

SEGUROS



Seguro de Gastos Médicos Mayores
Individual y/o Familiar

Condiciones generales

AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

- 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.segurosura.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.segurosura.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.protectedatos@segurosura.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 el 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.segurosura.com.mx y colocados en nuestras oficinas y sucursales.

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 está 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-002180-02

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.

CONTENIDO

Página

I. Definiciones	7
II. Cláusulas Generales	15
III. Gastos Médicos Cubiertos	30
IV. Coberturas Especiales	41
V. Coberturas Adicionales	50
VI. Exclusiones Generales	58
VII. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas y Directorio Médico	62
VIII. Uso de medios electrónicos	63

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

I. 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 10 días naturales posteriores a la ocurrencia del accidente.

Pasados los 10 días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de accidente, se tomará como en enfermedad.

Los accidentes 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.

Todas las lesiones corporales sufridas por el asegurado en un accidente, se considerarán como un solo evento.

No se consideran accidentes las lesiones autoinflingidas.

ANTIGÜEDAD

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

ASEGURADO

Persona incluida en la Póliza expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad cubierto por ésta con derecho a los beneficios contratados.

COMPAÑÍA o SEGUROS SURA

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 la Póliza de seguro está constituido por:

- a. La Solicitud; documento por medio del cual, el Contratante da a conocer a la Compañía sus necesidades de cobertura, y antecedentes de salud de los integrantes de la póliza.
- b. La Carátula de la póliza.
- c. Las Cláusulas Adicionales o Endosos; los cuales son documentos que modifican y forman parte del contrato o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato del seguro.
- d. Las Condiciones Generales.
- e. La Tabla de Intervenciones Quirúrgicas.
- f. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.” Este mismo derecho se hace extensivo al Contratante.

RED SEGUROS SURA

Prestadores de Servicios Médicos vinculados con Seguros SURA por convenios y a los cuales pueden acceder, si así lo desean, los asegurados de esta póliza.

BASE DE REEMBOLSO O TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Es la cantidad monetaria establecida en la carátula de la póliza, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de Honorarios Médicos y quirúrgicos por la Compañía por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico

DEDUCIBLE

Está estipulado en la carátula de la póliza y es la primera participación del asegurado en el monto de la reclamación a reembolsar por cada Accidente o Enfermedad amparados por esta póliza de seguros.

Para que una Enfermedad o Accidente sea amparado, el monto de reclamación deberá rebasar el monto del Deducible contratado.

El Deducible se aplicará por evento, a partir de la fecha del primer gasto del siniestro amparado.

En caso de que en la misma vigencia de la póliza se presenten varias reclamaciones sobre la misma familia asegurada dentro de la misma póliza, el Deducible se aplicará por Accidente o Enfermedad amparados, con un máximo de dos por familia.

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.

COASEGURO

Está especificado en la carátula de la póliza como porcentaje y es la participación del asegurado en el monto de la reclamación a reembolsar y se aplica después de haber descontado el Deducible, el Coaseguro se aplicará cada vez que se presenten gastos complementarios al mismo padecimiento o enfermedad cubiertos, hasta el tope máximo por asegurado por cada año de vigencia, mismo que se estipula en la carátula de la póliza.

DEPENDIENTES O ASEGURADO DEPENDIENTE

Aquellas personas que dependen económicamente del asegurado Titular. Para efectos de esta Póliza, podrán ser consideradas como Dependientes del asegurado Titular, las siguientes personas:

1. El Cónyuge o Concubino que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.
2. Los Ascendientes en línea recta hasta los 64 años de edad para el primer año de contratación.
3. Los Hijos o Hijastros del Asegurado Titular hasta los 24 años de edad.

En ningún caso se renovará el seguro a personas mayores de 69 años de edad.

EMERGENCIA MÉDICA O URGENCIA MÉDICA

Es una Enfermedad o lesión imprevista, súbita y fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata. La emergencia cesa cuando el paciente se encuentra médicamente estabilizado.

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 profesionalista independiente legalmente autorizado.

Las Alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad. Siempre y cuando se hayan originado dentro de la vigencia de esta póliza.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Es el beneficio que la Compañía otorga con base al tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, la cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir el Periodo de Espera de los padecimientos citados en los puntos 18 y 19, III GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

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 contraponga.

EVENTO

Es toda afectación que sufra el asegurado a consecuencia de un padecimiento, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

GASTO USUAL O UCR (Usual, Customary & Reasonable)

Costo promedio, cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica, basado en sistema de costos por CPT (Current Procedural Terminology de la American Medical Association). Esta tabla se basa en el MDR Payment System.

Esta definición será aplicable solo para padecimientos que se encuentren cubiertos por las condiciones de esta póliza y para aquellos servicios que sean diferentes a los honorarios médicos, tales como: servicios profesionales, auxiliares mecánicos, insumos y equipos médicos. El valor monetario de dichos bienes y servicios se determinará convencionalmente a través de las listas de precios que fijen los proveedores formalmente establecidos para tales efectos, los cuales deberán cumplir con la legislación respectiva para ejercer esa actividad comercial.

HONORARIOS MÉDICOS

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los asegurados y que Seguros SURA pagará de acuerdo a la tabla del plan contratado.

HOSPITAL O SANATORIO

Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios Hospitalarios y Médicos.

HOSPITALIZACIÓN

Estancia continua en un Hospital 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.

MÉDICO

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

MÉDICO ESPECIALISTA

Médico certificado por el Consejo de la especialidad correspondiente, con reconocimiento de la Academia Mexicana de Medicina.

PADECIMIENTO

Cualquier alteración que sufra el asegurado en su salud a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o cualquier evento amparado por la póliza.

PADECIMIENTOS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Aquellos padecimientos o malformaciones con los que se nace o que se adquieren dentro del útero materno.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se considerará preexistente, cualquier Enfermedad o padecimiento:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- b) Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, se podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) 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 de la enfermedad o 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, 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 alguna enfermedad y/o 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

Pago que realiza en forma directa Seguros SURA al prestador de servicios, por la atención médica de un Accidente o una Enfermedad cubiertos. Este pago se aplicará cuando, el asegurado sea atendido por Médicos y Hospitales pertenecientes a la Red Seguros SURA o cuando sea atendido por Médicos u Hospitales que aunque no pertenezcan a la Red Seguros SURA se ajusten a los Tabuladores de la Compañía en ambos casos escogidos libremente por el asegurado. Queda entendido que el Pago Directo sólo aplicará cuando se dé una atención intra-hospitalaria de al menos 24 horas consecutivas. Dichos pagos están sujetos a los Tabuladores pactados por la compañía con el prestador del servicio médico, independientemente de la Base Contratada y de acuerdo a las zonas geográficas.

PERIODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta o antigüedad reconocida del asegurado para que se puedan cubrir ciertos padecimientos, de acuerdo a lo especificado en los incisos 18 y 19 de la sección III Gastos Médicos Cubiertos así como en las especificaciones de la carátula de póliza, endosos y de las Condiciones Generales.

PERIODO DE CARENCIA

Es el lapso de tiempo que deberá transcurrir a partir de la fecha de alta del asegurado para que éste se encuentre cubierto por la póliza. Este periodo no aplica para accidentes o emergencias médicas y es de 30 días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza.

PERITO MÉDICO

Médico Especialista certificado por el Consejo o Colegio legalmente constituidos.

PLAN CONTRATADO

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la Póliza, tales como: Suma Asegurada, deducibles, coaseguros, tabla de intervenciones quirúrgicas, beneficios adicionales, entre otras, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

PLAZO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la primera parcialidad de la misma pactada en la Póliza. Cuando el pago de la Póliza se realiza de manera fraccionada, los recibos subsecuentes al primero no contarán con dicho plazo en ningún caso.

Durante este plazo, el asegurado goza de la cobertura de la póliza, en caso de siniestro indemnizable, Seguros SURA deducirá de la indemnización el total de la prima pendiente de pago. Las reclamaciones presentadas durante este plazo se harán únicamente por el mecanismo de reembolso.

PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la póliza a cargo del Contratante, a favor de Seguros SURA, la cual podrá ser anual o en parcialidades no menores a un mes, según se pacte en la Póliza.

PRIMER GASTO

Es el gasto más antiguo en el que el Asegurado incurre, para la atención de un padecimiento cubierto.

RECLAMACIÓN

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante Seguros SURA, para obtener los beneficios de la Póliza a consecuencia de un padecimiento.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Es reconocimiento que otorga Seguros SURA a la antigüedad generada por un asegurado con otras compañías de seguros o por privilegio de conversión previo acuerdo, la antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas Condiciones Generales en los puntos 18 y 19, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

En ningún caso se cubren padecimientos preexistentes.

RENOVACIÓN

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

REEMBOLSO

Restitución por parte de Seguros SURA de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato.

SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL

Es el salario mínimo general mensual vigente en la Ciudad de México a la fecha del primer gasto médico cubierto.

SIGNO

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

SÍNTOMA

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

SOLICITANTE TITULAR O ASEGURADO TITULAR

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

SUMA ASEGURADA

Límite máximo de responsabilidad que pagará Seguros SURA por participante, por cada evento cubierto por la Póliza, con base en las coberturas contratadas siempre y cuando dicho evento ocurra durante la vigencia de la misma.

La Suma Asegurada para cada padecimiento quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto.

TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Relación de porcentajes máximos que pagará la Compañía por reembolso por los distintos procedimientos quirúrgicos, que están en función a la base de Honorarios Quirúrgicos que aparece en la carátula de la póliza. Dicha tabla se podrá consultar en Internet en la página www.segurossura.com.mx.

II. CLÁUSULAS GENERALES

OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico ocurridos durante la vigencia de esta Póliza, el asegurado incurriera en cualesquiera de los Gastos Médicos enumerados más adelante, la Compañía pagará o reembolsará el costo de los mismos hasta por el monto de la Suma Asegurada estipulado en la póliza por cada Accidente o Enfermedad, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO

Los gastos efectuados por el asegurado o sus dependientes en el extranjero, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubiertos ocurridos durante la vigencia de la Póliza, se reembolsarán hasta el monto indicado en la carátula de la Póliza, con el Deducible y Coaseguro estipulado para esta cobertura.

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.

MODIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la Póliza, las Cláusulas Adicionales y los Endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Art. 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato, deberá hacerse por escrito a la Compañía, precisamente en el domicilio de sus oficinas. Por su parte, la Compañía se dirigirá al último domicilio que ella conozca del Contratante.

PRESCRIPCIÓN

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

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del Contratante o de Seguros SURA, 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. Cuando los gastos se eroguen en moneda extranjera, el tipo de cambio considerado será el vigente a la fecha en que se hayan efectuado los mismos. Dicho tipo de cambio corresponde al dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

PERIODO DE BENEFICIO

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

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del contrato.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

TÉRMINOS DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

Este contrato se considerará renovado de manera automática por periodos de un año, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando la Compañía o el Contratante, notifiquen por escrito su voluntad de no renovarlo, cuando menos con veinte días hábiles antes del vencimiento de la póliza, y hasta que la edad cumplida del asegurado sea de 69 años.

Seguros SURA acuerda otorgar al asegurado la renovación de su Contrato, en los términos y condiciones de los productos que tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que sean congruentes con los originalmente contratados; sin que se puedan modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar los periodos de espera, reducir límites de edad y solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Asimismo, el nuevo contrato preverá un servicio de Red Seguros SURA, médica y hospitalaria, con una calidad, servicio y ubicación similar a la originalmente contratada. Sin embargo, si al momento de dicha renovación existieren condiciones más favorables para el asegurado, en caso de ser aceptadas por éste, le serán aplicadas con el respectivo ajuste en primas que corresponda.

Seguros SURA se obliga a informar al asegurado con al menos 30 días de anticipación a la renovación de la póliza, los nuevos valores de la prima y deducible, que en su caso sean aplicables a la misma. El valor relativo a la prima se ajustará de acuerdo con la inflación médica anual para cada edad, en tanto que el correspondiente al deducible, se determinará en los términos del procedimiento establecido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al mismo plan, si el asegurado no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto.

El coaseguro aplicable será el originalmente contratado.

El pago de la prima, acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales de Seguros SURA, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En caso de que el asegurado cambie de Residencia u Ocupación la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de Seguros SURA.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los asegurados o sus representantes, 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. (Arts. 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La Compañía comunicará al Contratante la rescisión del Contrato que corresponda, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración. Si la omisión o inexacta declaración se refiere a uno solo de los asegurados de la presente Póliza, el seguro quedará en vigor para los otros (Arts. 47, 48 y 49 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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, cualquier siniestro que ocurra después de este plazo no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta póliza.

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 evento, afecta a un determinado riesgo.

El Contratante o Asegurado Titular, deberá comunicar a la Compañía por escrito, dentro de las 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.

EDAD

Para efectos de este Contrato, la edad de aceptación de primer ingreso es desde la fecha de nacimiento hasta los 64 años, en tanto que la edad máxima de renovación será hasta los 69 años. En los casos de renovación, la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Términos de Renovación, Altas y Bajas para los Asegurados incluidas en ella y podrán efectuarse mientras el Asegurado pague la prima vigente de la edad que le corresponde al momento de la Renovación.

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:

- 1) Seguros SURA 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 Seguros SURA, que para esta póliza son desde el primer día de nacidos y hasta los 64 años de edad, en este caso, el seguro será rescindido y Seguros SURA reintegrará al Contratante el 60% de 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. Seguros SURA ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.

- 2) Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Seguros SURA, se aplicarán las siguientes reglas:
- a) Si la edad real es menor que la declarada, Seguros SURA reembolsará el 60% de 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. .
 - b) Si la edad real es mayor a la declarada, en caso de alguna reclamación, la obligación de Seguros SURA 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.

PRIMA

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 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.

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, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose a tasa de financiamiento que corresponda, la cual se dará a conocer por escrito al asegurado.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos, vencerá al inicio de cada periodo pactado, salvo el primer recibo, por el cual el Contratante dispondrá del plazo de gracia de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima, plazo en el cual el seguro continuará en pleno vigor.

Para los pagos subsecuentes al primero, en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al inicio de cada periodo pactado y no aplicará el periodo de gracia.

Transcurridos los plazos citados, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dichos plazos, sin necesidad de notificación o declaración judicial.

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, Seguros SURA podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidada, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

CANCELACIÓN ANTICIPADA

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, Seguros SURA devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza ni gastos de adquisición.

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 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 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.

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 Titular o Contratante de la misma, a las personas que cumplan con los requisitos de Dependientes 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 30 días posteriores a la ocurrencia del evento, 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.

BAJA DE ASEGURADOS

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de ser Dependientes del Asegurado Titular o hayan cumplido el límite de edad establecido, a partir de la siguiente renovación:

- a) Al titular o cónyuge que cumplan los 69 años de edad. .
- b) Los hijos que cumplan 24 años de edad.

PAGO DE RECLAMACIONES

Las reclamaciones que resulten cubiertas en los términos del presente Contrato serán pagaderas en las oficinas de la Compañía dentro de los 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 Enfermedad, cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje máximo establecido en la carátula de la póliza. El coaseguro establecido aplicará siempre y cuando el asegurado sea atendido por Médicos y Hospitales de la Red Seguros SURA, en caso contrario, el coaseguro a aplicar será del 30%. En caso que se utilicen Médicos u Hospitales que no pertenezcan a la Red Seguros SURA, pero dichos Médicos u Hospitales se ajusten al tabulador de la Compañía, se aplicarán el Deducible y el Coaseguro pactados en la carátula.
- c) El Deducible, Coaseguro así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada Enfermedad cubierta.

En el caso de Accidentes cubiertos, siempre y cuando el monto total de los gastos sea superior a \$2,000.00 (Dos mil pesos), la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al máximo establecido en la carátula de la póliza, siempre y cuando sea atendido por Médicos y Hospitales de la Red Seguros SURA, en caso contrario, el coaseguro será del 30%. En caso que se utilicen Médicos u Hospitales que no pertenezcan a la Red Seguros SURA, pero dichos Médicos u Hospitales se ajusten al tabulador de La Compañía, se aplicará el Coaseguro pactado en la carátula. El pago del IVA será cubierto por La Compañía. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del asegurado.

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 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.

Conforme a lo anterior, en lo que respecta a los actos derivados de un siniestro la Compañía tendrá el derecho de exigir al asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Para mayor referencia se transcribe a continuación el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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 a la indemnización correspondiente.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Seguros SURA a causa de omisión o inexacta declaración en el aviso por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a Seguros SURA por el Asegurado.

ACUERDO DE ARBITRAJE

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de enfermedades preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de La Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 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 en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. 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.

INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización o capital en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que venza el plazo de treinta días señalado en el artículo 71 antes citado.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier alcaldía de la CONDUSEF.

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.

RESPONSABILIDAD DE PRESTADORES DE LA RED SEGUROS 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 Seguros 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.

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.

SUBROGACIÓN

Seguros SURA 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 Seguros SURA para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a Seguros SURA 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.

III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En caso de ocurrir un Accidente o Enfermedad cubierto por esta Póliza, la Compañía reembolsará al Contratante o cualquiera de los asegurados de la Póliza, hasta los límites indicados en la carátula, los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

1. HABITACIÓN HOSPITALARIA

- a. Gastos realizados por estadía en habitación estándar hospitalaria. Este concepto se cubrirá hasta el beneficio máximo que se establece en la carátula de la Póliza.
- b. Costo de la cama extra para el acompañante.

2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

A. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN TERRITORIO NACIONAL

Todas las atenciones médicas o quirúrgicas prestadas al asegurado por el hospital, los cirujanos, anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas según se define a continuación:

- a. Honorarios del cirujano de acuerdo a los porcentajes expresados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas, en función al límite establecido en la carátula de la póliza. Las Intervenciones Quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo (www.segurossura.com.mx), se valorarán por similitud a las comprendidas en él.

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 el catálogo.

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 el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos.

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

- b. Consultas Médicas Postoperatorias necesarias, 30 días después de la operación.
- c. Honorarios del Anestesta con límite máximo del 30% del total pagado por los Honorarios de la Intervención Quirúrgica.

- d. Honorarios del Ayudante con límite máximo del 20% del total pagado por los Honorarios de la Intervención Quirúrgica.
- e. Honorarios del segundo Ayudante con límite máximo del 10% del total pagado por los Honorarios de 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.
- f. Gastos de Sala de Operaciones, Recuperación y de Curaciones.
- g. Gastos por Equipo de Anestesia.
- h. Gastos originados por consumo de oxígeno.
- i. Gastos por Aplicación y Transfusión de Plasma, Sueros y otras sustancias semejantes.
- j. Gastos originados por tratamiento de Quimioterapia, siempre que éste haya sido indicado por un médico especialista.
- k. Medicamentos suministrados dentro del Hospital.

B. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL EXTRANJERO

Para la atención médica en el Extranjero, los conceptos anteriormente mencionados quedan sujetos a los límites establecidos en la carátula de la póliza.

3. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

4. 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 carátula de la Póliza, no incluye consultas postoperatorias que se considerarán dentro de honorarios quirúrgicos.

5. HONORARIOS DE ENFERMERA

Quedan cubiertos los honorarios de enfermeras que, bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarias para la convalecencia domiciliaria, hasta el gasto usual, razonable y acostumbrado por turnos de 8, 12 y 24 horas por 30 días con límite máximo de 720 horas.

La cobertura de enfermería incluye únicamente las siguientes patologías o tratamientos:

- a) Tratamientos de radioterapia y quimioterapia (periodo de recuperación post aplicación).
- b) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones (no en ventana inmunológica), que sean para aplicación de medicamentos.

- c) Tratamiento post quirúrgico de cirugías de corazón y sistema nervioso central por indicación del Médico tratante.
- d) Tratamiento de recuperación de trauma mayor o quemaduras de más de 20% o Grado III.
- e) Reemplazos articulares mayores (cadera) para la recuperación.
- f) Para patologías o padecimientos distintos a los anteriores se cubrirá siempre y cuando exista una previa valoración y aceptación por parte de Seguros SURA.

6. PAGO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, siempre que sean indicados por los médicos tratantes, que sean necesarios para el tratamiento del padecimiento o lesiones del asegurado y se deberán acompañar de la factura original y la receta médica.

7. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Análisis de laboratorio y estudios de imagen, isótopos radioactivos, electrocardiografía, encefalografía o de cualquier otro examen necesario para el diagnóstico médico, siempre que el mencionado diagnóstico indique la existencia de una Enfermedad o Accidente cubierto por la presente Póliza.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales: No se cubrirán aquellos estudios que no tengan intención diagnóstica y se hagan por revisión periódica o Check up.

8. TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA O TERAPIA RADIOACTIVA

Siempre que sean indicados por un Médico Especialista.

9. DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS

Siempre que sea indicado por un Médico Especialista en Nefrología.

10. RENTA Y/O COMPRA DE APARATOS ORTOPÉDICOS

Renta y/o compra de muletas, sillas de ruedas, camas especiales y otros aparatos semejantes necesarios para la rehabilitación del enfermo. En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales: no se incluyen sillas de ruedas eléctricas.

11. PRÓTESIS

Prótesis ortopédicas, mamarias (sólo en caso de cáncer), globo ocular, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis que se requieran a causa de Accidente y/o Enfermedad cubierta, con el límite establecido en la carátula de la Póliza.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales:

- a) Quedará excluida la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del Accidente y/o Enfermedad.**
- b) Quedará excluida cualquier prótesis experimental.**

12. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Terapia física y rehabilitación. Cubierta siempre y cuando sea indicada por el médico tratante y valorada por un Médico Especialista y de acuerdo a las sesiones necesarias para alcanzar su máxima rehabilitación.

13. PADECIMIENTOS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Tratamiento de Enfermedades y malformaciones congénitas para los dependientes nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando la madre haya estado asegurada con Seguros SURA en una póliza de Gastos Médicos Individual o familiar en forma ininterrumpida los últimos 10 (diez) meses. Asimismo, se cubren estos tratamientos para los asegurados mayores de 5 años de edad, siempre que hayan estado asegurados por un plazo ininterrumpido de 2 años y dichos padecimientos no puedan ser considerados como preexistentes en términos de la definición contenida en estas condiciones generales.

14. ENFERMEDAD CUBIERTA

Quedarán cubiertas bajo esta póliza las Enfermedades que se originen cuando menos 30 días después del alta del asegurado a esta póliza (Periodo de Carencia), el periodo marcado no tendrá lugar cuando se trate de emergencia médica, renovaciones, ni cuando se trate de padecimientos o malformaciones congénitas de acuerdo a lo establecido en el punto 13.

15. ACCIDENTE CUBIERTO

Son materia de esta póliza los Accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el inicio del periodo de cobertura y durante la vigencia de la póliza, y siempre que el primer gasto sea erogado dentro de los primeros 10 días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente.

Pasados los 10 días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de accidente, se tomará como enfermedad.

16. TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE

Tratamientos dentales, alveolares o gingivales que sean indispensables a consecuencia de un Accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías previas al tratamiento en donde se aprecie el daño sufrido en dientes naturales, a consecuencia del Accidente.

17. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Transportación terrestre simple hacia o desde el hospital. En caso de Emergencia Médica, se cubre la transportación terrestre totalmente equipada o con servicios de terapia intensiva cuando se requiera, siempre y cuando el padecimiento este cubierto.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales:

Esta cobertura no aplica cuando:

- a. El motivo del traslado no sea por indicación médica.**
- b. El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- c. El paciente no esté autorizado por un Médico para el traslado hasta el destino elegido.**

18. PADECIMIENTOS CON PERIODOS DE ESPERA DE 1 AÑO CUMPLIDO

Prevalciendo sobre lo establecido en el apartado VI de Exclusiones Generales:

El Contrato de seguro contenido en esta póliza, CUBRE A PARTIR DEL INICIO DEL SEGUNDO AÑO de vigencia o 12 meses de Antigüedad del asegurado afectado en la póliza, los gastos originados a consecuencia de:

- a. Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares.
- b. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- c. Tratamientos ginecológicos cualesquiera que sea su causa.
- d. Tratamiento de litiasis de vías biliares y urinarias (incluyendo litotripsias).

De acuerdo al deducible, coaseguro y límite de Suma Asegurada establecidos en la Carátula de la Póliza.

19. PADECIMIENTOS CON PERIODOS DE ESPERA DE 2 AÑOS CUMPLIDOS

Prevaleciendo sobre lo establecido en el apartado VI de Exclusiones Generales:

El Contrato de seguro contenido en esta póliza, CUBRE A PARTIR DEL INICIO DEL TERCER AÑO de vigencia o 24 meses de Antigüedad del asegurado afectado en la póliza, los gastos originados a consecuencia de:

- a. Tumoraciones mamarias y mastopatía fibroquistica.
- b. Cirugías de piso perineal.
- c. Padecimientos anorrectales. Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapso del recto.
- d. Hernias, eventraciones y protrusiones cualesquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal). No se cubrirán hernias preexistentes o de cirugías previas ni las condicionadas por cesáreas.
- e. Enfermedades de columna vertebral y de los discos Intervertebrales. En caso de intervenciones de discos intervertebrales, el periodo de espera se mantiene independientemente de la causa que origine la intervención.
- f. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas o adenoides.
- g. Circuncisión.

De acuerdo al deducible, coaseguro y límite de Suma Asegurada establecidos en la Carátula de la Póliza.

20. CATALOGO QUIRÚRGICO AMPLIADO PARA ENFERMEDADES GRAVES.

El Contrato de seguro contenido en esta póliza, CUBRE A PARTIR DEL PRIMER AÑO cumplido de vigencia o 12 meses de Antigüedad del asegurado afectado en la póliza emitida por Seguros SURA, la ampliación del Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas para las Enfermedades que a continuación mencionamos, de acuerdo a lo indicado en la carátula de la póliza siempre y cuando dichas enfermedades sean atendidas en el extranjero:

1. Accidente cerebro vascular.
Cualquiera que produzca secuelas neurológicas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, hemorragias intracraneales.
2. Cirugía de las arterias coronarias.
Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. La necesidad de una intervención de este tipo deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria.
Aneurisma de arterias cerebrales, corazón y aorta.

3. Tumores cerebrales
4. Cáncer de órganos vitales.
5. Trasplante de órganos vitales (riñón, hígado, corazón, páncreas, córneas y pulmón).

Se entenderá como trasplante de órgano al procedimiento médicamente necesario, realizado mientras la cobertura del asegurado bajo esta Póliza esté vigente y durante el cual uno o más órganos son removidos de un donante (vivo o fallecido) por un proceso quirúrgico y aplicados al asegurado, considerado como el receptor.

Una vez que se haya satisfecho el Deducible, y de acuerdo con el Coaseguro establecido, Seguros SURA abonará los Gastos incurridos por el asegurado hasta el límite indicado en la carátula de la Póliza, por tratamientos, procedimientos, servicios o suministros médicamente necesarios, proporcionados por o como resultado de un trasplante cubierto bajo esta Póliza.

Los servicios por trasplantes con inclusión de los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los trasplantes, deberán ser previamente aprobados por Seguros SURA. El asegurado deberá notificar a Seguros SURA, tan pronto como se determine que el paciente es candidato para un trasplante. Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por o en relación a un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente aprobado por Seguros SURA, o que no es considerado como médicamente necesario.

Los gastos cubiertos serán los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados originados por los siguientes procedimientos, servicios y suministros incurridos por o como resultado de un trasplante cubierto bajo esta Póliza:

- a. Servicios médicos;
- b. Gastos de hospitalización o incurridos en un centro médico de trasplante;
- c. Honorarios médicos incurridos por la obtención de órganos;
- d. Gastos médicamente necesarios relacionados con un donante vivo;
- e. Medicamentos suministrados al paciente hospitalizado y medicamentos para ser administrados en el hogar;
- f. Consultas de seguimiento.

La indemnización de un trasplante realizado por segunda vez, debido al fracaso del trasplante inicial, sólo será pagada si los médicos de Seguros SURA lo aprueban como médicamente necesario.

En caso de trasplante, se requerirá una segunda opinión de un médico de la misma especialidad del médico tratante del asegurado. Seguros SURA se reserva el derecho de someter la evaluación de la segunda opinión médica a cualquier médico que estime conveniente.

Sólo se cubren bajo esta Póliza los siguientes trasplantes:

- a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y corneas o alguna combinación de éstos siempre que sean médicamente necesarios.
- b) Médula ósea autóloga para:
- Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
 - Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 - Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída;
 - Tumores de célula embrionaria.
- c) Médula ósea alogénica para:
- Anemia aplásica;
 - Leucemia aguda;
 - Inmunodeficiencia severa combinada;
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich;
 - Osteoporosis infantil maligna (Enfermedad de Albers Schonberg);
 - Leucemia mielógena crónica (LMC);
 - Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año;
 - Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor);
 - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B; o
 - Linfoma de no-Hodgkin, estado III o estado IV.

Los beneficios pagaderos por procedimientos de trasplantes están sujetos a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de la Póliza.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales:

No se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a. Proporcionado como resultado de o relacionado en cualquier manera a un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo esta Póliza; o el cual no ha sido previamente aprobado por la Compañía;**
- b. Incurrido como resultado de o relacionado en cualquier manera con una condición preexistente;**

c. Considerado como experimental o en investigación o electivo.

Se entenderá como electivo aquel tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:

- **No es médicamente necesario;**
- **No es la única alternativa para que el asegurado pueda tener una vida normal, a pesar de su Enfermedad o condición.**

Se entenderá como experimental o en investigación aquel procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, curso de tratamiento, equipo, droga o medicamento que:

- **No es aceptado generalmente como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por el consenso de organizaciones profesionales reconocidas en la Comunidad Médica Internacional;**
- **Está bajo investigación o limitado a investigación;**
- **Su uso es restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos;**
- **No se ha probado de manera objetiva, que posea valor o beneficio terapéutico;**
- **No a sido aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones marcadas por la Secretaria de Salud de la República Mexicana (SS) y por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA); y**
- **Está bajo estudio, investigación, en un periodo de prueba, o en cualquier fase de un ensayo clínico (que incluya protocolos de estudio).**

Los médicos de la Compañía determinarán, con respecto a un trasplante, cuando un procedimiento en particular, tratamiento, dispositivo, droga o terapia para drogas puede ser considerado como experimental o investigativo.

- d. Proporcionado cuando un tratamiento alternativo o procedimientos igualmente efectivos estuviesen disponibles al paciente, para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable por la realización del trasplante;**
- e. Proporcionado para o como resultado de un trasplante, por el cual el receptor es proporcionado de equipo artificial o mecánico o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos o cuando el donante es de especie animal;**
- f. Proporcionado antes o después del periodo de vigencia de esta Póliza;**
- g. El cual no es médicamente necesario o se realiza en una institución no considerada como un centro clínico u hospitalario o centro médico de trasplantes;**
- h. Por costos que excedan los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados**

21. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En territorio nacional

La Compañía cubrirá los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para el mismo padecimiento, siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta

Se entenderá como Segunda Opinión Médica, a los gastos erogados por visitas a consultorio y, en caso de ser necesarios, los estudios de laboratorio y gabinete complementarios.

IV. COBERTURAS ESPECIALES

1. PARTO NORMAL O CESÁREA

Gastos médicos, honorarios quirúrgicos y gastos de hospitalización erogados a consecuencia de parto normal o cesárea. Este concepto se reembolsará hasta el límite estipulado en la carátula de la póliza sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

Para contar con esta cobertura es requisito que la Asegurada sea Titular o Cónyuge y haya estado asegurada al menos 10 meses, contados a partir de la fecha de contratación de la póliza o alta a la misma de una póliza de Gastos Médicos Mayores Individual en Seguros SURA.

Si se solicita incremento de la Suma Asegurada para esta cobertura, la nueva Suma Asegurada para parto o cesárea surtirá efecto para embarazos que inicien a partir de la fecha en que se realizó el cambio y se deberá de cumplir con el periodo de espera establecido en el párrafo anterior.

2. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Gastos derivados por las siguientes complicaciones del Embarazo, Parto o Puerperio siempre que ocurran después del periodo que se indica en cada concepto a la contratación de la Póliza o alta.

- a. La intervención quirúrgica con motivo de embarazo extrauterino, periodo de espera 4 meses
- b. Mola Hidatidiforme (Embarazo Molar), periodo de espera 4 meses.
- c. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo o Eclampsia, periodo de espera 10 meses.
- d. Desprendimiento de placenta, periodo de espera 10 meses
- e. Amenaza de parto prematuro, periodo de espera 10 meses
- f. Parto prematuro o pretérmino, periodo de espera 10 meses
- g. Sepsis Puerperal, periodo de espera 10 meses
- h. Legrado uterino por Aborto Espontáneo u Óbito, periodo de espera 10 meses.

3. TRATAMIENTO DE NARIZ Y/O SENOS PARANASALES

Cubierto en caso de Enfermedad o Accidente a partir del inicio de la segunda vigencia de la póliza o después de 365 días de vigencia transcurridos en Seguros SURA y se aplicará un Coaseguro de 50%.

A partir del tercer año de vigencia de la póliza se aplica Deducible y Coaseguro de la póliza contratada.

4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Tratamiento a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) después de un periodo de espera de 4 años o 48 meses de cobertura continua de Gastos Médicos Mayores en Seguros SURA, siempre que el virus no haya sido detectado antes del inicio de vigencia de Póliza, ni del periodo de espera citado, es decir, el VIH SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el periodo de espera ya mencionado.

5 COBERTURA DE DEPORTES.

Lesiones y/o Accidentes cubiertos por la Póliza de Gastos Médicos que se susciten a consecuencia de la práctica amateur de cualquier deporte; para el tratamiento y cirugía de rodilla aplicará coaseguro del 50% .

6. PREEXISTENCIA DECLARADA

Cubierta con un periodo de espera de dos años de antigüedad en Seguros SURA, siempre y cuando la enfermedad o procedimiento sea declarado en el cuestionario de salud que aparece en la solicitud y no sea causa de exclusión, lo cual quedará estipulado mediante el endoso correspondiente.

No aplica para esta cobertura la antigüedad generada en otras compañías de seguros.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales, esta cobertura no aplica a: Diabetes, síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA), insuficiencia renal, padecimientos cardiovasculares, oncológicos, degenerativos y neurológicos. Así como el procedimiento médico de diálisis.

7. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

se cubre estando de viaje por negocios o placer y al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente cesará la emergencia y por tanto los efectos de esta cláusula.

En toda reclamación que se origine por emergencia en el extranjero, se aplicara el Deducible y el coaseguro que se indiquen en la carátula de la póliza y se pagará hasta por la suma asegurada que en dicha carátula se indique para esta cobertura.

Los beneficios surtirán efecto durante los primeros 60 días naturales continuos del viaje.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales, no quedaran cubiertos los gastos de:

- 1. Enfermería fuera del hospital**
- 2. Tratamientos de rehabilitación**
- 3. Situaciones de Emergencia Médica que se hayan originado en la República Mexicana.**
- 4. Padecimientos preexistentes**
- 5. Operación cesárea**
- 6. Estudios y operaciones que se programen dos días después de la emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del asegurado.**

8. ASISTENCIA EN VIAJES

No obstante que los servicios que se prestan a través de esta cobertura serán proporcionados por prestadores de servicios independientes de la Compañía, ésta será responsable ante los asegurados por su prestación, de acuerdo con lo estipulado en las presentes condiciones, por lo que en las partes donde se haga referencia al prestador de servicios se entenderá que se trata de esta Compañía.

COBERTURAS ESPECIFICAS	LÍMITES
Transporte o repatriación en caso de lesiones Corporales o Enfermedad.	Amparado
Desplazamiento y estancia de un pariente del Asegurado, por hospitalización superior a 5 días.	boleto viaje redondo \$ 500 pesos diarios Máximo \$5,000 pesos.
Desplazamiento del asegurado por Interrupción del viaje debido al fallecimiento de un pariente.	Boleto sencillo o completo
Asistencia médica por lesión o Enfermedad del Asegurado en el extranjero.	Hasta \$ 25,000 pesos
Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero por lesiones o Enfermedad.	\$ 500 pesos diarios Máximo \$ 5,000 pesos
Transporte o repatriación del asegurado fallecido.	Hasta \$ 25,000 pesos
Transmisión de mensajes urgentes	Amparado
Localización y transporte de los equipajes y efectos personales.	Amparado
Servicio de recuperación por derechos en tarjetas de crédito sin ningún costo adicional.	Amparado
Servicios de referencia legal.	Amparado

DEFINICIONES

Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o Enfermedad Si el Asegurado sufre una Enfermedad por la que sea indispensable su hospitalización, el prestador de servicios reembolsará:

- a. El traslado del Asegurado al centro hospitalario más cercano; y,
- b. Si fuera necesario, por razones médicas: Bajo supervisión del médico que designe el Asegurado, el traslado por los medios más adecuados al centro hospitalario más apropiado, de acuerdo a la Enfermedad que presente.

Si el Asegurado después del tratamiento local, según el criterio de su médico, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, organizará su traslado por avión de línea comercial. El prestador de servicios se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios, así como del boleto de regreso del Beneficiario.

Desplazamiento y estancia de un pariente del asegurado, por hospitalización superior a 5 días

En caso de que la hospitalización fuese superior a cinco días, el prestador de servicios reembolsará el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte más ágil, así como gastos de estancia hasta el límite establecido.

Desplazamiento del asegurado por Interrupción del viaje debido al fallecimiento de un pariente

El prestador de servicios reembolsará el excedente o diferencia que resulte de una cancelación o cambio de fecha, así como el boleto para el regreso anticipado del asegurado, por avión de línea comercial (clase económica), en caso de fallecimiento de un familiar en primer grado, en la ciudad de residencia permanente, siempre que el beneficiario no pueda utilizar su boleto original para el regreso.

Asistencia médica por lesión o Enfermedad del beneficiario en el extranjero

En caso de Enfermedad del Asegurado en el extranjero, el prestador de servicios reembolsará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos. El límite máximo por tales conceptos será el indicado anteriormente por uno o varios eventos.

Prolongación de la estancia del beneficiario en el extranjero por lesiones o Enfermedad

El prestador de servicios reembolsará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico del beneficiario. Este beneficio está limitado según lo establecido en el cuadro correspondiente.

Transporte o repatriación del asegurado fallecido

En caso de fallecimiento del Asegurado, el prestador de servicios se hará cargo de los siguientes gastos:

- a. El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del asegurado; o,
- b. Apetición de los herederos o representantes del Asegurado, inhumación y/o cremación del cadáver en el lugar donde se haya producido el deceso.

El prestador de servicios se hará cargo de estos gastos hasta el límite establecido.

Transmisión de mensajes urgentes

El prestador de servicios se encargará de transmitir, a petición del Asegurado, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de Asistencia.

Localización y transporte de los equipajes y efectos personales

En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del Asegurado, el prestador de servicios lo asesorará en la denuncia del robo o extravío y colaborará en las gestiones para su localización.

En caso de recuperación de dichos bienes, el prestador de servicios sufragará los gastos de envío hasta el lugar de destino del viaje previsto por el Asegurado o hasta su domicilio habitual, a elección del mismo.

Servicio de recuperación por derechos en tarjetas de crédito sin ningún costo adicional.

El prestador de servicios asesorará y asistirá jurídicamente, sin cargo al Asegurado, para obtener el reembolso de todos los gastos efectuados por él, en eventualidades médicas, jurídicas y administrativas ocurridas en un viaje dentro de la República Mexicana o en el extranjero y que se encuentren cubiertas por su afiliación a una tarjeta de crédito (American Express, Diners, Visa, Master Card, etc.)

Servicios de referencia legal

En caso de que el Asegurado por cualquier causa, se vea involucrado, en nuestro país o en el extranjero, en un problema o trámite que requieran de asesoramiento legal, el prestador de servicios con una sola llamada, lo pondrá en contacto con el abogado pertinente, afiliado a la red nacional o mundial, según el caso, a fin de que le proporcione la asistencia profesional correspondiente, con cargo al propio Asegurado.

En el evento de fallecimiento del Asegurado, los honorarios del abogado para la tramitación del traslado del cuerpo a la ciudad de residencia en la República Mexicana, serán por cuenta del prestador de servicios.

En adición a las exclusiones estipuladas en el apartado VI de Exclusiones Generales:

EXCLUSIONES DE ASISTENCIA EN VIAJES

- A. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes realizados por los Beneficiarios en contra de la prescripción del médico de cabecera o durante viajes, después de los 60 días naturales a su inicio, no dan derecho a los servicios de asistencia.**
- B. Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior a \$50.00 USD.**
- C. El prestador de servicios será relevado de la obligación de prestar los servicios de asistencia aquí pactados, en los siguientes casos:**
 - a. En los casos de exclusión previstos en la póliza de gastos médicos mayores.**
 - b. Cuando el Beneficiario no proporcione la documentación requerida o no comparezca personalmente ante las autoridades o personas privadas, conforme a las leyes y reglamentos de la materia.**
- D. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a. Huelgas, guerras, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, piratería, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**

- b. La participación directa del Beneficiario en actos de terrorismo.**
- c. Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.**
- d. La participación del Beneficiario en riñas, salvo en caso de defensa propia.**
- e. La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.**
- f. La participación del Beneficiario en cualquier clase de carreras, competiciones o exhibiciones.**
- g. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
- h. Cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente, la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad.**
- i. Enfermedades mentales o alienación.**
- j. Embarazo, parto, cesárea y prenatales.**
- k. Exámenes de la vista con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomias radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios, gastos de anteojos y/o lentes de contacto.**
- l. Trasplante de órganos o miembros de cualquier tipo.**
- m. Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**

- n. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- o. Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- p. Prótesis en general, gastos por muletas, silla de ruedas y aparatos ortopédicos.**

SOLICITUD DE ASISTENCIA

En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario deberá llamar a la central de Atención permanente del prestador de servicios, facilitando los datos siguientes:

- a. Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el prestador de servicios podrá contactar con el Beneficiario, médico o su representante, así como todos los datos que el gestor de asistencia le solicite para localizarlo..
- b. Su nombre, domicilio permanente y número de póliza de seguro.
- c. Describirá el problema y el tipo de ayuda que precise.
- d. El equipo especializado del prestador de servicios tendrá libre acceso a médicos e historias clínicas para conocer su situación y si tal acceso le es negado, el prestador de servicios no tendrá obligación de prestar ninguno de los servicios de asistencia.

A falta de dicha notificación, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro, el prestador de servicios considerará al Beneficiario como responsable de los costos y gastos ocurridos.

TRASLADO MÉDICO

En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del prestador de servicios, el Beneficiario, su médico o representante deberán facilitar:

- a. El nombre, domicilio y número de teléfono del hospital o centro médico donde el Beneficiario esté ingresado.
- b. El nombre, domicilio y número de teléfono del médico que atiende al paciente y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende al Beneficiario.

El prestador de servicios o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al Beneficiario para valorar las condiciones en las que se encuentre, si se negara dicho acceso o intervención, el Beneficiario perderá el derecho a los servicios de asistencia.

En el caso de traslado del Beneficiario, éste deberá entregar al prestador de servicios la parte del boleto original de cualquier medio de transporte no utilizado, en compensación del costo de dicho traslado.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS, TRASLADOS Y DE HOSPITALIZACIÓN

Para que el prestador de servicios pueda reembolsar los gastos erogados por el beneficiario, será necesario que lo solicite por escrito, acompañando invariablemente los siguientes documentos:

- a) Informe del médico tratante, manifestando las causas de su intervención, diagnóstico, días de incapacidad y las razones por las que es necesario el hotel para el caso de convalecencia o el traslado del Beneficiario a su lugar de origen.
- b) Informe del hospital en donde se haga constar la fecha de su ingreso y las causas motivo de su hospitalización.
- c) Facturas y recibos médicos de: hospital, hotel, ambulancia, laboratorios y en general todo documento que compruebe la erogación para su reembolso.
- d) Resultado de análisis y radiografías.
- e) Notas de farmacia con su respectiva receta médica

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 5 días naturales, contados a partir de la fecha en que se produzca, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento.

V. COBERTURAS ADICIONALES

Los siguientes eventos o tratamientos, quedarán amparados con los límites indicados en la carátula de la Póliza con un costo adicional y bajo contratación expresa de acuerdo a las condiciones que a continuación se describen:

1. 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 cubierto, 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 12 años, Seguros SURA únicamente reembolsará los gastos efectivamente realizados a quien acredite haberlos efectuado, hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada, la cual no podrá ser superior a 60 salarios mínimos generales mensuales, vigentes en la Ciudad de México, a la fecha de contratación de la presente cobertura.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas, hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

Suicidio

En el caso de suicidio del asegurado, ocurrido durante el primer año 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 reserva matemática existente.

Pago de Indemnizaciones

De quedar comprobado el derecho de indemnización, conforme a este Contrato, el pago de la misma se hará dentro de los treinta 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 los beneficiarios designados.

Si no se hubiere hecho designación de beneficiario(s), o éste(os) falleciere(n) antes o al mismo tiempo que el asegurado, la indemnización corresponderá a la sucesión del asegurado.

2. MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto sufrido por el asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza para este concepto a los Beneficiarios designados, siempre y cuando se dé aviso por escrito a la Compañía de todo Accidente que pueda dar motivo a una reclamación, dentro de los 5 días posteriores a la fecha del Accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como cese uno u otra.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional sólo al Titular y/o Cónyuge o Concubino de la Póliza, a partir de los 18 y hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

Exclusiones

- a) Enfermedad corporal o mental.**
- b) Envenenamiento e intoxicación de cualquier origen o naturaleza, salvo los accidentales.**
- c) Suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- d) Muerte por lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- e) Muerte por riña, siempre y cuando el asegurado sea el provocador, y actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado.**
- f) Muerte originada por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de alcohol o drogas no prescritas medicamente.**

Pago de Indemnizaciones

De quedar comprobado el derecho de indemnización conforme a este Contrato, el pago de la misma se hará dentro de los treinta 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. Si no se hubiere hecho designación de Beneficiario, o éste(os) falleciere(n) antes o al mismo tiempo que el asegurado, la indemnización corresponderá a la sucesión del asegurado.

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

3. PÉRDIDAS ORGÁNICAS

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto sufrido por el asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas enseguida citadas, la Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza para este concepto, de acuerdo a los siguientes porcentajes y siempre y cuando se dé aviso por escrito a la Compañía de todo Accidente que pueda dar motivo a una reclamación, dentro de los 5 días de la fecha del Accidente, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como cese uno u otra.

Escala de Indemnizaciones “A”

Ambas manos o ambos pies, o la vista en ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista en un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista en un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Escala de Indemnizaciones “B”

Ambas manos o ambos pies, o la vista en ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista en un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice de una mano	30%
La vista en un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos, que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo, que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa en los oídos	25%
El índice y otro dedo, que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5 cm.	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o el meñique	5%

Se entiende por pérdida de la mano, su anquilosamiento o separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosamiento o separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella; por la pérdida de la vista en un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo; por pérdida de un dedo, su anquilosamiento o la separación de los falanges completas.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas al asegurado durante la vigencia de este Contrato, en uno o varios Accidentes, la Compañía pagará la indemnización correspondiente a cada una de las pérdidas, sin que en ningún caso el pago total por las pérdidas que sufra, sea superior a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional sólo al Titular y/o Cónyuge o Concubino de la Póliza, a partir de los 18 y hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

Exclusiones:

- a) Enfermedad Corporal o Mental.**
- b) Mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- c) Lesiones que el asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alborotos populares o insurrección.**
- d) Riña, siempre y cuando el asegurado sea el provocador y actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado.**
- e) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado cuando se encuentre bajo los efectos de alcohol o drogas no prescritas médicamente.**

Pago de Indemnizaciones

De quedar comprobado el derecho de indemnización conforme a este Contrato, el pago de la misma se hará dentro de los treinta 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.

4. ESCUDO E.G. (ENFERMEDADES GRAVES)

Si el asegurado llegara a padecer alguna Enfermedad grave durante el plazo del Seguro contratado, la Compañía, al diagnóstico de la misma, pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio y estipulada en la carátula de la Póliza. Si el asegurado no contrae ninguna Enfermedad grave al término del mismo, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

Las Enfermedades graves que cubre este beneficio son las siguientes:

1. Infarto Agudo al Miocardio.

Muerte de una porción del músculo cardiaco, causada por irrigación sanguínea insuficiente de la parte afectada. Se manifiesta de forma aguda con dolor de pecho típico, requiere hospitalización en unidad de terapia intensiva o unidad de cuidados coronarios, presenta modificaciones electrocardiográficas de infarto reciente (dentro de los 30 días siguientes a su atención), elevación de las enzimas cardiacas y deja secuelas miocárdicas permanentes, que deberán ser confirmadas por un cardiólogo.

2. Enfermedad Vascular Cerebral.

Embolia o Trombosis. Cualquier hemorragia, infarto o trombosis cerebral de origen local o extracraneal que produce alteraciones neurológicas durante más de 24 horas y que deja secuelas permanentes, que deberán ser confirmadas por un neurólogo.

3. Revascularización de Coronarias (By-Pass) por angina de pecho o insuficiencia coronaria.

Comprende las cirugías con tórax abierto para la colocación de hemoductos para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias. Se incluyen angioplastias percutáneas o cualquier otro procedimiento quirúrgico que no sea de tórax abierto.

4. Cáncer.

La presencia corporal de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que pueden agruparse en un tumor o posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos. Esto incluye leucemia, linfomas y la Enfermedad de Hodgkin.

No se considera Enfermedad grave a cualquier tipo de cáncer de piel, tumores que sean considerados premalignos y cualquier clase de cáncer no invasivo e in situ.

5. Insuficiencia Renal.

Se establece cuando, debido a una Enfermedad renal, el asegurado requiere regularmente de diálisis peritoneal o hemodiálisis, o bien ha recibido un trasplante renal.

6. Trasplante de Órganos.

Sustitución completa y permanente del corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea. La Compañía tiene derecho a solicitar al asegurado toda clase de información o documentos relacionados con el siniestro.

Esta cobertura cesará al primer momento en que el asegurado presente su reclamación por este beneficio y ésta sea procedente; con ello concluirá también el pago de las Primas por esta cobertura. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro. Las enfermedades cubiertas a través de esta cobertura, no tienen periodo de espera.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

5. GARANTIZA

En caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente del asegurado Titular durante la vigencia de la Póliza, la Compañía brindará a los dependientes en vigor, incluyendo al Titular en caso de incapacidad total y permanente, la misma cobertura básica contratada y vigente al momento del fallecimiento o incapacidad del Titular, durante cinco años en el caso de Titular o Dependiente Cónyuge, y tratándose de los Dependientes Hijos durante 5 años o hasta que cumplan 25 años de edad, lo que ocurra primero.

Incapacidad Total y Permanente

Para efectos de esta cobertura, se define como incapacidad total y permanente al hecho de que el asegurado haya sufrido lesiones corporales o padezca alguna Enfermedad que le impida el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y cuando se presuma que dicho impedimento es de carácter permanente y siempre que haya sido continuo durante un periodo no menor de seis meses. También se considera como incapacidad total y permanente la pérdida de ambas manos, ambos pies, ambos ojos, una mano y un pie, una mano conjuntamente con un ojo o un pie conjuntamente con un ojo.

En estos casos no opera el periodo de espera mencionado en el párrafo anterior.

No se considera Invalidez Total y Permanente la causada por lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

A partir de los 65 años, se cancela la cobertura por Incapacidad Total y Permanente, quedando cubierto únicamente por fallecimiento. El pago de la Prima se realizará sólo por la cobertura de fallecimiento.

Gastos Cubiertos

Esta cobertura opera para todos los padecimientos cubiertos definidos en las presentes Condiciones Generales, siempre y cuando el padecimiento sea un gasto cubierto y precedente, que se origine dentro de la fecha de vigencia del presente beneficio.

Esta cobertura no opera en caso de que el asegurado se invalide de forma total y permanente a causa de un padecimiento preexistente a la contratación de esta cobertura o en caso de que la causa del siniestro sea un gasto no cubierto por la Póliza.

6. AMBULANCIA AÉREA POR EMERGENCIA MÉDICA

Transportación Aérea por Emergencia Médica cuando la localidad no cuente con los recursos médicos necesarios para la atención del paciente, incluyendo Ambulancia de terapia intensiva cuando esté justificado médicamente. El uso de esta cobertura estará sujeta a la autorización de Seguros SURA.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta cobertura adicional a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En la renovación, la edad límite será de 69 años.

Esta cobertura no opera a causa de un padecimiento preexistente a la contratación de esta Póliza o en caso de que la causa del siniestro sea un gasto no cubierto por la Póliza.

VI. EXCLUSIONES GENERALES

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

- 1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:**
 - a. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado.**
 - b. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.**

- c. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
 - d. Vuelo sin motor y ultraligeros, Alpinismo, Montañismo, Espeleología, Rapel, Buceo, Charrería, Esquí, Tauromaquia, Hockey, Equitación, Box, Lucha libre y Greco-romana, Uso de Go Karts y Jet Ski.
2. Padecimientos Preexistentes según la definición contenida en estas mismas Condiciones Generales, salvo lo indicado en el Apartado IV fracción 6.
 3. Los tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, ansiedad, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas.
 4. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje.
 5. Trastornos del sueño, apnea y síndrome de fatiga crónica.
 6. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de disfunción sexual, incluyendo la eréctil.
 7. Tratamientos relacionados con los defectos perinatales y Enfermedades o malformaciones congénitas de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, excepto los indicados en el Apartado III fracción 13.
 8. Alteraciones de la estabilidad de la columna debido a escoliosis, lordosis y cifosis de tipo patológicas.
 9. Cirugías Oftálmicas con el fin de corregir defectos de refracción, astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, aberraciones ópticas o visuales, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo
 10. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.
 11. Aparatos auditivos e implantes cocleares.

- 12. Afecciones propias y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio, y de la cesárea (Diastasis de rectos y hernias post incisional que no sean precisamente de las consignadas en esta Póliza en el Apartado IV fracciones 1 y 2 de las presentes condiciones generales.**
- 13. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales. Gastos por tratamientos de problemas de mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en ese sitio anatómico, excepto los que acontezcan a consecuencia de un Accidente Cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.**
- 14. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y para cambio de sexo.**
- 15. Tratamientos para calvicie.**
- 16. Tratamientos para corregir anorexia, bulimia y obesidad incluyendo bypass gástrico cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones, así como tratamientos dietéticos y complementos vitamínicos, fitofármacos, fórmulas lácteas.**
- 17. Reposición de prótesis mamarias y sus complicaciones o secuelas.**
- 18. Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de Check Up.**
- 19. Tratamientos preventivos o profilácticos (vitamínicos ni vacunas).**
- 20. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal incluyendo la salpingoclasia (ligadura de trompas) y la vasectomía, así como el reestablecimiento funcional de ellos.**

21. Gastos erogados a consecuencia de consultas prenatales, ultrasonidos obstétricos, cultivos vaginales en el embarazo y estudios de laboratorio para la comprobación de la salud durante el embarazo.
22. Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos del crecimiento, menopausia, climaterio, osteoporosis de origen climatérico (incluida osteopenia), andropausia, acné juvenil, pubertad, menstruación.
23. Lentigo solar, nevus o lunares, melasma o cloasma e hiperpigmentación cutánea por daño solar.
24. Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo el influjo de alcohol y/o drogas.
25. Padecimientos resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria así como cualquier lesión auto inflingida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
26. Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado, y aquellos derivados de riñas en las que el asegurado haya participado como provocador.
27. Los gastos realizados por acompañantes del asegurado durante el internamiento de éste en el hospital, excepto cama extra en territorio nacional.
28. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones, durante los primeros cuatro años de vigencia y tal como se indica en el Apartado IV, fracción 4.
29. Tratamientos médicos naturistas u otros medicamentos de la rama alternativa, hipnotismo, quelaciones, así como procedimientos realizados por personas sin cédula profesional.

- 30. Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, tratamientos experimentales o de investigación, que no están regulados por NOM (Norma Oficial Mexicana), SSA (Secretaría de Salud / COFEPRIS).**
- 31. Compra de zapatos o plantillas ortopédicas y de todo equipo de rehabilitación como muletas, sillas de ruedas (manual o eléctrica), cama tipo hospital o aparatos similares, así como de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos y equipos externos para aplicación de medicamentos.**
- 32. Reposición de aparatos y prótesis.**
- 33. Gastos efectuados por el asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad personal (y puedan ser sustituidos por otro de uso común) o de recreación personal.**
- 34. Gastos inherentes al Tratamiento médico, que no estén justificados por protocolo médico dentro del hospital.**

VII. TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y DIRECTORIO MÉDICO

Para consultar nuestra tabla de Intervenciones Quirúrgicas y el Directorio de Médicos y Hospitales sólo ingrese a nuestra dirección electrónica www.segurossura.com.mx y de click en “Tabla de Intervenciones Quirúrgicas” o “Consulta la Red Médica” respectivamente.

VIII. 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 dónde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud; o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que designe.

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 27 de mayo de 2013 con el número CNSF-S0010-0205-2013/CONDUSEF-002180-02, CGEN-S0010-0162-2013 con fecha 23 de Octubre de 2013, RESP-S0010-0470-2015 con fecha 21 de Mayo de 2015, RESP-S0010-0033-2017 con fecha 07 de Marzo de 2017, 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; 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 SURA cuenta con políticas corporativas que establecen las medidas necesarias para auxiliar en su condición a la población con capacidades diferentes, tales como facilidades en la atención y el servicio, accesos especiales y adecuados en sus instalaciones, prioridad en la atención de los siniestros, así como un trato respetuoso y digno.

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

Empresa

Auto

Transporte

Construcción

Hogar

PyME

Responsabilidad Civil

Vida

Accidentes Personales

Gastos Funerarios

Programa Escolar

Agrícola

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

01 800 00 83 693

www.segurossura.com.mx

01 800 911 7692

Para reporte de siniestros