la contratación de este beneficio, queda sin efecto la exclusión 2 x) del numeral III Exclusiones-Riesgos no Cubiertos de esta PÓLIZA, siempre y cuando se cumplan con los requisitos mencionados en este Beneficio Adicional.

12. COBERTURA INTERNACIONAL

La COMPAÑÍA cubrirá los gastos que se originen en el extranjero, de acuerdo con los límites establecidos en el apartado de Cobertura Básica - Gastos Médicos Cubiertos de la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL. Dichas erogaciones estarán sujetas a lo estipulado en estas condiciones. Los gastos médicos efectuados en el extranjero y amparados, serán reembolsados por la COMPAÑÍA en su equivalente en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con el tipo de cambio vigente al momento de efectuar el REEMBOLSO.

Participación del ASEGURADO en una RECLAMACIÓN

En toda RECLAMACIÓN amparada bajo este Beneficio Adicional, que se realice por y a consecuencia de un padecimiento cubierto en el CONTRATO DE SEGURO, el ASEGURADO tendrá como obligación el pago del DEDUCIBLE y doble COASEGURO contratados. En ningún momento aplica TOPE DE COASEGURO para esta cobertura. A los gastos complementarios de alguna reclamación que ya haya sido aceptada y pagada y por la cual ya se hubiese cubierto el DEDUCIBLE, no se le requerirá cantidad adicional alguna por este concepto, sólo se aplicará el COASEGURO correspondiente.

Reclamación

El pago de la reclamación se efectuará con base al Tabulador UCR (Usual, Customary and Reasonable) correspondiente a la zona en la cual fue erogado el gasto.

Ambulancia Aérea

Si a consecuencia de una EMERGENCIA MÉDICA el ASEGURADO requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, se cubrirá a cualquier ciudad del extranjero el traslado aéreo, con un máximo de siete horas de vuelo. Aplicará un COASEGURO del 20% del monto de los gastos erogados de los servicios derivados de este beneficio.

13. CIRUGIA REFRACTIVA

Quedarán cubiertas las intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de miopía, hipermetropía, presbiopía y astigmatismo, siempre que el ASEGURADO tenga más de 5 dioptrías en al menos un ojo, además será necesario presentar estudio de paquimetría, topometría y autorefracción. La SUMA ASEGURADA para este beneficio será la indicada en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO correspondiente. Se ampara lente intraocular.

No aplica DEDUCIBLE ni COASEGURO.

Aplica **PERIODO DE ESPERA** de un año.

Por la contratación de este beneficio, se modifica la exclusión 2 m) del numeral III. Exclusiones-Riesgos no Cubiertos de esta PÓLIZA, para eliminar lo relacionado a las intervenciones quirúrgicas de miopía, hipermetropía y astigmatismo, siempre y cuando el ASEGURADO cumpla con los requisitos mencionados en este beneficio adicional.

14. ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Esta cobertura elimina el periodo de espera para los siguientes padecimientos:

- a. Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio
- b. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
- c. Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares.
- d. Hallux Valgus
- e. Padecimientos Ginecológicos. No aplica para padecimientos relacionados con los oncológicos.
- f. Tratamiento de litiasis de vías urinarias.
- g. Padecimientos Oncológicos

- h. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- i. Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- j. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de las rodillas, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
- k. Enfermedades de columna vertebral.
- l. Nariz y senos paranasales
- m. Cirugías del piso perineal.
- n. Padecimientos anorrectales. Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- o. Hernias, eventraciones y protrusiones cualquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco)
- p. Gastos del donante

Por la contratación de este beneficio, se modifica la cobertura ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA de la Cobertura Básica, para eliminar lo relacionado a enfermedades cubiertas con periodo de espera.

15. TRATAMIENTOS DE ACUPUNTURA, HOMEOPATIA Y QUIROPRACTICOS

Quedan amparados para PADECIMIENTOS cubiertos y/o procedentes los gastos realizados por acupuntura, homeopatía y quiropáticos hasta el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, aplicando el DEDUCIBLE y COASEGURO contratados en todos los casos. **Para este beneficio adicional no aplica pago directo, aun cuando el ASEGURADO se haya atendido en un hospital en convenio.** No aplica PERIODO DE ESPERA. El médico tratante debe de contar con cédula profesional o documento que avale el ejercicio de esta práctica.

16. EMERGENCIA DE GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

Quedan amparados hasta el límite de SUMA ASEGURADA indicado en la carátula de la PÓLIZA, CERTIFICADO INDIVIDUAL y/o ENDOSO, los gastos originados de cualquier urgencia médica por la complicación de los tratamientos y/o estudios de prevención de los siguientes padecimientos:

- a) Tratamientos estéticos y de calvicie
- b) Tratamientos dietéticos, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones
- c) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil
- d) Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales

Quedarán excluidos todos los padecimientos que sean preexistentes a la fecha de contratación de esta PÓLIZA.

V. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Los Servicios de Asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguros para efectos de la legislación aplicable.

De aparecer como amparados en la carátula de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL, la COMPAÑÍA otorgará a través de un Prestador de Servicios con quien tiene celebrado un contrato, los servicios de asistencia que más adelante se describen. Dichas asistencias serán otorgadas dentro de la República Mexicana. El Prestador de Servicios coordinará y/o prestará los servicios de asistencia. No obstante que dichos servicios serán proporcionados por el Prestador de Servicios, la COMPAÑÍA será la única responsable frente al ASEGURADO por la actuación del prestador de servicios en virtud del presente Contrato de Seguro, no obstante lo anterior, el ASEGURADO estará protegido por la Ley Federal de Protección al Consumidor por cualquier reclamación que quisiera instaurar en contra del Prestador de Servicios.

Para los servicios descritos en este apartado no procederá el pago de REEMBOLSO ALGUNO.

De aparecer como amparados en la CARATULA DE LA PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL, los ASEGURADOS serán referidos por la COMPAÑÍA con el prestador de servicios que ésta designe con la finalidad de brindar los servicios contratados.

A continuación, se describen los Servicios de Asistencia que otorga la COMPAÑÍA que, de estar contratados, aparecerán como amparados en la carátula de la POLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL.

1. ASISTENCIA MEDICA

Misma que considera los siguientes servicios:

ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA

A petición del ASEGURADO, Médicos del prestador de Servicios de Asistencia le asistirán vía telefónica, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, sin costo ni límite de eventos durante la vigencia de la PÓLIZA, sobre problemas médicos menores, para atender síntomas y molestias, dudas con relación a la utilización de medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiere la presencia física de un médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, por lo que es responsabilidad del su aplicación y seguimiento.

Los Médicos del prestador de servicios no emitirán diagnóstico, tratamiento ni recetarán medicamento alguno.

ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA

El prestador de Servicios de Asistencia otorgará orientación nutricional telefónica para el ASEGURADO a través del centro de atención telefónica con nutriólogos, las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, sin costo ni límite de eventos durante la vigencia de la PÓLIZA.

En caso de así requerirlo el ASEGURADO, se le podrá brindar referencias de Nutriólogos para que los consulte personalmente y en su caso concertar la cita con dichos Nutriólogos.

DESCUENTOS Y PRECIOS PREFERENCIALES

Médicos

En caso de que el ASEGURADO requiera acudir con un médico, la Compañía, a través del Prestador de Servicios, lo referirá con médicos generales o especialistas, la elección del médico será a cargo del ASEGURADO. Los precios de las consultas con los médicos referenciados tendrán precios preferenciales.

Ópticas

El ASEGURADO tendrá también acceso mediante esta asistencia a descuentos en ópticas con proveedores en convenio.

Procedimiento para solicitar los servicios de Asistencia Medica

- Para recibir los servicios de asistencia, el ASEGURADO se deberán comunicar al teléfono: (55) 4161 2465
- Dar su nombre completo y número de PÓLIZA.
- Indicar el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo pueden contactar a él o a su representante.
- Dar una descripción del problema y/o tipo de asistencia solicitada.

Exclusiones

La Compañía no será responsable de los Servicios de Asistencia en los siguientes casos:

- Cuando sean derivados de la participación directa del ASEGURADO en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros,**

hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.

b) Las solicitudes de servicio ocurridas fuera de la vigencia de la PÓLIZA correspondiente.

c) Los ASEGURADOS no tendrán derecho a ser reembolsados por el Proveedor en Convenio.

2. ASISTENCIA DENTAL

La COMPAÑÍA, a través del Prestador de Servicios proporcionará los **servicios dentales** de carácter correctivo que a continuación se mencionan, siempre que se originen a causa de una patología dental por ENFERMEDAD o ACCIDENTE, **excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.**

Para hacer uso de este servicio, el ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono (Según el proveedor que eligió):

Centauro: 5063 3540 o Dentegra: 5002 3102 (Para Foráneos *Clave 01 55), a fin de concertar la cita con el Odontólogo que elija de las opciones que se le den.

Los servicios que se otorgarán son:

- 1.- Diagnóstico y plan de tratamiento.
- 2.- Consulta de emergencia en horario normal (Horario de atención regular en los consultorios de la red de dentistas).
- 3.- Radiología (Periapical, oclusal y aleta de mordida).
- 4.- Operatoria Dental (Amalgamas y resinas).
- 5.- Cirugía Dental (Extracciones, Biopsias de tejidos orales, incisión y drenajes de abscesos, frenictomías).
- 6.- Endodoncia (Recubrimiento Pulpal, Tratamientos de Conductos, Retratamientos (una sólo vez por pieza dental), Apexificación, Apicectomías, Obturaciones y Radicectomías)
7. Extracción de terceros molares, siempre y cuando sean necesarias para el tratamiento correctivo.

Estos servicios tendrán un costo preferencial para el ASEGURADO.

Exclusiones del servicio de ASISTENCIA DENTAL

a) Gastos cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.

b) Medicamentos, anestesia general o sedaciones.

c) Gastos hospitalarios.

d) Tratamientos y erogaciones fuera del territorio Nacional.

e) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.

f) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.

g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.

h) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético como restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.

i) Tratamiento que no esté especificado dentro de la descripción del Servicio de Asistencia.

j) Resinas en dientes posteriores en adulto y/o con restauración previa

(Reincidencia de caries).

k) Los tratamientos de las Especialidades no cubiertas como:

Prótesis, Ortodoncia, Cosmética Dental, Periodoncia y Cirugía Ortognática.

l) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos que no fueron referidos por el Prestador de Servicios.

Proceso para hacer uso del servicio de ASISTENCIA DENTAL:

- 1.- El ASEGURADO elegirá al Odontólogo de los referenciados y concertará una cita.
- 2.- El ASEGURADO acreditará su identidad en el consultorio mostrando identificación oficial y su PÓLIZA vigente de Gastos Médicos Mayores.
- 3.- El Odontólogo recabará los datos generales del ASEGURADO.
- 4.- El Odontólogo solicitará confirmación del servicio con el proveedor del servicio.
- 5.- El call center del proveedor confirmará el servicio, dará autorización y las características de los servicios contratados.
- 6.- El Odontólogo realizará diagnóstico y explicará el tratamiento al ASEGURADO.
- 7.- El ASEGURADO firmará de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.
- 8.- El Odontólogo complementará su diagnóstico y enviará el expediente al proveedor de servicios.
- 9.- El ASEGURADO pagará directamente al Odontólogo los honorarios que correspondan por el tratamiento realizado.
- 10.- No aplican reembolsos.

3.ASISTENCIA VISIÓN

La COMPAÑÍA, a través del Prestador de Servicios proporcionará los servicios optométricos correctivos que a continuación se mencionan, **excluyendo con esto toda atención de carácter preventivo.**

Para hacer uso de este servicio, el ASEGURADO deberá comunicarse al teléfono (Según el proveedor que eligió):

Centauro: 5063 3540 o Dentegra: 5002 3102 (Para Foráneos *Clave 01 55), en dónde se le proporcionará la información de las Ópticas a las que puede acudir para efectos de que se le proporcione este servicio de Asistencia.

Los gastos amparados por este beneficio son:

- 1.- Consulta optométrica.
- 2.- Armazón oftálmico y lentes graduados.
- 3.- Estuche duro por armazón.
- 4.- Lentes de contacto oftálmicos graduados, **NO COSMÉTICOS.**
- 5.- Solución para el cuidado de lentes de contacto.
- 6.- Estuche para lente de contacto básico.
- 7.- Reposición de Armazón

El servicio de dotación de lentes de contacto o de anteojos será una vez por ASEGURADO durante la vigencia anual de la PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente.

Estos servicios tendrán un costo preferencial para el ASEGURADO en las Ópticas referenciadas por el Prestador de Servicios.

Exclusiones del servicio de VISIÓN

a) Atención fuera de la República Mexicana.

b) Todos los gastos realizados por el ASEGURADO por cualquier cirugía

- practicada para efectuar alguna corrección visual.**
- c) Cualquier tratamiento adicional a las micas no indicado en la cobertura del plan contratado.**
 - d) Lentes de contacto denominados Gas Permeable.**
 - e) Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.**
 - f) Cualquier reclamación presentada, de servicios realizados en ópticas que no sean de las referenciadas.**
 - g) Lentes Antisulares.**

Proceso para hacer uso del servicio de Asistencia:

- 1.- El ASEGURADO elegirá la Óptica de su preferencia.**
- 2.- El ASEGURADO acreditará su identidad en la Óptica mostrando identificación oficial y su PÓLIZA vigente de Gastos Médicos Mayores.**
- 3.- En la Óptica se recabarán los datos generales del ASEGURADO.**
- 4.- La Óptica solicita al proveedor confirmación del servicio.**
- 5.- El call center del proveedor confirma el servicio y las características de los servicios contratados.**
- 6.- La Óptica realiza la Consulta Optométrica y recomienda el producto adecuado para el ASEGURADO.**
- 7.- La Óptica realiza la orden de trabajo y notifica al ASEGURADO la fecha de entrega del producto adquirido.**
- 8.- No aplica reembolso.**
- 9.- El ASEGURADO pagará directamente a la Óptica los honorarios que correspondan por los servicios prestados.**

VI. CLÁUSULAS GENERALES

OBJETO DEL SEGURO

Si el ASEGURADO incurriera, en cualesquiera de los Gastos Médicos enumerados en la presente, como consecuencia de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD cubiertos ocurridos durante la vigencia de esta PÓLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, la COMPAÑÍA pagará o reembolsará, según corresponda, el costo de los mismos hasta por el monto de la SUMA ASEGURADA, menos el DEDUCIBLE y COASEGURO consignados en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL aplicados en ese orden, siempre y cuando la PÓLIZA y el CERTIFICADO INDIVIDUAL se encuentren en vigor al momento del ACCIDENTE o ENFERMEDAD.

CONTRATO

Las declaraciones del CONTRATANTE proporcionadas por escrito a la COMPAÑÍA en la Solicitud de Seguro, la carátula de la PÓLIZA, los CERTIFICADOS INDIVIDUALES, las Cláusulas adicionales, las Condiciones Generales, el Registro de Asegurados y los ENDOSOS que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA. Bajo el mismo quedarán amparados todos los ASEGURADOS que integren la COLECTIVIDAD asegurada.

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.

VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este CONTRATO será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la PÓLIZA. Tratándose de la vigencia de los CERTIFICADOS INDIVIDUALES, la vigencia se especificará en cada uno de ellos.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones de este contrato sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el CONTRATANTE y la

COMPAÑIA, mediante ENDOSO o cláusulas registradas previamente ante la CNSF. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la COMPAÑIA carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente CONTRATO DE SEGURO, deberá hacerse por escrito a la COMPAÑIA, en el domicilio señalado en la carátula de la POLIZA y/o CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente. Las notificaciones que la COMPAÑIA haga al CONTRATANTE o ASEGURADOS se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

En todos los casos en que la dirección de una de las partes cambie, deberá comunicar a la otra parte la nueva dirección en la República Mexicana para todas las declaraciones o comunicaciones que deban enviarse.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este CONTRATO DE SEGURO prescribirán en dos años, contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de consultas y reclamaciones de la Compañía exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas, conforme a lo dispuesto por el Artículo 50 BIS de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este CONTRATO, ya sea por parte del CONTRATANTE o de la COMPAÑIA, se harán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. Cuando los gastos se eroguen en moneda extranjera, el tipo de cambio considerado será el que corresponda al dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se realicen los mismos.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El CONTRATANTE y los ASEGURADOS que se den de alta después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte de la COLECTIVIDAD, están obligados a declarar por escrito a la COMPAÑIA, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se les pregunten, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del CONTRATO. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, aun cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, facultará a la COMPAÑIA para considerar rescindido de pleno derecho el CONTRATO (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la COMPAÑIA quedaran extinguidas en caso de que el CONTRATANTE, ASEGURADO o el representante de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro.

EDADES DE ADMISIÓN Y RENOVACIÓN

Las edades de aceptación para este Seguro son a partir de los treinta días de nacido y hasta los sesenta y cuatro años. Los Hijos de los ASEGURADOS que nazcan dentro de la vigencia de la PÓLIZA, quedarán cubiertos desde su nacimiento, sujeto a lo establecido en la cláusula de ALTA DE ASEGURADOS.

En caso de renovación, ésta podrá efectuarse, tratándose del ASEGURADO TITULAR y su Cónyuge o Concubino(a), hasta la edad de sesenta y nueve años, y para los Hijos hasta los treinta y cinco años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario.

El otorgamiento de algunas coberturas o beneficios adicionales se sujeta a la edad de aceptación indicada

en la descripción de dichas coberturas o beneficios adicionales.

INEXACTA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad de algún ASEGURADO, se procederá de la siguiente forma:

- 1) La COMPAÑÍA no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la Edad real del ASEGURADO al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, en este caso, el seguro será rescindido y la COMPAÑÍA reintegrará al CONTRATANTE la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. La COMPAÑÍA ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.
- 2) Si la Edad del ASEGURADO estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:
 - a.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la Edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la Edad real, la obligación de la COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del contrato;
 - b.- Si la COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la Edad del ASEGURADO tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos;
 - c.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la Edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la Edad real, la COMPAÑÍA estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la Edad real del ASEGURADO en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta Edad; y

Para los cálculos arriba señalados, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los ASEGURADOS, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para los ASEGURADOS que ya la hayan comprobado.

PRIMA

El monto de la prima de esta 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, basada en la SUMAASEGURADA, el sexo y la edad de cada ASEGURADO y condiciones de la COLECTIVIDAD. En cada renovación se revisarán las primas obtenidas, conforme al procedimiento registrado ante la CNSF en la nota técnica respectiva, de acuerdo con la SUMAASEGURADA contratada y la edad alcanzada por cada uno de los ASEGURADOS.

FORMA DE PAGO

El CONTRATANTE podrá optar por el pago fraccionado de la prima. Si el CONTRATANTE opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de tiempo de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento que corresponda.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado.

En caso de alta de un ASEGURADO, la COMPAÑÍA cobrará al CONTRATANTE, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro en curso.

La prima deberá ser cubierta en el domicilio de la COMPAÑÍA indicado en la carátula de la PÓLIZA, no obstante lo anterior, el CONTRATANTE podrá optar por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado, el Estado de Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la Institución Financiera, en dónde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago. En caso de que el pago de la prima se realice a través del agente de seguros, éste sólo podrá cobrar primas contra el recibo oficial expedido por la COMPAÑÍA. Las primas así cobradas se entenderán recibidas directamente por la COMPAÑÍA.

PERIODO DE GRACIA

El CONTRATANTE gozará de un periodo de gracia de treinta días naturales, contados a partir del vencimiento del periodo pactado, para liquidar el total de la prima o la fracción de ella. A las doce horas del último día del periodo de gracia, los efectos del CONTRATO cesarán automáticamente si el CONTRATANTE no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada, sin necesidad de notificación o declaración judicial, perdiendo los ASEGURADOS todos los derechos de antigüedad que tenía la PÓLIZA.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el Siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

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

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

OCUPACIÓN

Si el ASEGURADO cambia de ocupación por una de mayor riesgo, deberá avisar por escrito a la COMPAÑÍA. Ésta se reserva el derecho de extender el riesgo al que se expone por dicha ocupación, o bien, incluir condiciones especiales para la aceptación del mismo, ya sea mediante el pago de una extra prima o aplicar exclusiones particulares.

RESIDENCIA

Únicamente estarán amparados en este contrato los ASEGURADOS que tengan su residencia permanente en la República Mexicana. El CONTRATANTE y/o ASEGURADOS TITULARES tienen la obligación de notificar a la COMPAÑÍA el lugar de residencia de sus DEPENDIENTES ECONOMICOS, en caso de que éstos no vivan en el mismo domicilio del ASEGURADO TITULAR.

En caso de que el ASEGURADO permanezca en el extranjero por más de tres meses continuos deberá informarlo a la COMPAÑÍA.

PERIODO DE BENEFICIO

La COMPAÑÍA tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del CONTRATO DE SEGURO, teniendo como límite lo que ocurra primero:

El agotamiento de la SUMA ASEGURADA.

El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la PÓLIZA y hasta cinco días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.

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

RENOVACIÓN

Esta PÓLIZA se renovará previa aceptación de la COMPAÑÍA, lo cual se hará constar mediante ENDOSO, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades vigente a la fecha de la renovación y el CONTRATANTE haya solicitado a la Compañía la renovación de la PÓLIZA dentro de los últimos 20 días naturales de la PÓLIZA en vigor.

La renovación otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- b) Los periodos de espera no serán modificados en perjuicio de los ASEGURADOS.
- c) Las edades límite no serán modificadas en perjuicio de los ASEGURADOS.

La COMPAÑÍA informará al CONTRATANTE, con al menos veinte días hábiles de anticipación a la renovación, los valores de la PRIMA, DEDUCIBLE y COASEGURO que se aplicarán en la nueva vigencia.

Si la PÓLIZA se renueva manteniendo los mismos términos y condiciones en lo que corresponde a DEDUCIBLE, COASEGURO, SUMA ASEGURADA, NIVEL HOSPITALARIO Y BASE DE HONORARIOS

QUIRÚRGICOS, se continuarán pagando los gastos procedentes de los siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la ENFERMEDAD y/o ACCIDENTE cubierto, con base al plan vigente en el momento del primer gasto.

Si la PÓLIZA se renueva con cambios en algunos de los conceptos de DEDUCIBLE, COASEGURO, SUMAASEGURADA, NIVEL HOSPITALARIO y BASE DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS se continuarán pagando los gastos procedentes de los siniestros ya abiertos en la COMPAÑÍA de acuerdo con lo indicado en la cláusula de CAMBIO DE PLAN. En caso de haberse contratado el Beneficio Adicional de PAGO DE COMPLEMENTOS, los gastos médicos que se sigan generando por siniestros iniciados en otra compañía, se aplicará lo establecido en dicho Beneficio Adicional.

El incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a la nota técnica registrada ante la CNSF.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo expedido por la COMPAÑÍA, el Estado de Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la Institución Financiera, en dónde aparezca dicho cargo, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente por el CONTRATANTE mediante notificación por escrito, en cuyo caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADOS, en la misma proporción en que participen en el pago de la prima, tendrán derecho a la devolución de la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, previa disminución del costo de adquisición total pagado por la COMPAÑÍA por la intermediación de este seguro. Dicha devolución se hará en un plazo de treinta días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, en este caso, el CONTRATANTE, en el mismo escrito que dirija a la COMPAÑÍA, proporcionará los datos bancarios de cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente, dando prioridad al medio de pago utilizado por el CONTRATANTE para el pago de la prima.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La COMPAÑÍA se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al ASEGURADO. El ASEGURADO tendrá obligación de cooperar con la COMPAÑÍA para conseguir la recuperación del daño. La falta de cumplimiento de las obligaciones señaladas en esta Cláusula, así como si por hechos u omisiones del (los) ASEGURADO (s) se impide la subrogación, La COMPAÑÍA quedará liberada de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el ASEGURADO y la COMPAÑÍA concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el ASEGURADO tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

REHABILITACIÓN

En caso de que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, el CONTRATANTE podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta días siguientes al último día del periodo de gracia, la cual estará sujeta a la revisión y aceptación de la COMPAÑÍA y conforme a las siguientes condiciones:

En caso de rehabilitación se respetará la antigüedad de cada ASEGURADO.

Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato, es necesario que el CONTRATANTE o ASEGURADO cubra la prima del periodo en descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo de seguro, así como la prima que esté vencida de tal forma que se ponga al corriente con el pago de la PÓLIZA.

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

Esta PÓLIZA no podrá ser rehabilitada más de dos ocasiones dentro de un mismo

periodo de seguro.

En ningún caso, la COMPAÑIA cubrirá los siniestros ocurridos durante el periodo entre la fecha en que este contrato hubiere cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

ALTA DE ASEGURADOS

(Art. 17 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la COLECTIVIDAD asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

La Compañía, mientras se encuentre en vigor esta PÓLIZA, incluirá a las personas que se integren a la COLECTIVIDAD, para lo cual será requisito indispensable la solicitud por escrito del CONTRATANTE. El incumplimiento de esta obligación traerá como consecuencia que la COMPAÑIA, en caso de siniestro, sólo cubra a los ASEGURADOS que aparezcan en el Registro de Asegurados.

Los Hijos de los ASEGURADOS que nazcan dentro de la vigencia de la PÓLIZA, quedarán cubiertos desde el nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando el ASEGURADO(A) TITULAR tenga al menos diez meses continuos de cobertura en la PÓLIZA al momento del nacimiento. Del nacimiento se deberá dar aviso, para su inclusión en el Seguro, dentro de los treinta días siguientes a la ocurrencia del evento, de lo contrario, su aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad que solicite la COMPAÑIA para tal efecto. Asimismo, el ASEGURADO podrá dar de alta a su Cónyuge o Concubino(a) o Conviviente, el que podrá quedar cubierto desde la fecha que se reciba aviso por escrito del CONTRATANTE, debiendo presentar la solicitud y en caso de ser necesario el examen médico correspondiente. En ambos casos, la cobertura entrará en vigor al momento de la aceptación por escrito de la Compañía.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo ASEGURADO deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente en los términos de la cláusula de PRIMA.

BAJA DE ASEGURADOS

(Art. 18 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

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

La notificación para dar de baja a cualquier ASEGURADO deberá ser por escrito y firmada por el

ASEGURADO TITULAR o por el CONTRATANTE con un máximo de treinta días naturales posteriores a la fecha efectiva de la baja

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la COMPAÑÍA a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del CONTRATANTE, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la COMPAÑÍA.

REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el CONTRATANTE, la COMPAÑÍA mantendrá un registro de Asegurados, el cual contendrá los siguientes datos:

Nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD.

Suma Asegurada o regla para determinarla.

Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD y fecha de terminación de los mismos.

Número del CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Coberturas y/o Beneficios Adicionales amparados.

A solicitud del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA deberá entregarle copia de este registro.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El CONTRATANTE, durante la vigencia de este Contrato, tiene las siguientes obligaciones:

- a. Comunicar a la COMPAÑÍA los nuevos ingresos a la COLECTIVIDAD Asegurada dentro de los treinta días naturales siguientes, en dicha comunicación deberá informar a la COMPAÑÍA por lo menos el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, SUMA ASEGURADA, si se trata de una ASEGURADO TITULAR o DEPENDIENTE ECONÓMICO.
- b. Comunicar a la COMPAÑÍA de las separaciones definitivas de la COLECTIVIDAD Asegurada dentro de los treinta días naturales siguientes a cada separación.
- c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los ASEGURADOS y que dé lugar a algún cambio de las SUMAS ASEGURADAS o alguna extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un plazo máximo de treinta días naturales después del cambio y, las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
- d. Tener a disposición de la COMPAÑÍA los registros de cada uno de los ASEGURADOS amparados por esta PÓLIZA.

CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La COMPAÑÍA deberá expedir y entregar un CERTIFICADO para cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD Asegurada. La Aseguradora, previo convenio con el CONTRATANTE, puede dar cumplimiento a su obligación de entregar los CERTIFICADOS INDIVIDUALES, mediante alguna de las siguientes opciones:

- Proporcionando al CONTRATANTE los CERTIFICADOS INDIVIDUALES para su entrega a los ASEGURADOS.
- Estableciendo la obligación del CONTRATANTE de hacer del conocimiento de los ASEGURADOS la información prevista en la fracción I del artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Cuando así se haya convenido, el CONTRATANTE está obligado a entregar a cada uno de los miembros de la COLECTIVIDAD Asegurada los CERTIFICADOS INDIVIDUALES correspondientes, así como cualquier otro documento que contenga los derechos y obligaciones derivados de este contrato, incluyendo estas Condiciones Generales.

No obstante lo anterior, el ASEGURADO puede solicitar a la COMPAÑÍA la documentación a que se hace referencia en el párrafo anterior. Para tal efecto, el ASEGURADO deberá solicitarlo por escrito a la COMPAÑÍA, en dicho escrito deberá informar la forma en que desea sea enviada la documentación (ya sea a su domicilio o a través del correo electrónico que éste designe), la COMPAÑÍA la enviará dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud.

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN

En caso de que la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE hayan convenido que la administración de esta PÓLIZA la lleve a cabo este último, hecho que se indicará en la carátula de la PÓLIZA, el CONTRATANTE se obliga a integrar el expediente actualizado con la información y documentación relativa al seguro que la COMPAÑÍA le indique de manera expresa y por escrito, así como a otorgar a la COMPAÑÍA acceso irrestricto a toda la información relacionada con el seguro, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, así como con los requerimientos de información establecidos por la CNSF en materia de este seguros.

Así mismo y conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el CONTRATANTE deberá proporcionar a la COMPAÑÍA todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el CONTRATANTE del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la COLECTIVIDAD de que se trate, y ponerlos a disposición de la COMPAÑÍA y de la CNSF, cuando se les requiera.

CAMBIO DE CONTRATANTE

(art. 20 del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades)

“Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

.....
II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o COLECTIVIDAD, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo CONTRATANTE.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.”

TRÁMITE DE RECLAMACIONES

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la COMPAÑÍA en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de cualquier ACCIDENTE o ENFERMEDAD que pueda ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicho aviso tan pronto desaparezca el impedimento.

La COMPAÑÍA se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del CONTRATANTE, del ASEGURADO y/o reclamante, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la COMPAÑÍA de cualquier obligación.

En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a la COMPAÑÍA la realización del siniestro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Los ASEGURADOS dentro de la presente PÓLIZA, están en libertad de escoger los Hospitales o Sanatorios y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere este CONTRATO DE SEGURO; en el entendido que los costos que asume la COMPAÑÍA serán los consignados en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL correspondiente, de acuerdo al plan contratado.

La COMPAÑÍA sólo pagará los honorarios de enfermeras y médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que no sean parientes directos del ASEGURADO.

La COMPAÑIA sólo pagará los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales privados, **no se efectuará por parte de la COMPAÑIA, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquier otros semejantes en donde no se exija contraprestación.**

La COMPAÑIA podrá nombrar a alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la ENFERMEDAD o lesiones y la procedencia de los honorarios y gastos realizados. En caso necesario o de duda para la comprobación del diagnóstico, los ASEGURADOS autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que los hubieren tratado, para dar información a la COMPAÑIA o persona designada por ésta, y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de esta. Si el ASEGURADO no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho al pago correspondiente.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la COMPAÑIA a causa de omisión o inexacta declaración en el aviso por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a la COMPAÑIA por el ASEGURADO.

PAGO DE RECLAMACIONES

Pago Directo

La COMPAÑIA pagará los gastos médicos amparados directamente a los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo, que hayan atendido al ASEGURADO, de acuerdo a lo estipulado en este CONTRATO DE SEGURO

Pago Vía Reembolso

Cuando el ASEGURADO no haya hecho uso de la RED SURA o su siniestro haya ocurrido durante el periodo de gracia y la PRIMA o fracción que corresponda no ha sido pagada, las reclamaciones que resulten cubiertas en los términos del presente Contrato, serán pagaderas, vía reembolso, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la reclamación que la COMPAÑIA haya solicitado.

El reclamante deberá presentar a la COMPAÑIA las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, requisitadas por cada uno de los Médicos que intervinieron, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro documento que la COMPAÑIA juzgue necesario para la apreciación de la Reclamación. En caso de no cumplirse estos requisitos, la COMPAÑIA quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente Reclamación.

Todas las reclamaciones cubiertas por la COMPAÑIA deberán ser pagadas al ASEGURADO que acredite haber hecho el pago de los gastos, siempre que sea mayor de edad.

APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

- a) En caso de ENFERMEDAD, cuando los gastos médicos rebasen el DEDUCIBLE contratado, se procederá de la siguiente manera:

Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.

A la cantidad resultante se le descontará primero el DEDUCIBLE y después la cantidad por concepto de COASEGURO, de acuerdo con el porcentaje y TOPE DE COASEGURO establecidos en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL respectivo.

El DEDUCIBLE, el COASEGURO, así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada ENFERMEDAD cubierta.

Atención fuera de Red SURA

En caso de que se utilicen Médicos u Hospitales que no pertenezcan a la Red SURA, se aplicará el DEDUCIBLE pactado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL respectivo, así como el porcentaje de COASEGURO especificado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL con respecto a la presente cláusula, quedando sin efecto el TOPE DE COASEGURO contratado.

En caso de que el HOSPITAL (correspondiente al Nivel Hospitalario contratado) o MEDICO que atendieron al ASEGURADO se ajusten a la **TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA**, el DEDUCIBLE y COASEGURO contratado se reducirá en el porcentaje especificado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Cuando el HOSPITAL O MEDICO que atendieron al ASEGURADO no formen parte de la RED SURA y hayan aceptado ajustarse a la **TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA**, y cobren al ASEGURADO un excedente por diferencia de honorarios, esta diferencia no será reembolsable.

Atención dentro de la Red SURA

Si a consecuencia de una ENFERMEDAD cubierta, se acude a un HOSPITAL O MEDICO de RED SURA, el DEDUCIBLE y COASEGURO contratados se reducirá en el porcentaje indicado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL. Lo anterior siempre y cuando el HOSPITAL corresponda al nivel hospitalario contratado.

- b) En el caso de ACCIDENTES cubiertos, cuando el gasto supere el monto del DEDUCIBLE contratado, y siempre que el HOSPITAL O MEDICO correspondan a la RED SURA, y el ASEGURADO se atienda en el nivel hospitalario contratado, no aplicará DEDUCIBLE ni COASEGURO.

Si el ASEGURADO acude a un HOSPITAL O MEDICO FUERA DE RED se aplicará el DEDUCIBLE y COASEGURO estipulado en la POLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL, en caso de que éstos se ajusten a la **TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA** correspondiente al nivel hospitalario contratado, no aplicará DEDUCIBLE ni COASEGURO.

Cuando el HOSPITAL O MEDICO que atendieron al ASEGURADO no formen parte de la RED SURA y hayan aceptado ajustarse a la **TABLA DE HONORARIOS POR ATENCIÓN MÉDICA / QUIRÚRGICA**, y cobren al ASEGURADO un excedente por diferencia de honorarios, esta diferencia no será reembolsable.

LIQUIDACIÓN

La COMPAÑIA pagará el monto que proceda de la reclamación presentada cuando sea a través de reembolso, en una sola exhibición, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el ASEGURADO le proporcione por escrito. Dicho pago será efectuado dentro de los 30 días posteriores a aquel en que haya recibido la documentación e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

REGLAS PARA EL CAMBIO EN EL USO DEL NIVEL HOSPITALARIO CONTRATADO

Estas reglas aplican únicamente cuando el ASEGURADO haga uso de los HOSPITALES de la RED SURA.

En de que se haya contratado el plan con nivel B y el ASEGURADO se atiende en un HOSPITAL de nivel A, se aplicará doble DEDUCIBLE y doble COASEGURO.

En caso de que se haya contratado el plan con nivel C y el ASEGURADO se atiende en un HOSPITAL de nivel B, se aplicará doble DEDUCIBLE y doble COASEGURO; de atenderse en un HOSPITAL de nivel A se aplicará triple DEDUCIBLE y triple COASEGURO.

En caso de acudir a un HOSPITAL O MEDICO DE RED, y corresponda a un nivel hospitalario menor al contratado, se tendrá disminución en DEDUCIBLE y COASEGURO como sigue:

1. Si se tiene contratado un plan con nivel hospitalario B y se acude a un hospital nivel C, o si se tiene contratado un plan con Nivel Hospitalario nivel A y se acude a un Hospital nivel B, la reducción en DEDUCIBLE y COASEGURO será del porcentaje especificado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL, quedando sin efecto lo establecido en la Cláusula de APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.
2. Si se tiene contratado un plan con nivel hospitalario A y se acude a un HOSPITAL nivel C, la reducción en DEDUCIBLE y COASEGURO será del porcentaje indicado en la carátula de la PÓLIZA y CERTIFICADO INDIVIDUAL, quedando sin efecto lo establecido en la Cláusula de APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO.

El pago del Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) será cubierto por la COMPAÑÍA. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del ASEGURADO.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

Si la COMPAÑÍA no cumple con su obligación de pago dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e informaciones solicitados por ésta, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, pagará un interés moratorio calculado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y que se transcribe textualmente a continuación.

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

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

- calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
- El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
- a) Los intereses moratorios;
 - b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
 - c) La obligación principal.
- En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.
- Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y
- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑIA o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO

El ASEGURADO podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la COMPAÑIA, solicitar por escrito a

la COMPAÑIA, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑIA, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del ASEGURADO derivan o no de un padecimiento preexistente. La COMPAÑIA acepta que si el ASEGURADO acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo al procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el ASEGURADO y en caso de existir será liquidado por la COMPAÑIA.

COMISIONES Y COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la PÓLIZA, el CONTRATANTE podrá solicitar por escrito a la COMPAÑIA le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La COMPAÑIA proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

RESPONSABILIDAD DE PRESTADORES DE LA RED SURA

En los términos de la PÓLIZA, queda entendido que el ASEGURADO, al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, aun cuando se hayan seleccionado de la Red SURA con la que la tenga celebrados convenios, asume que la relación que establece el ASEGURADO 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, por lo que la COMPAÑIA 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.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La documentación contractual correspondiente al seguro contratado se entregará al CONTRATANTE en papel impreso, salvo previo consentimiento expreso por escrito de parte del CONTRATANTE para su entrega en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea.

USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

El CONTRATANTE y/o ASEGURADO podrá hacer uso de los medios electrónicos que la COMPAÑIA tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este CONTRATO DE SEGURO. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por la COMPAÑIA para verificar la identidad del usuario y su facultad para realizar operaciones electrónicas.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios podrán ser consultados en la página de internet: www.segurossura.com.mx

La COMPAÑIA solicitará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, al momento de la contratación del seguro y/o del uso de medios electrónicos, a través de las herramientas disponibles, una dirección de correo electrónico, a fin de enviarle notificaciones derivadas de dicha contratación y/o modificación de operaciones y servicios previamente contratados.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Este seguro estará en vigor hasta el día en que termine su vigencia, fecha que se encuentra estipulada en la carátula de la PÓLIZA.

No obstante, lo anterior, el CONTRATANTE y/o ASEGURADO lo podrán dar por terminado telefónicamente a través del siguiente proceso:

- i. Llamar al número telefónico 57237999, opción 4; o, al número que se encuentre vigente al momento de la cancelación anticipada.
- ii. Brindar la información que le sea requerida por la persona que lo está atendiendo, a fin de que ésta pueda validar la PÓLIZA y la identidad del cliente.
- iii. Deberá enviar la solicitud de terminación anticipada firmada de su puño y letra, acompañada de copia simple de una identificación oficial vigente. El envío deberá realizarse al correo electrónico que se le proporcione en la llamada.
- iv. Una vez que el CONTRANTE y/o ASEGURADO haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico indicado en el punto “i” de este documento, en dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DERIVADA DE OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

La COMPAÑIA entregará al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, a través del medio elegido por este último, todos los documentos donde consten sus derechos y obligaciones derivadas de este CONTRATO DE SEGURO, por cualquiera de las siguientes opciones:

- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;
- A través de correo electrónico, en este caso el CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá otorgar su consentimiento por escrito para recibir la documentación a través de la dirección del correo electrónico que designe para tal efecto.

Encaso de que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no reciba dentro de los treinta días siguientes a la contratación los documentos que integran este CONTRATO DE SEGURO, deberá comunicarse al número telefónico de la COMPAÑIA, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. La COMPAÑIA se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los treinta días hábiles siguientes a la solicitud hecha por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo al que se hace referencia vencerá el día hábil inmediato siguiente.

CAMBIO DE PLAN

Cuando el CONTRATANTE solicite el cambio de este seguro de gastos médicos por otro plan con esta misma COMPAÑIA, los beneficios adquiridos por la antigüedad de la PÓLIZA anterior, no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

Lo anterior, en el entendido de que, si el CONTRATANTE al cambiar su plan de seguro solicita modificaciones a los beneficios o incrementos de SUMA ASEGURADA, la COMPAÑIA podrá llevar a cabo el procedimiento de suscripción que considere necesario.

Los gastos complementarios de aquellos siniestros reportados antes del cambio de plan se pagarán de acuerdo a las coberturas y condiciones del plan vigente a la fecha de la apertura del SINIESTRO.

TERRITORIALIDAD

La presente PÓLIZA otorga cobertura respecto a los gastos erogados únicamente en la República Mexicana, salvo que se hayan contratado los Beneficios Adiciones de EMERGENCIA MEDICA EN EL EXTRANJERO, FRANJA FRONTERIZA y/o COBERTURA INTERNACIONAL.

Usted tiene acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá acceder a través de la siguiente dirección electrónica: www.gob.mx/condusef

MARCO LEGAL

Las leyes y artículos citados en este contrato podrán ser consultados en:

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

<http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx>

LEY DE PROTECCION Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

<https://www.gob.mx/condusef/documentos/marco-legal-26548?idiom=es>

CODIGO PENAL FEDERAL

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpf.htm>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de marzo de 2019, con el número PPAQ-S0010-0019-2019/CONDUSEF-003739-01.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía (UNE) la cual se encuentra ubicada en Boulevard Adolfo López Mateos 2448, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01060 en la Ciudad de México, con los teléfonos 57237999 con un horario de atención de lunes a jueves de las 8:30 a 17:30 horas y viernes de las 8:30 a 14:30 horas, o visite www.segurossura.com.mx. Asimismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México o en cualquiera de sus delegaciones; www.condusef.gob.mx; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx. Teléfonos: en la Ciudad de México (55) 53400999, Resto de la República Mexicana 01 800 999 8080.

Seguros SURA, S.A. de C.V.

Blvd. Adolfo López Mateos 2448 Altavista, Alcaldía Álvaro Obregón 01060 Ciudad de México

Tel. (55) 5723 7999

01 800 723 7900

www.SegurosSURA.com.mx atencion.clientes@segurossura.com.mx

Si usted tiene dudas de su póliza o requiere información de nuestros productos, por favor llámenos a SURA TE OYE 01 800 00 TE OYE (83693)

BD0319-ED01MK

DERECHOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS O BENEFICIARIOS. GASTOS MÉDICOS MAYORES.

Con el propósito de darle una perspectiva general de los derechos que como contratante, asegurado o beneficiario de un seguro de gastos médicos tiene y garantizar así el mejor aprovechamiento y ejercicio de los mismos, le presentamos esta breve guía.

- a) Contratante: es la persona que directamente adquirió el seguro, para sí- en la mayoría de los casos- o para alguien más- como ocurre con las escuelas para sus alumnos, las carreteras para sus usuarios, etc.
- b) Asegurado: es la persona cuya salud o integridad física está directamente relacionada con el riesgo amparado por el seguro.
- c) Beneficiario: es aquella persona que tiene derecho a recibir los beneficios económicos del seguro al ocurrir el riesgo, aunque no sea la persona asegurada, al estar así nombrado por el propio Asegurado o en virtud de tener algún interés o privilegio relacionado con el riesgo protegido por el seguro, como ocurre con el banco acreedor respecto de los créditos que otorga o por razones similares.

Como Contratante y Asegurado tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a que se le proporcione lo siguiente:

- a) Solicitar al intermediario o la persona moral encargado de la venta del seguro con la que se esté llevando a cabo la contratación del seguro, la identificación que lo acredite para llevar a cabo dicha intermediación o venta.
- b) Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro. Dicha Información se le enviará por escrito o a través de medios electrónicos en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la solicitud.
- c) Solicitar toda la información que le permita conocer cuáles son las condiciones generales del contrato de seguro, así como que le sea detallado el alcance de las coberturas, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles, los coaseguros, los periodos de espera, así como las formas de terminación del seguro.
- d) Si Usted ha sido sometido a un examen médico, Seguros SURA no podrá aplicar ninguna cláusula de preexistencia relacionada con la enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le hubiera aplicado.

Conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le compartimos información que como contratante, asegurado o beneficiario, debe conocer en caso de ocurrir un siniestro

- Tiene derecho a recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro. Usted tiene derecho a un periodo de gracia para el pago de la prima, el cual se indica en su recibo de pago y/o póliza. Transcurrido dicho periodo, el seguro cesará en sus efectos de manera automática.
- Su póliza indica en sus condiciones generales el procedimiento a seguir en caso de siniestro, pero en cualquier circunstancia, es importante que reporte el siniestro en los números telefónicos provistos para el efecto y en su caso, que acuda a cualquiera de nuestras oficinas para conocer la información que de acuerdo con la naturaleza del siniestro; Resulta necesario para Seguros SURA el aviso expedito que permite a Seguros SURA tomar las decisiones correctas y oportunas, además de facilitarle a usted agilizar el trámite y recibir instrucciones de parte de Seguros SURA sobre cualquier acción o medida a tomar.
- La entrega de información veraz es un factor clave para la eficacia de la cobertura por lo que es importante que se cerciore de entender lo ocurrido o incluso indique aquellas circunstancias o hechos que desconoce. La proveeduría de información falsa suele afectar los derechos derivados del seguro.
- Tiene derecho a que le indemnicen en términos del seguro contratado, dentro de los 30 días siguientes a que se haya entregado la última información solicitada por Seguros SURA para el entendimiento de las circunstancias e implicaciones del siniestro. En caso de que Seguros SURA

no cumpla con lo anterior, Usted tendrá derecho a cobrar una indemnización por mora, la cual se calcula en los estrictos términos previstos por la Ley y los cuales se encuentran explicados en las condiciones generales del seguro.

- Cualquier indemnización que Seguros SURA pague con motivo de un siniestro, reducirá en igual cantidad la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con la resolución de su siniestro o con el servicio o asistencia, puede presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) ubicada en nuestro domicilio con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.
- Si presentó la queja ante CONDUSEF, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si entre las partes no hay conciliación.

Finalmente le informamos que Seguros SURA cuenta con políticas corporativas que establecen las medidas necesarias para auxiliar en su condición a la población con capacidades diferentes, tales como facilidades en la atención y el servicio, accesos especiales y adecuados en sus instalaciones, prioridad en la atención de los siniestros, así como un trato respetuoso y digno.

**SEGUROS SURA cuenta con una oferta
integral en seguros para cada una de sus
necesidades**

Empresa

Auto

Transporte

Construcción

Hogar

PyME

Responsabilidad Civil

Vida

Accidentes Personales

Gastos Funerarios

Programa Escolar

Agrícola

Si tiene dudas acerca de su póliza o requiere información
de nuestros productos, por favor llámenos

01 800 00 83 693

www.segurossura.com.mx

01 800 911 7692

Para reporte de siniestros