

SEGUROS



Seguro de Gastos Médicos Individual
o Familiar Plan Bienestar SURA

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 videgrabaciones, 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:

- 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.
- 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.
- 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:

- 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.
- Para dar cumplimiento a nuestras obligaciones tributarias, así como para atender notificaciones, oficios o requerimientos oficiales de autoridades judiciales mexicanas y extranjeras.
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social, con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contenidas en la legislación de seguridad social.
- 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-002857-02

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-002857-02

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.

ÍNDICE	Página	
Definiciones	7	
Cobertura Básica	15	
Servicios Médicos y Quirúrgicos	17	Cláusula 5a. Moneda 29
Habitación Hospitalaria	18	Cláusula 6a. Periodo de Beneficio 29
Unidad de Cuidados Intensivos	18	Cláusula 7a. Renovación Automática 29
Honorarios por Consultas Médicas	18	Cláusula 8a. Omisiones o Inexactas Declaraciones 30
Honorarios por Enfermera	19	Cláusula 9a. Residencia 30
Pago por Medicamentos	19	Cláusula 10a. Territorialidad 30
Exámenes de Laboratorio y Gabinete	19	Cláusula 11a. Agravación de Riesgo 30
Renta y/o Compra de Aparatos	19	Cláusula 12a. Edad 31
Prótesis	19	Cláusula 13a. Inexacta Declaración de edad 31
Medicina Física y Rehabilitación	19	Cláusula 14a. Prima 31
Ambulancia Terrestre Local	19	Cláusula 15a. Forma de Pago 32
Segunda Valoración Médica en Territorio Nacional	20	Cláusula 16a. Terminación Anticipada 33
Preexistencia Declarada	20	Cláusula 17a. Rehabilitación 33
Apoyo Adicional en caso de Cirugía	20	Cláusula 18a. Alta de Asegurados 33
Uso de Motocicleta	20	Cláusula 19a. Baja de Asegurados 34
Practica de Deportes de forma amateur u ocasional	20	Cláusula 20a. Pago de Reclamaciones 34
		Cláusula 21a. Obligaciones del Asegurado en caso de una Reclamación 35
Exclusiones Generales	20	Cláusula 22a. Acuerdo de Arbitraje 36
		Cláusula 23a. Indemnización por Mora 37
Coberturas Adicionales	22	Cláusula 24a. Competencia 39
Gastos Funerarios	22	Cláusula 25a. Comisiones y Compensaciones 39
Indemnización diaria por Hospitalización	23	Cláusula 26a. Responsabilidad de Prestadores de la Red SURA 40
Diagnostico de Enfermedades Graves	23	Cláusula 27a. Cambio de Plan 40
		Cláusula 28a. Subrogación 40
Servicios de Asistencias	25	Cláusula 29a. No Discriminación 40
		Cláusula 30a. Idioma 41
Cláusulas Generales	28	Cláusula 31a. Uso de medios electrónicos 41
Cláusula 1a. Vigencia	28	
Cláusula 2a. Aceptación del Contrato	28	
Cláusula 3a. Modificaciones y Notificaciones	28	
Cláusula 4a. Prescripción	28	

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 Contratante y/o Solicitante de este Seguro (que en lo sucesivo se denominará el Asegurado), y que constituyen las bases de este Contrato, otorga a la persona física o moral que se señala en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma, cobertura contra los riesgos que a continuación se expresan, siempre que en la carátula de la Póliza aparezcan como amparados.

Sin texto

SEGUROS SURA S.A. DE C.V. (Que en lo sucesivo se denominará la **COMPAÑÍA**), de acuerdo con las condiciones generales y cláusulas especiales contenidas en esta **PÓLIZA** y tomando en consideración las declaraciones hechas por el solicitante de este seguro (que en lo sucesivo se denominará el **CONTRATANTE** y/o **ASEGURADO**), que constituyen las bases de este Contrato, otorga las coberturas a la(s) persona(s) que se señala(n) en la carátula de esta **PÓLIZA** y que forma parte de la misma, contra los riesgos que a continuación se expresan.

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE

Toda lesión corporal sufrida por el **ASEGURADO** por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que los gastos sean erogados dentro de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la ocurrencia del **ACCIDENTE**.

Pasados los treinta (30) días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de **ACCIDENTE**, se tomará 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 solo **SINIESTRO**.

No se consideran **ACCIDENTES** las lesiones autoinflingidas.

ANTIGÜEDAD GENERADA EN LA COMPAÑÍA

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

ASEGURADO

Persona incluida en la **PÓLIZA** expuesta a cualquier **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD** cubierto por ésta y con derecho a los beneficios contratados.

ASEGURADO TITULAR

Aquella persona que firma como responsable de la veracidad de las respuestas de la solicitud de seguro y debe ser mayor de edad.

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**, expresado en porcentaje y se aplicará cada vez que se presenten gastos iniciales o complementarios del mismo **SINIESTRO** cubierto.

COMPAÑÍA

SEGUROS SURA S.A. DE C.V.

CONTRATANTE

Aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas, quien es responsable ante la **COMPAÑÍA** y además se compromete a realizar el pago de las **PRIMAS**.

CONTRATO DE SEGURO o PÓLIZA

El Contrato o **PÓLIZA** de seguro está constituido por:

- a) Solicitud; documento por medio del cual el **CONTRATANTE** solicita a la **COMPAÑÍA** una cobertura de acuerdo a las necesidades de aseguramiento y para tal efecto manifiesta los antecedentes de salud de los integrantes de la **PÓLIZA**.
- b) Carátula de la **PÓLIZA**; la cual contiene, entre otros datos, firma del representante legal de la Compañía; nombre y domicilio del Contratante y Asegurado(s); la vigencia del seguro; monto de la suma asegurada y la prima del seguro.
- c) 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.
- d) 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.
- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del contrato.

Estos documentos hacen prueba de la celebración del contrato de seguro.

DEDUCIBLE

Cantidad fija inicial estipulada en la carátula de 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.

EI DEDUCIBLE se aplicará por **SINIESTRO**, a partir de la fecha del **PRIMER GASTO** del siniestro amparado.

Al ser la 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 esta **PÓLIZA** a las siguientes personas:

1. El Cónyuge o concubino(a) que posea tal carácter conforme a la legislación civil aplicable, hasta los 60 años.
2. Los hijos o hijastros del **ASEGURADO** Titular sin límite de edad

EDAD

Número de años cumplidos por el Asegurado al momento de inicio de vigencia o alta en la póliza.

EMERGENCIA MÉDICA

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 24 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. 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.

El monto máximo de los Gastos Médicos cubiertos por esta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete con los que la **COMPAÑÍA** no tenga convenio de pago directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

GRUPO DE HOSPITALES

Conjunto de hospitales en convenio a los cuales puede tener acceso el Asegurado de acuerdo al 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.

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

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 serán consideradas como un solo siniestro.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente, cualquier **PADECIMIENTO**:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado o diagnosticado 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 médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Que previamente a la celebración del contrato, 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** haya 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 los mismos 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 dicha preexistencia.

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

Período 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. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo. Al momento de originarse un periodo al descubierto de 45 o más días, el Asegurado titular y los asegurados adicionales que estén incluidos en la póliza pierden la antigüedad que hayan generado.

PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

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

PERIODO DE CARENCIA

Es el lapso de tiempo **SIN COBERTURA** que tiene la **PÓLIZA** a consecuencia de una **ENFERMEDAD** cubierta, es de 30 días contados a partir de la fecha de alta del **ASEGURADO** en la **PÓLIZA**. Este periodo no aplica para **ACCIDENTES** o emergencias médicas, ni en caso de renovación de la póliza.

PERIODO DE GRACIA

Lapso de cinco (5) días hábiles, 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 el **ASEGURADO** goza de la cobertura de la **PÓLIZA**, en caso de un SINIESTRO amparado la Compañía deducirá del reembolso el total de la **PRIMA** pendiente de pago. Las reclamaciones presentadas durante este plazo se pagarán únicamente por el mecanismo de reembolso.

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 para reembolso, 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.

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, según se pacte en la **PÓLIZA**.

PROGRAMACIÓN DE SERVICIOS

Confirmación por escrito, en la cual la Compañía autoriza el pago directo al prestador de servicios afiliado a la **RED SURA**, para una intervención quirúrgica y/o tratamiento con 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 a lo estipulado en el Contrato. El sistema de reembolso procederá, cuando el Asegurado no haga uso de la **RED SURA** y cuando el siniestro ocurra dentro del periodo de gracia.

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 padecimientos que sean a consecuencia de otro ya cubierto. La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos padecimientos.

SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA

Revisión efectuada por un médico especialista en la materia correspondiente a solicitud de la Compañía, bajo la cual se confirma o modifica el diagnóstico o procedimiento que permita determinar los hechos relacionados con el siniestro reclamado. El médico es elegido por el Asegurado dentro de un directorio de médicos de segunda valoración y es sin costo adicional.

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 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 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 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, la cual podrá ser consultada en la siguiente página www.segurossura.com.mx.

Dicha tabla de honorarios, será aplicable únicamente a los servicios médicos y quirúrgicos y honorarios por consultas médicas y de enfermera, relacionados con los padecimientos nombrados en las Condiciones Generales, que son objeto de la cobertura del presente seguro.

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.

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.

2. COBERTURA BÁSICA

La Compañía pagará, hasta por el monto de la **SUMA ASEGURADA** estipulado en la carátula de la **PÓLIZA** por cada **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD CUBIERTA**, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el **CONTRATO**, siempre y cuando la **PÓLIZA** se encuentre vigente al momento del **SINIESTRO**.

Quedarán cubiertos bajo esta **PÓLIZA** únicamente los siguientes **PADECIMIENTOS** que no se originen durante el periodo de carencia y después de haber transcurrido el periodo de espera señalado a continuación:

PADECIMIENTO

Aparato cardiovascular

PERIODO DE ESPERA

1. Hipertensión esencial (primaria)	
2. Migraña	12 meses
3. Infarto Agudo al Miocardio	6 meses
4. Varices de miembros inferiores	No Aplica
	24 meses

Aparato digestivo

5. Gastritis o duodenitis	
6. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico / Esofagitis	6 meses
7. Colitis	12 meses
8. Úlceras Gástrica o duodenal	6 meses
9. Divertículos del colon	6 meses
10. Gastroenteritis de origen infeccioso	6 meses
11. Apendicitis	No Aplica
12. Hemorroides y sus complicaciones	No Aplica
13. Litiasis vesícula y vías biliares	18 meses
	12 meses

Aparato urinario

14. Hiperplasia prostática benigna	
15. Infección de vías urinarias (cistitis)	9 meses
16. Trastornos de estática pélvica (cistocele, rectocele)	No Aplica
17. Litiasis renal y en vías urinarias	12 meses
	12 meses

Aparato reproductor

18. Miomatosis uterina	
19. Quiste de ovario	9 meses
20. Varicocele	9 meses
21. Hidrocele*	9 meses

22.	Cervicitis	9 meses
		9 meses

Aparato respiratorio

23.	Neumonía, Bronconeumonía, Bronquitis	
24.	Influenza	No Aplica
25.	Amigdalectomía y/o adenoidectomía	No Aplica
		18 meses

Órganos de los sentidos

26.	Catarata senil	
27.	Pterigión	18 meses
28.	Otitis	12 meses
		6 meses

General

29.	Accidentes	
30.	Hernia inguinal unilateral o bilateral	No Aplica
		24 meses

* En caso de recién nacidos durante la vigencia de la póliza no aplica periodo de espera para este padecimiento.

Los conceptos amparados serán los siguientes:

a) SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Intervenciones quirúrgicas en territorio nacional, que incluye:

1. Todas las atenciones médicas o quirúrgicas prestadas al **ASEGURADO** por el **HOSPITAL**, los cirujanos, anesthesiólogos y ayudantes.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios por atención médica/quirúrgica se valorarán por similitud a las comprendidas en ella.

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 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. Sin embargo, si por necesidad el mismo cirujano realizara otra intervención diferente

a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados en la Tabla de Honorarios por atención médica/quirúrgica.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento 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 normal, como si se tratará de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro (24) horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la Póliza.

Honorarios del Anestesiólogo con límite máximo del 30% del total pagado por los Honorarios del Cirujano que efectuó la Intervención Quirúrgica.

Honorarios del Ayudante con límite máximo del 20% 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.

2.Consultas Médicas Postoperatorias, se cubrirán siempre y cuando sean necesarias.

3.Gastos de Sala de Operaciones, Recuperación y de Curaciones.

4.Gastos por Equipo de Anestesia.

5.Gastos originados por consumo de oxígeno.

6.Gastos por Aplicación y Transfusión de Plasma, Sueros y otras sustancias semejantes.

7.Medicamentos suministrados dentro del hospital.

b) HABITACIÓN HOSPITALARIA

•Gastos realizados por estancia hospitalaria en habitación privada estándar.

•Incluye el Costo de la cama extra para el acompañante del **ASEGURADO**, durante su estancia en el **HOSPITAL, CLINICA O SANATORIO**.

c) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Gastos originados por la estancia del **ASEGURADO** en Terapia Intensiva, Intermedia y Unidad de Cuidados Coronarios.

d) HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS

En caso de que el **ASEGURADO** se viere precisado a someterse a tratamiento **MÉDICO**, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo a lo establecido en la **PÓLIZA**.

e) HONORARIOS DE ENFERMERA

Quedan cubiertos los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del **MÉDICO** tratante, sean necesarias para la convalecencia domiciliaria por turnos de 8, 12 y 24 horas por treinta (30) días con límite máximo de 720 horas. El monto máximo a indemnizar por turno está indicado en la Tabla de Honorarios por atención médica/quirúrgica.

f) PAGO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos adquiridos fuera del **HOSPITAL**, siempre que sean indicados por los **MÉDICOS** tratantes, que sean necesarios para el tratamiento del **PADECIMIENTO** del **ASEGURADO** por los conceptos amparados antes señalados, el **ASEGURADO** deberá acompañar a su reclamación comprobantes fiscales válidos conforme las leyes tributarias vigentes y observando el procedimiento de pago señalado en la cláusula 20.

g) EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Análisis de laboratorio, estudios de imagen, isótopos radioactivos, electrocardiografía, encefalografía o de cualquier otro examen necesario para el diagnóstico y/o tratamiento **MÉDICO**, siempre y cuando los resultados establezcan un diagnóstico o indiquen la existencia de una **ENFERMEDAD** o lesiones por **ACCIDENTE** cubiertos por la presente **PÓLIZA**.

h) RENTA Y/O COMPRA DE APARATOS

Renta y/o compra de muletas, sillas de ruedas, camas especiales y otros aparatos semejantes necesarios para la rehabilitación del enfermo.

i) PRÓTESIS

Prótesis ortopédicas, globo ocular o cualquier otro tipo de prótesis que se requieran a consecuencia de un **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD** cubierta, con el límite establecido en la póliza.

j) MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Terapia física y rehabilitación, siempre y cuando sea indicada por el **MÉDICO** tratante y de acuerdo a las sesiones necesarias para alcanzar su máxima rehabilitación, con un límite de 30 sesiones.

k) AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Transportación terrestre simple, cuando el **PADECIMIENTO** esté cubierto, en caso de:

1. EMERGENCIA MÉDICA

2. Consultas Postoperatorias, siempre y cuando el **ASEGURADO** esté incapacitado totalmente para su movilidad. Aplica un límite de 2 eventos

por **PADECIMIENTO**. Cada evento incluye el traslado del domicilio hacia el **consultorio y viceversa**.

I) SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA EN TERRITORIO NACIONAL

La **COMPAÑÍA** cubrirá los gastos que se deriven por una segunda valoración médica para el mismo **PADECIMIENTO**, siempre y cuando se trate de una **ENFERMEDAD** cubierta y se realice en territorio nacional.

m) PREEXISTENCIA DECLARADA

La **COMPAÑÍA** cubrirá los gastos que se deriven por un **PADECIMIENTO PREEXISTENTE** declarado en la solicitud del seguro, siempre y cuando la Compañía lo haya aceptado por escrito mediante un endoso.. En estos casos, se duplicará el periodo de espera que corresponda al padecimiento de que se trate.

Secuelas de accidentes que ocurrieron antes de iniciar la vigencia no tendrán cobertura.

n) APOYO ADICIONAL EN CASO DE CIRUGIA

En caso de cirugía, el **ASEGURADO** contará con los siguientes apoyos:

1. Enfermera a domicilio por 3 días a partir del alta del asegurado, ya sea en turnos de 8, 12 o 24 horas.
2. Traslado de un familiar al centro de atención médica. Aplica un límite de 2 eventos por hospitalización con un máximo de \$400 pesos por evento.
3. Entrega de medicamentos a domicilio.

o) USO DE MOTOCICLETA

Las lesiones sufridas por el uso de motocicleta están amparadas, siempre y cuando no se practique de forma profesional ni en contiendas de velocidad o competencias. El monto máximo de gastos a pagar en caso de **SINIESTRO** por el uso de motocicleta, será del 50% de la Suma Asegurada contratada. Es indispensable el uso de casco para que tenga cobertura.

p) PRACTICA DE DEPORTES DE FORMA AMATEUR U OCASIONAL

Las lesiones sufridas por la práctica de deportes están amparadas, siempre y cuando se practique de forma amateur u ocasional y no se encuentre dentro de los deportes excluidos.

3. EXCLUSIONES GENERALES

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

1. **PADECIMIENTOS que se originen por participar en:**

•Actos delictivos intencionales en que participe directamente el ASEGURADO;

- Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
 - Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo; y
 - Vuelo sin motor y ultraligeros, Alpinismo, Montañismo, Espeleología, Rapel, Buceo, Paracaidismo, Charrería, Esquí, Tauromaquia, Hockey, Equitación, Box, Lucha libre y Greco- romana, Artes Marciales Mixtas.
2. Padecimientos Preexistentes, salvo que hayan sido declarados en la solicitud del seguro y aceptados por la Compañía.
 3. Práctica Profesional de cualquier deporte.
 4. Tratamientos Preventivos o profilácticos (vitamínicos y vacunas).
 5. Lesiones ocasionadas por culpa grave del ASEGURADO por encontrarse bajo el influjo de alcohol y/o drogas.
 6. Lesiones resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto inflingida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
 7. Tratamientos naturistas o a base de medicamentos de la llamada medicina alternativa, hipnotismo, quelaciones, así como procedimientos realizados por personas sin cédula profesional.
 8. Reposición de aparatos y prótesis ya existentes a la fecha del PADECIMIENTO.
 9. Cualquier prótesis experimental.
 10. Gastos efectuados por el ASEGURADO que no tengan relación con el PADECIMIENTO reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la recreación personal o comodidad personal.
 11. Gastos inherentes al Tratamiento MÉDICO, que no estén justificados por protocolo MÉDICO dentro del HOSPITAL.
 12. No se pagarán gastos por cualquier TRATAMIENTO MÉDICO EXPERIMENTAL
 13. Complicaciones derivadas del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia adquirida)
 14. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.
 15. Envenenamiento e intoxicación de cualquier origen o naturaleza, salvo los accidentales.
 16. Lesiones que el ASEGURADO sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o

insurrección.

17. Lesiones derivadas del uso de motocicleta cuando no se haya portado el casco.

4. COBERTURAS ADICIONALES

Las siguientes coberturas quedarán amparadas con los límites indicados en la carátula de la **PÓLIZA** con un costo adicional de prima y bajo contratación expresa de acuerdo a las condiciones que a continuación se describen.

a) **GASTOS FUNERARIOS**

La **COMPAÑÍA** se obliga a pagar la **SUMA ASEGURADA** contratada por concepto de Gastos Funerarios a quien acredite haberlos efectuado, mediante la obligación del pago de la **PRIMA** convenida, si el(los) **ASEGURADO(S)** descrito(s) como tal(es) en la carátula de la **PÓLIZA**, fallece(n) a consecuencia de una **ENFERMEDAD** o un **ACCIDENTE**, ocurrido durante la vigencia de esta **PÓLIZA**, siempre y cuando se presenten los comprobantes originales de los gastos efectuados.

En el caso de menores de doce (12) años, la Compañía únicamente reembolsará los gastos efectivamente realizados a quien acredite haberlos efectuado, hasta un máximo de 365 UMA diario, vigente a la fecha del fallecimiento, sin que dicha cantidad pueda ser superior a la **SUMA ASEGURADA** contratada.

EDAD

La **COMPAÑÍA** aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas, hasta los sesenta (60) años. En la **RENOVACIÓN** de esta cobertura será hasta los 74 años.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

De quedar comprobado el derecho de indemnización, conforme a esta cobertura, el pago de la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la **COMPAÑÍA** reciba los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la **RECLAMACIÓN**. La indemnización será pagada contra la presentación a la **COMPAÑÍA** de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados. En caso de existir algún remanente entre la **SUMA ASEGURADA** y los gastos incurridos por los servicios funerarios, éste se pagará a la sucesión del asegurado.

SUICIDIO

En el caso de suicidio del **ASEGURADO**, ocurrido durante los dos primeros años de vigencia del **CONTRATO**, contado a partir de la fecha

de emisión o de la última rehabilitación, la obligación de la COMPAÑÍA se limitará únicamente a cubrir el importe de la prima correspondiente a esta cobertura.

b) INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto el Asegurado es Hospitalizado, la Compañía pagará, a partir del momento en que hayan transcurrido al menos 24 horas del ingreso, la suma asegurada diaria establecida en la carátula de la póliza hasta por 30 días, mismos que empezarán a contar a partir de la fecha del primer ingreso al hospital.

Una vez pagada la suma asegurada correspondiente al máximo número de días de Hospitalización, esta cobertura quedará automáticamente cancelada por el periodo de vigencia en curso.

Para esta cobertura aplican las exclusiones de la cobertura básica.

c) DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

En caso de que el asegurado sea diagnosticado por primera vez, durante la vigencia de la póliza y después de haber transcurrido un periodo de 90 días a partir del inicio de vigencia del contrato de seguro o alta del asegurado a la póliza, con alguna de las enfermedades graves que se indican a continuación, la **COMPAÑÍA** indemnizará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura:

- 1. Cáncer**
- 2. Accidente Cerebrovascular**
- 3. Transplante de órganos**
- 4. Insuficiencia renal crónica.**
- 5. Parálisis total**

Al efecto será necesario que:

A. El diagnóstico se haya efectuado por primera vez dentro de la vigencia de la póliza y después de finalizado un periodo de 90 días, contado a partir del inicio de vigencia del contrato de seguro o alta del asegurado. Si la enfermedad grave se diagnostica durante este periodo, esta enfermedad no será objeto de cobertura del presente contrato.

B. El diagnóstico sea certificado por escrito por un médico especialista.

EDAD

La **COMPAÑÍA** aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas, hasta los sesenta (60) años. En la

RENOVACIÓN, la edad límite será de sesenta y cuatro (64) años.

DEFINICIONES ADICIONALES PARA ESTA COBERTURA

CANCER: Presencia de un tumor maligno, caracterizado por un incremento celular anormal que invade tejidos vecinos o a distancia por metástasis. Se manifiesta por el desorden en el crecimiento masivo, en la función y en estructura celular, incluye leucemia. El diagnóstico, en el caso de cáncer, debe ser efectuado por un médico especialista y fundamentado con los resultados de un examen de patología.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Corresponde a cualquier incidente cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de 24 horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia, con pruebas de disfunción neurológica permanente. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por lo menos tres (3) meses y ser confirmada por un neurólogo o neurocirujano. De la misma manera, las pruebas diagnósticas de imagenología, como tac, resonancia nuclear magnética, entre otras, deben soportar dicho diagnóstico.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Corresponde al fallo total e irreversible de ambos riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar regularmente diálisis renal o un trasplante de riñón.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Es la necesidad de efectuar un trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea, como consecuencia de un daño irreversible de alguno de estos órganos.

PARÁLISIS TOTAL: Es la pérdida funcional (de Uso) completa de al menos dos brazos o dos piernas o un brazo y una pierna, como consecuencia de parálisis. La pérdida funcional debe haberse presentado en forma continua y permanente por un periodo no inferior a 180 días a partir de la fecha en que se presentó inicialmente la parálisis. Dicha parálisis debe tener el carácter de irreversible y ser confirmada por un neurólogo.

En adición a las exclusiones de la cobertura básica, para esta cobertura también aplican las siguientes particulares:

EXCLUSIONES PARA CANCER

- 1. Carcinoma “in situ”, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos.**
- 2. Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.**
- 3. Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark**
- 4. Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas**

5. **Todos los tumores en presencia de infección por VIH**
6. **Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio A de Binet**

EXCLUSIÓN PARA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

1. **Diálisis temporal por falla renal considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.**

EXCLUSIÓN PARA ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

1. **Se excluye de esta cobertura las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.**

Una vez pagada la suma asegurada correspondiente a la presente cobertura adicional, se cancelarán automáticamente todos sus efectos por el periodo de vigencia en curso.

5. SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Los siguientes servicios de asistencia están incluidos en la póliza, dentro de la cobertura básica y se otorgarán por la Compañía a través de un proveedor de servicios.

1. Orientación Médica Telefónica.

A solicitud del Asegurado, el proveedor brindará asistencia telefónica sobre cuáles son las medidas que se deben tomar ante problemas menores (situaciones no consideradas como emergencia), síntomas, molestias o dudas.

El proveedor no emitirá un diagnóstico. Sólo a solicitud expresa del Asegurado y con cargo para él mismo, se proporcionarán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea enviando a un médico al domicilio o concertando una cita en un centro hospitalario.

El servicio de orientación médica telefónica también incluye brindar información sobre: Planificación Familiar, Educación Sexual, Vacunaciones, Uso de medicamentos (farmacéutica y efectos secundarios), Prevención de automedicación, Tabaquismo, Alcoholismo y Farmacodependencia e Interpretación de exámenes de laboratorio. El proveedor proporcionará información general acerca de salud pública y privada, medidas sanitarias y de control de enfermedades.

Este servicio se brinda las 24 horas del día y los 7 días de la semana y no tiene límites de cobertura ni frecuencia.

2. Asistencia Nutricional.

El Asegurado tendrá acceso vía telefónica a Profesionales de la salud certificados para recibir guía nutricional y asesoría sobre desórdenes alimenticios, construcción de planes de alimentación, información sobre suplementos, eventos deportivos, mejora de hábitos alimenticios y prevención de enfermedades.

Ésta es una asesoría telefónica y su uso no tiene restricción de frecuencia, ni de tiempo. El horario de atención para este servicio es de 8:00 a 20:00 horas de lunes a sábado.

3. Orientación Emocional y Psicológica.

Asistencia telefónica para el Asegurado que solicite asesoría para problemas como: violencia intrafamiliar, uso de drogas, ruptura familiar, crisis emocional, bullying, pérdida de empleo, entre otros.

Ésta es una asesoría telefónica y su uso no tiene restricción de frecuencia, ni de tiempo. El horario de atención para este servicio es de 8:00 a 20:00 horas de lunes a sábado.

4. Asistencia Funeraria.

En caso de presentarse el fallecimiento del Asegurado, el proveedor proporcionará orientación telefónica (24 horas del día) para coordinar el Servicio Funerario que incluye los siguientes servicios hasta el límite de \$15,000 M.N.:

Servicios Funerarios para Inhumación

- Recolección del Cuerpo.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación que corresponda.
- Servicio de Tanatoestética -Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.
- Ataúd Metálico Básico.
- Uso de sala de velación por 24 horas o Préstamo de equipo para velación en domicilio.
- Traslado del cuerpo al cementerio.

Servicios Funerarios con Cremación

- Recolección del Cuerpo.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación que corresponda.
- Servicio de Tanatoestética -Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.

- Renta de Ataúd metálico básico.
- Uso de sala de velación por 24 horas o Préstamo de equipo para velación en domicilio.
- Traslado del cuerpo al cementerio o al lugar de cremación.
- Cremación
- Urna de madera básica.

Los costos que se deriven del evento y superen el límite arriba mencionado correrán a cargo del solicitante(s) del servicio.

Exclusiones de la Asistencia Funeraria:

- No aplica reembolso ni pago a proveedores no asignados por el proveedor.**
- No cubre embalsamamientos, salvo que sea requerido por ley.**
- No incluye nichos ni fosa.**
- Los costos o servicios adicionales, a lo establecido en el presente servicio de asistencia, son responsabilidad de la persona que los solicite, quedando excluido el pago, reembolso o responsabilidad por éstos.**
- El servicio de asistencia no se proporcionará en situaciones de guerra, declaraciones en estado de emergencia, huelgas, invasión, o donde las condiciones internas no permitan la prestación de dichos servicios.**
- Cuando el representante del Beneficiario fallecido no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza impida atender debidamente la situación de asistencia.**

Los siguientes servicios de asistencia se contratarán de forma opcional y tendrán un costo adicional y serán proporcionados por la Compañía dentro de la República Mexicana, a través de un proveedor de servicios.

5. Asistencia Dental Básica

Mediante este servicio los Asegurados serán referidos por la Compañía con los prestadores de servicios dentales que ésta designe. Los prestadores de servicios dentales proporcionarán al Asegurado los servicios de revisión, diagnóstico, presupuesto y primera limpieza dental, así como un costo preferencial en radiografías periapicales y resinas. Este servicio de asistencia aplica sólo en la República Mexicana y en las clínicas que el prestador de servicios indique.

6. Asistencia Visual

Los proveedores de servicios de visión proporcionarán servicios de una primera revisión optométrica y una cobertura de anteojos de corrección visual al año. Este servicio de asistencia aplica sólo en la República Mexicana y en las clínicas que el prestador de servicios indique.

6. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULA 1ª. VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este **CONTRATO** será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la **PÓLIZA**.

CLÁUSULA 2ª. ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

La presente **PÓLIZA**, la solicitud de Seguro, los **ENDOSOS** y las cláusulas adicionales que se agreguen, forman parte y constituyen prueba del **CONTRATO DE SEGURO** celebrado entre el **CONTRATANTE** y la **COMPAÑÍA**.

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, esto, de conformidad con el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 3ª. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las condiciones de este **CONTRATO** sólo se pueden modificar previo acuerdo entre el **CONTRATANTE** y la **COMPAÑÍA**, el cual deberá constar en la **PÓLIZA** o en escrito adicional, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la **COMPAÑÍA**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente **CONTRATO**, deberá realizarse por escrito en los domicilios que para tal efecto las partes han señalado en la Carátula de la **PÓLIZA**.

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, así como para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA 4ª. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este **CONTRATO DE SEGURO** prescribirán en dos (2) 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.

CLÁUSULA 5ª. MONEDA

Todos los pagos relativos a este **CONTRATO**, ya sea por parte del **CONTRATANTE** o de la **COMPAÑÍA**, se harán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. Los pagos se harán en las oficinas de la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 6ª. PERIODO DE BENEFICIO

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

- a) El agotamiento de la **SUMA ASEGURADA**.
- b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la **PÓLIZA** y hasta quince (15) días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del **CONTRATO**.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE** que haya afectado al **ASEGURADO**.

CLÁUSULA 7a. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Si dentro de los últimos veinte (20) días hábiles de vigencia de cada periodo, alguna de las partes, **ASEGURADO** o **COMPAÑÍA**, no da aviso por escrito a la otra de su voluntad de no renovarlo, este **CONTRATO DE SEGURO** se renovará automáticamente, por el mismo periodo.

Dicha **RENOVACIÓN** se llevará a cabo mediante **ENDOSO** a la **PÓLIZA** en las mismas condiciones en que fueron contratadas, en la fecha de vencimiento del **CONTRATO**.

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 del **ASEGURADO**.
- c) Las edades límite no serán modificadas en perjuicio del **ASEGURADO**.

En cada **RENOVACIÓN** se aplicarán las **PRIMAS** de tarifa conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

CLÁUSULA 8ª OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El **CONTRATANTE** y/o el **ASEGURADO TITULAR** están obligados a declarar por escrito a la **COMPAÑÍA**, de acuerdo con el cuestionario relativo todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del **CONTRATO**.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **COMPAÑÍA** para considerar rescindido de pleno derecho el **CONTRATO**, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, esto, de conformidad con los Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La **COMPAÑÍA** comunicará al **CONTRATANTE** la rescisión del **CONTRATO** que corresponda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración.

CLÁUSULA 9ª. RESIDENCIA

Para efectos de esta **PÓLIZA**, sólo podrán quedar protegidos por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

Se deberá notificar el lugar de residencia de los **DEPENDIENTES Económicos** incluidos en la **PÓLIZA**, cuando éstos no vivan con el **ASEGURADO Titular**. En caso de que alguno de los **ASEGURADOS** radique por más de tres meses fuera del territorio nacional será dado de baja de la póliza, procediendo, en su caso, a la devolución de la prima no devengada que corresponda.

CLÁUSULA 10ª. TERRITORIALIDAD

Esta **PÓLIZA** otorga cobertura únicamente respecto a los gastos erogados en la República Mexicana.

CLÁUSULA 11ª. AGRAVACIÓN DE RIESGO

Para efectos de este **CONTRATO**, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del **CONTRATO** que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un **SINIESTRO**, afecta a un determinado riesgo.

El **CONTRATANTE** o **ASEGURADO** titular, deberá comunicar a la **COMPAÑÍA** por escrito, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a que se produzcan, las agravaciones esenciales que, como consecuencia del cambio en la ocupación de los **ASEGURADOS**, tenga el riesgo

durante el curso del seguro. La **COMPAÑÍA** se reserva el derecho de aceptar la inclusión de los nuevos riesgos a los que, según su criterio, los **ASEGURADOS** se encuentren expuestos debido a su nueva ocupación. Asimismo, en caso de no recibir aviso en este sentido, la **COMPAÑÍA** no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por **RECLAMACIÓN** que se origine como consecuencia del desempeño de la nueva ocupación.

CLÁUSULA 12ª. EDAD

Para efectos de este **CONTRATO**, la edad de aceptación de primer ingreso es desde la fecha de nacimiento hasta los sesenta (60) años, en tanto que la edad máxima de **RENOVACIÓN** será sin límite, excepto para los beneficios adicionales que indiquen una edad máxima de renovación.

CLÁUSULA 13ª. INEXACTA DECLARACIÓN DE EDAD

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

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 ella. En este caso, el seguro será rescindido y la **COMPAÑÍA** reintegrará al **CONTRATANTE** la **PRIMA** neta de ese **ASEGURADO** correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la **PÓLIZA**, sin incluir derechos de **PÓLIZA** ni gastos de adquisición. La **COMPAÑÍA** ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.

Si la edad del **ASEGURADO** estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la **COMPAÑÍA**, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Si la edad real es menor que la declarada, la **COMPAÑÍA** reembolsará la **PRIMA** que en exceso hubiere pagado el **CONTRATANTE** dentro del periodo del seguro en curso, las **PRIMAS** ulteriores deberán reducirse de acuerdo a la edad real.

II. Si la edad real es mayor a la declarada, en caso de alguna **RECLAMACIÓN**, la obligación de la **COMPAÑÍA** para con el **ASEGURADO** será igual a la que con la **PRIMA** pagada hubiere podido comprar de acuerdo a la edad real.

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.

CLÁUSULA 14ª. PRIMA

La prima vence al momento de la celebración del contrato.

La **PRIMA** total 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 iniciación o **RENOVACIÓN** de la **PÓLIZA**, y dependerá del **PLAN CONTRATADO**, del sexo, la ocupación y la edad de cada persona. La **PRIMA** inicialmente pactada cubre un periodo de doce (12) meses.

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

En cada **RENOVACIÓN**, la **PRIMA** se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los **ASEGURADOS**, conforme a las bases técnicas y con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial en vigor a la fecha de la **RENOVACIÓN** y registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CLÁUSULA 15ª. FORMA DE PAGO

El **CONTRATANTE** podrá optar por el pago fraccionado de la **PRIMA**. En este caso, las exhibiciones deberán ser por periodos de tiempo de igual duración y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento que corresponda, la cual se dará a conocer por escrito al **ASEGURADO**.

El **ASEGURADO** gozará de un período de gracia de cinco (5) días hábiles para liquidar el total de la **PRIMA** o cada fracción de ésta de acuerdo a los vencimientos pactados en el Contrato. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del periodo de gracia mencionado los efectos de esta **PÓLIZA** cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese periodo. Durante el periodo de gracia, la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si el **ASEGURADO** sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta **PÓLIZA**, la **COMPAÑÍA** deducirá de las prestaciones a su cargo las **PRIMAS** vencidas no pagadas.

El pago de la **PRIMA** se efectuará contra entrega del recibo correspondiente, en cualquiera de las oficinas de la **COMPAÑÍA** o Instituciones Financieras que se indiquen en el recibo de pago de **PRIMAS**.

Previo acuerdo entre las partes, las **PRIMAS** convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan, como pudiera ser, de manera enunciativa más no limitativa, por medio de tarjetas bancarias, transferencias electrónicas o depósito en cuenta, por lo que el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de siniestro, la **COMPAÑÍA** podrá deducir de la indemnización, el total de la **PRIMA** pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la **PRIMA** correspondiente al periodo del seguro contratado.

CLÁUSULA 16ª. TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del **CONTRATO**, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente por el Contratante y/o Asegurado mediante notificación por escrito, en cuyo caso el Contratante y/o **ASEGURADO** tendrá 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 (30) días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, a través del mismo medio de cobro de la prima.

CLÁUSULA 17ª. REHABILITACIÓN

En caso de que este **CONTRATO** hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de PRIMAS, el **CONTRATANTE** podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El **CONTRATANTE** lo solicite por escrito a La **COMPAÑÍA**.
- El(los) **ASEGURADO(s)** cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que la **COMPAÑÍA** le(s) requiera.
- La **COMPAÑÍA** comunicará por escrito al **CONTRATANTE** la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a quince (15) días a partir de la solicitud de rehabilitación por parte del **CONTRATANTE**, si pasado este lapso la **COMPAÑÍA** no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. Este **CONTRATO** se considerará rehabilitado a partir del día en que La **COMPAÑÍA** comunique por escrito al **CONTRATANTE** haber aceptado la propuesta de rehabilitación.
- Pagar el importe del ajuste correspondiente al periodo comprendido desde la fecha de rehabilitación hasta el siguiente vencimiento de **PRIMAS**.

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

CLÁUSULA 18ª. ALTA DE ASEGURADOS

Mientras se encuentre en vigor esta **PÓLIZA**, se podrá solicitar la inclusión, conforme a las pruebas de asegurabilidad que la **COMPAÑÍA** considere pertinentes y previa solicitud por escrito del Asegurado Titular o **CONTRATANTE** de la misma, a las personas que cumplan con los requisitos de **DEPENDIENTES ECONÓMICOS** según la definición incluida en las presentes condiciones.

Los hijos de los **ASEGURADOS** nacidos durante la vigencia de la **PÓLIZA**, quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas. **El ASEGURADO** deberá dar aviso a la **COMPAÑÍA** del nacimiento, dentro de los treinta (30) días posteriores a la ocurrencia del nacimiento para que ésta lo incluya en la **PÓLIZA**.

En caso contrario, la aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad. En este último caso, la cobertura entrará en vigor al momento de la aceptación por escrito de la **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 19ª. BAJA DE ASEGURADOS

Causarán baja de esta **PÓLIZA** las personas que hayan dejado de ser **DEPENDIENTES ECONÓMICOS** del **ASEGURADO** Titular.

CLÁUSULA 20ª. PAGO DE RECLAMACIONES

PAGO DIRECTO

La **COMPAÑÍA** pagará directamente a los **PRESTADORES DE SERVICIOS EN CONVENIO PARA PAGO DIRECTO** que hayan atendido al Asegurado, los gastos médicos amparados, de acuerdo a las condiciones de la póliza.

Por la participación del **ASEGURADO** en la reclamación, identificada en el apartado de definiciones como **DEDUCIBLE y COASEGURO**, el **ASEGURADO** solicitará al prestador respectivo el comprobante fiscal que ampare su erogación del gasto médico por el equivalente de estos conceptos; o en caso de ingresar el pago directamente a la **COMPAÑÍA**, la misma emitirá el comprobante fiscal respectivo.

PAGO VÍA REEMBOLSO

Cuando el Asegurado no haya hecho uso de la **RED SURA** o su siniestro haya ocurrido durante el periodo de gracia, las reclamaciones que resulten cubiertas en los términos del presente **CONTRATO**, serán pagaderas, vía reembolso, en las oficinas de la **COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la **RECLAMACIÓN** que la **COMPAÑÍA** haya solicitado.

Todas las reclamaciones cubiertas por la **COMPAÑÍA** podrán ser liquidadas al **CONTRATANTE** de la **PÓLIZA** o a cualquiera de los **ASEGURADOS** que acredite haber hecho el pago de los gastos, siempre que sea mayor de edad.

En caso de un **PADECIMIENTO**, cuando los gastos médicos rebasen el **DEDUCIBLE** contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el **CONTRATO**.

2. A la cantidad resultante se descontará primero el **DEDUCIBLE** y después la cantidad por concepto de **COASEGURO** de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de la **PÓLIZA**. El **COASEGURO** establecido aplicará siempre y cuando el **ASEGURADO** sea atendido por **HOSPITALES** de la **RED SURA** mediante Pago Directo, en caso contrario, el **COASEGURO** que se aplicará será el doble del contratado. En caso que se utilicen Hospitales que no pertenezcan a la Red **SURA**, pero dichos Hospitales se ajusten al tabulador de la Compañía, se aplicarán el Deducible y el Coaseguro pactados en la carátula. El **DEDUCIBLE**, el **COASEGURO**, así como los límites citados en el **CONTRATO** se aplicarán para cada **PADECIMIENTO** cubierto.

Invariablemente en todos los pagos por esta vía, el **ASEGURADO** deberá acompañar a su reclamación comprobantes fiscales válidos conforme las leyes tributarias vigentes a su nombre o al del **CONTRATANTE**; con su registro federal de contribuyentes respectivo, para que la compañía pueda proceder con el trámite de Reembolso.

El pago del IVA será cubierto por la **COMPAÑÍA**. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del **ASEGURADO**.

CLÁUSULA 21ª. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UNA RECLAMACIÓN

Es obligación del **ASEGURADO** dar aviso por escrito a la **COMPAÑÍA** en el curso de los primeros cinco (5) días siguientes a la fecha de cualquier **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD** que pueda ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento. En toda **RECLAMACIÓN**, el **ASEGURADO** 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. El reclamante deberá presentar a la **COMPAÑÍA** las formas 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 **COMPAÑÍA** juzgue necesario para la apreciación de la **RECLAMACIÓN**.

En caso de no cumplirse estos requisitos, la **COMPAÑÍA** quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente **RECLAMACIÓN**.

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 esta cobertura; en el

entendido que los costos que asume la **COMPAÑÍA** serán los consignados en la carátula de la **PÓLIZA**, 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, y siempre que no sean parientes directos del **ASEGURADO**.

La **COMPAÑÍA** sólo pagará los gastos de internación efectuados en **SANATORIOS** y **HOSPITALES** privados, no se efectuará por parte de la **COMPAÑÍA** ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante donde no se exija remuneración. El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento o periodo de **HOSPITALIZACIÓN** haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un **MÉDICO**, no es necesariamente suficiente para considerarlo como un procedimiento cubierto por la **PÓLIZA**.

La **COMPAÑÍA** 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 **COMPAÑÍA**, o persona designada por ésta, y se obligan a someterse a los reconocimientos **MÉDICOS** que requiera la **COMPAÑÍA** a costa de la misma. Si el **ASEGURADO** no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho al pago correspondiente.

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

CLÁUSULA 22ª. ACUERDO DE ARBITRAJE

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 **COMPAÑÍA**, solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, 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 **COMPAÑÍA** 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 **COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 23ª. INDEMNIZACIÓN POR MORA

Si la Compañía no cumple con su obligación de pago dentro de los 30 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 cuenta 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.”

CLÁUSULA 24ª. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus Alcaldías. 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 Alcaldías de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

CLÁUSULA 25ª. COMISIONES Y COMPENSACIONES

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

CLÁUSULA 26ª. 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 **COMPAÑÍA** 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 **COMPAÑÍA** no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la **PÓLIZA**, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

CLÁUSULA 27ª. CAMBIO DE PLAN

Cuando el **ASEGURADO** solicite el cambio de este seguro de gastos médicos por otro plan con esta misma **COMPAÑÍA**, 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 **ASEGURADO** al cambiar su plan de seguro solicita modificaciones a los beneficios o incrementos de **SUMA ASEGURADA**, la **COMPAÑÍA** podrá llevar a cabo el procedimiento de suscripción que considere necesario.

CLÁUSULA 28ª. SUBROGACIÓN

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, el incumplimiento de esta obligación facultará a la **COMPAÑÍA** a considerar rescindido de pleno derecho el **CONTRATO**.

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.

CLÁUSULA 29ª. NO DISCRIMINACIÓN

La **COMPAÑÍA** no podrá rehusarse a recibir una solicitud de seguro por razones de raza, religión, orientación sexual o discapacidad del **SOLICITANTE**. En todo caso, realizará el análisis de las solicitudes en

términos de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables, y sin prejuzgar sobre la condición de los solicitantes.

CLÁUSULA 30ª. IDIOMA.

Cualquier traducción de este **CONTRATO DE SEGURO** es por cortesía, en caso de controversia y para efectos legales se utilizará invariablemente el texto en español.

CLÁUSULA 31ª. USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS.

El contratante y/o asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que SURA 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 SURA 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 Compañía 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 contratante y/o asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico indicado en el punto “i” de este documento, en donde 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.

En los casos en que el contrato se dé por terminado anticipadamente, el proceso de devolución de primas será el indicado en la cláusula Terminación Anticipada incluida en el presente contrato de seguro.

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

SURA 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:

I.- De manera personal, al momento de contratar el Seguro;

II.- 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.

En caso de que el contratante y/o asegurado no reciba dentro de los treinta (30) días siguientes a la contratación los documentos que integran este contrato de seguro deberán comunicarse al número telefónico 57237999, opción 4 o al número telefónico que se encuentre vigente, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. SURA se obliga a entregar la documentación contractual dentro de los 30 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.

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.condusef.gob.mx.

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

<http://www.condusef.gob.mx/index.php/conoces-la-condusef/marco-juridico>

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 21 de noviembre del 2017, con el número CNSF-S0010-0471-2017/ CONDUSEF-002857-02, RESP-S0010-0006-2018 con fecha 24 de Julio de 2018.

Para cualquier aclaración o duda 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, a los teléfonos 57237999, lada sin costo 01-800-723-7900, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas, y viernes de 8:30 a 14:30 horas, ó al correo unat.clientes@segurossura.com.mx, ó visite nuestra página www.segurossura.com.mx ó bien 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; www.condusef.gob.mx ó al correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, teléfonos: en la Ciudad de México (55) 53400999, Resto de la República Mexicana 01 800 999 8080.

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

- 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 Alcaldías 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 SURAcuenta 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, S.A. de C.V. (antes Royal & SunAlliance Seguros (México), S.A. de C.V.)
Boulevard Adolfo López Mateos No.2448 Colonia Altavista C.P. 01060
Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México

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