

SEGUROS

SURA 

ALA AZUL PLUS

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

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 Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México, hace de su conocimiento que los datos personales que sean recabados y/o proporcionados a través de cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Seguros SURA o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted, serán tratados para las siguientes finalidades identificadas en los siguientes supuestos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico. Cookies en nuestra página de Internet. Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarte 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 período determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

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

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

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

Fecha de última modificación: abril 2022.

CONTENIDO

PÁGINA

I. DEFINICIONES

1. Accidente	3
2. Asegurado	3
3. Asegurados Adicionales	3
4. Base de Honorarios Quirúrgicos	3
5. Biología de la Reproducción	3
6. Coaseguro	4
7. Compañía	4
8. Contratante	4
9. Contrato de Seguro o Póliza	4
10. Copago	4
11. Culpa Grave	4
12. Emergencia Médica	4
13. Endoso	4
14. Enfermedad o Padecimiento	6
15. Enfermero(a)	6
16. Epidemia	6
17. Franquicia	6
18. Gasto Usual y Acostumbrado	6
19. Honorarios Médicos	6
20. Hospital, Clínica o Sanatorio	7
21. Hospitalización	7
22. Lugar de Residencia	7
23. Medicamento	7
24. Médico y Médico Especialista	7
25. Nivel Hospitalario	7
26. Obesidad	7
27. Osteosíntesis	7
28. Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas	8
29. Padecimientos Preexistentes	8
30. Pago Directo	8
31. Pandemia	8
32. Periodo al Descubierto	8
33. Periodo de Carencia	9
34. Periodo de Espera	9
35. Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS o Red Ala Azul PLUS	9
36. Programación de Servicios	10
37. Prótesis	10
38. Reclamación	10
39. Renovación	10
40. Reembolso	10
41. Siniestro	10
42. Síntoma	11
43. Suma Asegurada	11
44. Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas	11
45. UMA	11

II. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

1. Habitación hospitalaria estándar o su equivalente	12
2. Servicios médicos y quirúrgicos	12
3. Material de Osteosíntesis y Prótesis	14
4. Honorarios por consultas médicas	14
5. Honorarios de Enfermero(a)	14
6. Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete	14
7. Ambulancia terrestre local	14
8. Aparatos de Prótesis	15

CONTENIDO	PÁGINA
9. Rehabilitación física, de neurodesarrollo y cualquiera de sus variantes	15
10. Parto, cesárea y óbito fetal	15
11. Padecimientos congénitos o genéticos	15
12. Práctica <i>amateur</i> u ocasional de cualquier deporte (no profesional)	16
13. Uso de motocicleta	16
14. Circuncisión	16
15. Nariz y senos paranasales	16
16. Complicaciones del embarazo y/o puerperio	16
17. Legrado por aborto	17
18. Tratamientos de Obesidad	17
19. Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico	17
20. Medicina preventiva	18
21. COVID-19	19
22. Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera	19
23. Emergencia en gastos médicos no cubiertos	20
III. EXCLUSIONES-riesgos no cubiertos	22
IV. SERVICIOS DE ASISTENCIAS	26
1. Asistencia Médica	26
V. CLÁUSULAS GENERALES	28
1. Objeto del seguro	28
2. Contrato de Seguro	28
3. Vigencia	28
4. Modificaciones al Contrato de Seguro	28
5. Prescripción	29
6. Moneda	29
7. Edad	29
8. Inexacta declaración de la edad	30
9. Prima	31
10. Antigüedad reconocida	31
11. Agravación del riesgo	32
12. Residencia	33
13. Periodo de beneficio	33
14. Renovación automática	33
15. Terminación anticipada	35
16. Subrogación de derechos	35
17. Rehabilitación	36
18. Movimiento de Asegurados: altas de nuevos Asegurados	37
19. Movimiento de Asegurados: bajas de Asegurados	37
20. Trámite de reclamaciones	37
21. Pago de reclamaciones	38
22. Indemnización por mora	40
23. Competencia	40
24. Revisión de Diagnóstico	40
25. Segunda valoración médica	41
26. Acuerdo de arbitraje médico	41
27. Revelación de comisiones	41
28. Notificaciones	41
29. Entrega de documentación contractual	42
30. Uso de medios electrónicos	42
31. Cambio de plan	43
32. Territorialidad	44
VI. MARCO LEGAL	44



I. DEFINICIONES

Los siguientes términos utilizados con mayúscula inicial en las presentes condiciones generales tienen los significados que se les atribuyen a continuación, independientemente de que dicho término se utilice en singular o plural.

1. Accidente

Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el gasto inicial sea erogado dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente. Pasados los 30 días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de Accidente, se tomará como Enfermedad. **No se consideran Accidentes las lesiones autoinfligidas.**

2. Asegurado

Persona incluida en la Póliza, expuesta a cualquier Accidente o Enfermedad y con derecho a los beneficios contratados.

3. Asegurados Adicionales

Se consideran Asegurados Adicionales del Asegurado titular para efectos de esta Póliza, a las siguientes personas:

- a. El cónyuge, concubino(a) o conviviente que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en la legislación civil aplicable.
- b. Los hijos del Asegurado titular o de su cónyuge.
- c. El padre y/o madre del Asegurado titular o de su cónyuge.

4. Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos

Monto establecido en la carátula de la Póliza a la cual se le aplicarán los porcentajes indicados en el Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas, el monto resultante corresponderá al monto máximo a pagar o reembolsar por cada intervención o procedimiento.

5. Biología de la Reproducción

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

6. Coaseguro

Es la participación del Asegurado en el monto de la Reclamación y está especificado en la carátula de la Póliza, expresado en porcentaje y se aplicará cada vez que se presenten gastos iniciales o complementarios del mismo Siniestro cubierto.

7. Compañía

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

8. Contratante

Aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o terceras personas, quien es responsable ante la Compañía del pago de las primas y además es responsable de informar los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

9. Contrato de Seguro o Póliza

Es el celebrado entre el Contratante y la Compañía, por virtud del cual ésta última se obliga frente al Asegurado a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los eventos cubiertos (Siniestro) en dicho documento, siempre que procedan de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas.

10. Copago

Es la cantidad que el Asegurado debe pagar al Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS o Red Ala Azul PLUS por cada servicio otorgado, cuando así proceda.

11. Culpa Grave

Cuando estando en posibilidades de realizar los actos mínimos y elementales a efectos de evitar cualquier daño, se actúa con omisión o no se emplea el cuidado debido.

12. Emergencia 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 dentro de las 24 horas de ocurrida dicha Enfermedad o Accidente y ésta sea atendida en el área de urgencias de un Hospital, Clínica o Sanatorio. La emergencia cesa cuando el paciente se encuentra médicamente estabilizado.

13. Endoso

Documento que forma parte de la Póliza, que previo acuerdo entre las partes, modifica y/o adiciona condiciones específicas a las condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un Endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contrapongan.



14. Enfermedad o Padecimiento

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

15. Enfermero(a)

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

16. Epidemia

Cuando una Enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y decretada por la autoridad sanitaria correspondiente.

17. Franquicia

Es el monto fijo que tendrá que rebasar el Siniestro para que sea amparado. La Franquicia se aplicará por Siniestro, a partir de la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un Siniestro amparado.

18. Gasto Usual y Acostumbrado

Costo promedio, cobrado por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica, basado en sistema de costos por *CPT (Current Procedural Terminology of the American Medical Association)*. Esta tabla se basa en el *MDR Payment System (Merchant Discount Rate Payment System)*. Esta definición será aplicable solo para Padecimientos que se encuentren cubiertos por este Contrato de Seguro 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. El Gasto Usual y Acostumbrado para los servicios médicos cubiertos podrá ser consultado en www.segurossura.com.mx/

19. Honorarios Médicos

Pago que obtiene el Médico, por los servicios que presta a los Asegurados conforme a los límites establecidos en el Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas.

20. Hospital, Clínica o Sanatorio

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

21. Hospitalización

Estancia continua por más de 24 horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio; siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención, 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.

22. Lugar de Residencia

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

23. Medicamento

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

24. Médico y Médico Especialista

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

25. Nivel Hospitalario

Corresponde a los Hospitales a los cuales tiene acceso el Asegurado, de acuerdo con el plan contratado, sin un incremento en Franquicia o Coaseguro.

26. Obesidad

El incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal. Se clasifica de acuerdo con lo establecido en la NOM-008-SSA3-2017.

27. Osteosíntesis

Es un tratamiento quirúrgico de fracturas, en el que éstas son reducidas y fijadas en forma estable. Para ello se utiliza la implantación de diferentes dispositivos tales como placas, clavos, tornillos, alambre, agujas y pines, entre otros.

28. Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas

Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, que tiene su origen durante el periodo de gestación y que puede ser evidente al momento del nacimiento o se manifiesta con posterioridad.

29. Padecimientos Preexistentes

Se considerará Padecimiento Preexistente cuando:

- a. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la Reclamación.
- b. Previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

30. Pago Directo

Mecanismo mediante el cual la Compañía realiza el pago de forma directa al Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS o Red Ala Azul PLUS en Convenio por la atención médica, Accidente o Enfermedad cubiertos, cuando el Asegurado sea atendido por éste, de acuerdo con lo establecido en la cláusula de pago de reclamaciones.

31. Pandemia

Es la propagación mundial de una Enfermedad contagiosa, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y decretada por la autoridad sanitaria correspondiente.

32. Periodo al Descubierto

Periodo de tiempo durante el cual los efectos del Contrato de Seguro cesaron o la Póliza no se encuentra vigente.

33. Periodo de Carencia

Es el lapso sin cobertura que tiene la Póliza a consecuencia de una Enfermedad cubierta, éste es de 30 días a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza. Este periodo no aplica para el caso de Accidentes o Emergencias Médicas, ni para la cobertura de Padecimientos o Malformaciones Congénitas y Genéticas de recién nacidos durante la vigencia de la Póliza, ni en caso de Renovación de esta.

34. Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado y la fecha en que se cubrirán ciertas Enfermedades, siempre y cuando no sean preexistentes. Los Periodos de Espera para las Enfermedades a las que se aplicará se encuentran indicados en el apartado de gastos médicos cubiertos.

35. Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS o Red Ala Azul PLUS

Hospitales, Médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico, con los que la Compañía ha celebrado convenios de Pago Directo. Dicho conjunto de prestadores de servicios podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento, lo cual se hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado.



36. Programación de Servicios

Confirmación por escrito en la cual la Compañía autoriza el Pago Directo al Prestador de Servicios en Convenio para Pago Directo o Red Ala Azul PLUS de acuerdo al plan contratado, para una intervención quirúrgica y/o tratamiento con Hospitalización, cirugía ambulatoria, Medicamentos, estudio de laboratorio o gabinete, entre otros, en los términos de la presente Póliza.

37. Prótesis

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

38. Reclamación

Es el trámite que efectúa el Contratante y/o Asegurado ante la Compañía para obtener los beneficios de la Póliza a consecuencia de un Siniestro.

39. Renovación

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

40. Reembolso

Mecanismo por el que la Compañía restituye al Contratante y/o Asegurado los gastos que haya erogado a consecuencia de un Accidente o de una Emergencia Médica atendida fuera de la Red Ala Azul Plus; o Accidente, Enfermedad o Emergencia Médica atendida dentro de la Red Ala Azul PLUS, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de Seguro y teniendo como límite los porcentajes indicados en el Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas.

41. Siniestro

Corresponde a los gastos médicos derivados de un Padecimiento que sufra el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o lesiones por Accidente y que se presenten a la Compañía para su Reembolso o Pago Directo. Quedan incluidas recaídas, secuelas y complicaciones derivadas del Padecimiento inicial.



42. Síntoma

Es una manifestación subjetiva que revela una alteración en el estado de salud y sirve para determinar su naturaleza.

43. Suma Asegurada

Límite máximo de responsabilidad que pagará la Compañía por un periodo de 12 meses de cobertura continua, con base en las coberturas contratadas siempre y cuando la eventualidad prevista en el Contrato de Seguro ocurra durante la vigencia de la Póliza. La Suma Asegurada se disminuirá conforme los gastos erogados durante el periodo de 12 meses de cobertura continua por todos los Siniestros ocurridos en este periodo; reinstalando la Suma Asegurada en su totalidad después de transcurridos 12 meses de cobertura continua.

44. Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas

Relación que establece los porcentajes máximos aplicables a la Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos para determinar el monto que la Compañía podrá pagar por los honorarios al personal médico y por las intervenciones quirúrgicas, este tabulador se encuentra publicado en www.segurosura.com.mx/tabulador-quirurgico.

45. UMA

Unidad de medida y actualización diaria. Es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

II. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En caso de Accidente o Enfermedad la Compañía pagará la Programación de Servicios que se describen a continuación, siempre y cuando:

- a. El tratamiento sea prestado dentro del territorio mexicano.
- b. El tratamiento sea consecuencia de un Accidente ocurrido o Enfermedad adquirida durante la vigencia del seguro.
- c. El tratamiento sea prestado durante la vigencia del seguro y hasta el periodo de beneficio estipulado en este Contrato de Seguro.
- d. En caso de Enfermedad, se cumpla con el Periodo de Carencia (excepto cuando se trate de Emergencia Médica, cobertura de Padecimientos o Malformaciones Congénitas) y su atención sea con prestadores de la Red Ala Azul Plus.

1. Habitación hospitalaria estándar o su equivalente

Incluye costo de la cama extra para el acompañante.

2. Servicios médicos y quirúrgicos

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los Médicos cirujanos, anestesiólogos, ayudantes e instrumentistas, con el límite establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en el mismo o diferente campo operatorio o se requiera la intervención de otro especialista los honorarios de cada cirujano serán cubiertos al 100% por cada intervención conforme a lo indicado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la Póliza. **Aplicará un 50% de Coaseguro.**

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará el tratamiento correspondiente, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la Póliza.

Profesionista	Límite máximo del total pagado por los honorarios del cirujano que efectuó la intervención quirúrgica
Anestesiólogo	30%
Primer ayudante	20%
Segundo ayudante*	10%
Instrumentista	5%
Perfusionista*	15%
Intensivista*	15%

*** Este concepto estará cubierto únicamente en aquellos casos específicos en los que el tipo de cirugía justifique la participación profesional.**



Los siguientes conceptos se cubrirán, siempre y cuando estén relacionados medicamente con el Padecimiento cubierto:

- a. Gastos relacionados al uso de quirófano.
- b. Gastos de aplicación y transfusión de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.
- c. Gastos originados por tratamiento de radioterapia, quimioterapia y unidad intermedia, intensiva y cuidados coronarios.
- d. Medicamentos, insumos y equipo médico utilizados dentro y fuera del Hospital.

Para proveer medicamentos fuera del Hospital y estos se encuentren vinculados al Padecimiento cubierto, el Asegurado podrá comunicarse al teléfono de la Compañía.

3. Material de Osteosíntesis y Prótesis

Se cubrirá el gasto del material de Osteosíntesis y Prótesis utilizados en procedimientos quirúrgicos hasta el Gasto Usual y Acostumbrado en cualquier Accidente o Enfermedad cubierta.

4. Honorarios por consultas médicas

Se cubrirán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo con el límite establecido en la tabla de honorarios por atención médica/quirúrgica. Los Honorarios Médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos siempre que se erogen dentro de los 10 días siguientes a la operación que dio origen. **En caso de que presenten complicaciones inherentes al paciente y no al procedimiento quirúrgico dentro de los 10 días siguientes, no se considerarán como consultas postoperatorias.**

5. Honorarios de Enfermero(a)

Los honorarios de Enfermeros(as) legalmente autorizados(as) para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el Médico tratante y justificando clínicamente la necesidad del servicio, describiendo las actividades propias del personal de enfermería. Estos servicios en caso de ser necesarios serán cubiertos por un periodo máximo de 30 días con 3 turnos por día, con turnos a lo más de 8 horas cada uno. El costo máximo por día será de 15 UMAs.

6. Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete

Exámenes de laboratorio y gabinete necesarios para diagnóstico médico de Enfermedades o lesiones por Accidente.

7. Ambulancia terrestre local

Se cubre la transportación terrestre por Emergencia Médica a un Hospital, sin límite de eventos, siempre y cuando se encuentre medicamente justificada.

Aplica Coaseguro del 20% por evento.



8. Aparatos de Prótesis

Se cubren Prótesis de cualquier tipo que se requieran a causa de un Accidente y/o Enfermedad cubierta. **Quedará excluido cualquier aparato experimental. No se cubrirán la reposición de estas Prótesis.**

9. Rehabilitación física, de neurodesarrollo y cualquiera de sus variantes

Quedan cubiertas las terapias de rehabilitación, siempre y cuando sean medicamente justificadas de acuerdo con el diagnóstico prescritas por el Médico tratante y se hayan autorizado por la Compañía con un límite de 10 sesiones por padecimiento; una vez concluidas estas sesiones, se evaluará si se continúan con las terapias, **sin exceder de 30 sesiones en total por Padecimiento.**

10. Parto, cesárea y óbito fetal

Se ampara el parto o cesárea u óbito fetal, en caso de embarazo de la Asegurada titular o Aseguradas Adicionales, siempre y cuando haya estado asegurada de forma continua e ininterrumpida con la Compañía con por lo menos 10 meses contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza o su alta en este Contrato de Seguro. Aplica el sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza. No Aplica Coaseguro. Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 44 años.

11. Padecimientos congénitos o genéticos

Se cubren desde el primer día los gastos derivados de Padecimientos o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas, prematuridad, inmadurez y las Enfermedades o Padecimientos ocurridos durante el nacimiento del recién nacido durante la vigencia de la Póliza. Esta cobertura aplica siempre y cuando: cualquiera de los dos padres tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la Póliza, el recién nacido sea dado de alta en la Póliza dentro de los primeros 10 días de vida y no sea producto de Biología de la Reproducción. Para los trastornos originados durante la gestación (prematuridad, inmadurez, Congénitos y/o Genéticos) se aplicará el límite de Suma Asegurada indicado en la carátula de Póliza. El conjunto de alteraciones que se presenten a consecuencia de un Padecimiento o Malformaciones Congénitas y/o Genéticas será considerado como un solo Siniestro.

12. Práctica *amateur* u ocasional de cualquier deporte (no profesional)

Se amparan los gastos médicos derivados de la práctica no profesional de cualquier deporte en forma ocasional, *amateur* y como esparcimiento. Para deportes peligrosos o de alto riesgo aplica el sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza.

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

Se considerarán como deportes peligrosos o de alto riesgo los siguientes: artes marciales mixtas o de defensa personal, deportes de combate, tauromaquia, buceo, escalada y alpinismo, paracaidismo y parapente y los relacionados con pruebas de velocidad o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.

13. Uso de motocicleta

Se amparan los gastos médicos de las lesiones sufridas a consecuencia de Accidentes ocurridos por el uso de motocicletas hasta el sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza.

14. Circuncisión

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

15. Nariz y senos paranasales

Quedan amparados los tratamientos de nariz y senos paranasales a consecuencia de un Accidente o Enfermedad aplicando la Franquicia estipulada en la carátula de la Póliza y un Coaseguro del 50% de los gastos generados, siempre y cuando, cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera. En caso de Accidente no aplica Periodo de Espera. Después de 36 meses de vigencia ininterrumpida de la Póliza, el Coaseguro para esta cobertura será el estipulado en la carátula de la Póliza para la cobertura básica.

16. Complicaciones del embarazo y/o puerperio

Se cubrirán los Padecimientos mencionados con un sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza siempre y cuando se cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera.

17. Legrado por aborto

Se cubre el legrado obstétrico hasta el sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando se cumpla con el Periodo de Espera indicado en el apartado de Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera:

- a. Embarazo anembrionario.
- b. Huevo muerto o retenido.
- c. Aborto involuntario en evolución.

18. Tratamientos de Obesidad

Se cubre el tratamiento quirúrgico para Obesidad grado III y sus complicaciones de acuerdo con la clasificación indicada en la definición de Obesidad, hasta el monto señalado en la carátula de la Póliza. Este beneficio se otorgará cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a cuarenta o cuando el IMC sea mayor a 35 y exista una comorbilidad, entendiéndose por ésta la interacción entre dos Enfermedades que puedan empeorar en su evolución.

Aplica Periodo de Espera de 24 meses.

Quedan excluidos de esta cobertura tratamientos quirúrgicos estéticos para plastias de pliegues cutáneos.

19. Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico

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

- a. Un Accidente amparado por esta Póliza.
- b. Se diagnostique dentro del periodo de la vigencia de la Póliza, algunas de las siguientes Enfermedades: cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal, intervención quirúrgica por Enfermedad de las arterias coronarias o Accidente cerebro vascular.
- c. Robo con violencia, secuestro o violación, mediante comprobación de la carpeta de investigación del ministerio público.
- d. Padecimientos de esquizofrenia, trastorno de ansiedad, enajenación mental, autismo, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, trastornos de personalidad del grupo A, B, y C definidos en el DSM (manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría).

Asimismo, está amparado el Medicamento prescrito por el psiquiatra. Aplica sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza. No aplica Periodo de Espera ni Coaseguro.

20. Medicina preventiva

La Compañía se obliga a indemnizar, hasta el sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza los siguientes beneficios, siempre y cuando la atención se dé con los **Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS** (Médico y Hospital) para la conservación de la salud del Asegurado:

- a. Consultas con Médico general.
- b. Consultas en las siguientes especialidades conforme a lo siguiente:
 - i. Niños hasta los 18 años: Médico pediatra.
 - ii. Mujeres: Médico ginecólogo.
 - iii. Adultos mayores: Médico geriatra.Aplica Copago.
- c. Se indemnizarán las siguientes intervenciones quirúrgicas hasta el sublímite de la Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza para el control de la natalidad:
 - i. La ligadura de trompas.
 - ii. La vasectomía.Aplica Periodo de Espera de 12 meses.
Las edades de aceptación para este beneficio son de 18 a 44 años.
- d. Control prenatal: se cubrirán los gastos originados para el control prenatal en caso de embarazo de la Asegurada, siempre y cuando haya estado Asegurada de forma continua e ininterrumpida por al menos 10 meses previos a la primera atención. Dentro de este beneficio se amparan consultas y pruebas de laboratorio y/o gabinete. Aplica el sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza. Las edades de aceptación para este beneficio son de los 18 a los 44 años.
- e. Limpieza dental, una consulta al año.
- f. Revisión de la vista, una consulta al año.



21. COVID-19

Los gastos erogados por la atención médica, en caso de diagnóstico de la enfermedad de COVID-19, se amparan hasta la Suma Asegurada contratada. **No obstante lo anterior, para el caso de Asegurados mayores de edad que no cuenten con al menos una dosis de la vacuna contra COVID-19, el Siniestro asociado a dicha enfermedad o sus variantes no será procedente.** La vacuna contra COVID-19 deberá ser suministrada de acuerdo con el Plan Nacional de Vacunación de la Secretaría de Salud o suministrada en el extranjero; en ambos casos la Compañía requerirá que se le proporcione un comprobante emitido con validez oficial en el país correspondiente.

22. Enfermedades cubiertas con Periodo de Espera

Los gastos de los siguientes Padecimientos quedarán cubiertos una vez alcanzados los periodos de espera estipulados en cada inciso:

a. Cubiertas con un mes de Periodo de Espera

- i. Enfermedades provocadas por Epidemias, Pandemias o por coronavirus de cualquier tipo.

b. Cubiertas con 4 meses de Periodo de Espera

- ii. Legrado por aborto.

c. Cubiertas con 6 meses de Periodo de Espera

- i. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.
- ii. Juanetes (*Hallux Valgus*).

d. Cubiertas con 10 meses de Periodo de Espera

- i. Complicaciones del embarazo y/o puerperio.
- ii. Parto, cesárea y óbito fetal.
- iii. Padecimientos congénitos, prematuros o genéticos.
- iv. Control prenatal.

e. Cubiertas con 12 meses de Periodo de Espera

- i. Padecimientos oncológicos.
- ii. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- iii. Insuficiencia venosa, varicocele y várices de miembros inferiores.
- iv. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de las rodillas, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
- v. Enfermedades de columna vertebral.
- vi. Naríz y senos paranasales.
- vii. Cirugías del piso perineal.
- viii. Padecimientos anorrectales, hemorroides fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- ix. Hernias, eventraciones y protrusiones (incluyendo la hiatal y la de disco).
- x. Diabetes.
- xi. Hipertensión.

- xii. Artritis reumatoide.
- xiii. Lupus.
- xiv. Cardiopatías.
- xv. Hipercolesterolemias y trigliceridemias.
- xvi. Hepatitis crónica por esteatosis hepática y por virus de la hepatitis B, C, E.
- xvii. Enfermedades diverticulares.
- xviii. Ligadura de trompas y vasectomía.

f. Cubiertas con 18 meses de Periodo de Espera

- i. Padecimiento de vesícula y vías biliares.
- ii. Tratamiento de litiasis y vías urinarias.
- iii. Padecimientos ginecológicos y de mama no relacionados con el embarazo ni puerperio. **No aplica para Padecimientos relacionados con los oncológicos.**

Para las pólizas emitidas antes de 15/11/2022 el periodo de espera para estos padecimientos y tratamientos será de 6 meses.

g. Cubiertas con 24 meses de Periodo de Espera

- i. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos sean detectados después del Periodo de Espera a través de los estudios serológicos (*ELISA* y *Western Blot*).
- ii. Tratamientos de obesidad.

Los Periodos de Espera señalados en este numeral no se aplicarán tratándose de Accidentes y Emergencias Médicas que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.

Si alguno de estos Padecimientos es preexistente, no tendrá cobertura, aunque transcurra el Periodo de Espera señalado.

23. Emergencia en gastos médicos no cubiertos

Se cubren los gastos médicos erogados en territorio nacional, originados a partir de cualquier Emergencia Médica por las complicaciones posteriores a los tratamientos médicos relativos a las siguientes exclusiones establecidas en la cláusula de Exclusiones - riesgos no cubiertos.

- a. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia, bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos para reducción de peso o para Obesidad fuera de lo establecido en Tratamientos de Obesidad.
- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.
- d. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, impotencia sexual.
- e. Tratamientos con fines preventivos fuera de lo estipulado en el numeral 20. Medicina preventiva.
- f. Tratamientos quiroprácticos o acupuntura.
- g. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.



Los gastos de las complicaciones señaladas en el párrafo anterior procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como Emergencia Médica. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado afectado, cesará la Emergencia Médica y, por lo tanto, la Compañía ya no tendrá obligación alguna con el Asegurado, aplicando el sublímite de Suma Asegurada indicado en la carátula de la Póliza.

No quedarán cubiertos los gastos de los conceptos descritos en esta cobertura, cuando sean preexistentes al momento de la contratación de la Póliza.

III. EXCLUSIONES - riesgos no cubiertos

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

1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:
 - a. Actividades militares de cualquier tipo.
 - b. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
 - c. Aviación privada en calidad de tripulante o mecánico.
 - d. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, siempre y cuando el Asegurado participe activamente.
 - e. La práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose ésta cuando la persona realiza un deporte en público y recibe una remuneración económica con motivo de dicha práctica.
2. Gastos incurridos a consecuencia de:
 - a. Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en el Hospital, excepto la cama extra.
 - b. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, del lenguaje o audición, déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías cualquiera que sea la causa.
 - c. Tratamientos encaminados a corregir la disfunción sexual, incluyendo la eréctil, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia en gastos médicos no cubiertos.

- d. Tratamientos relacionados con los defectos de nacimiento y Enfermedades o Malformaciones Congénitas de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
- e. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilofaciales (gastos por tratamientos de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura), excepto los que acontezcan a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales, siempre y cuando se atienda con los Prestadores para Pago Directo Ala Azul PLUS.
- f. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y para cambio de sexo, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia en gastos médicos no cubiertos.
- g. No se cubren Prótesis con fines estéticos ni reposición de Prótesis preexistentes.
- h. Tratamientos para calvicie o el acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia en gastos médicos no cubiertos.
- i. No se cubren dermatocosméticos.
- j. 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 y fórmulas lácteas siempre y cuando no se esté cubriendo el Padecimiento de base del recién nacido. Excepto para lo establecido en Tratamientos de Obesidad, y lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia en gastos médicos no cubiertos.
- k. Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos Accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo los efectos del alcohol, cualquiera que sea su grado y/o bajo el influjo de drogas.
- l. Cualquier cuidado, tratamiento o lesión autoinfligida e intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.



- m. Tratamientos o intervención quirúrgica con el fin de corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía y miopía.
- n. Adquisición de anteojos o lentes de contacto.
- o. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas derivadas de la Biología de la Reproducción, esterilidad, fertilidad, ni cualquiera de sus complicaciones, así como cualquier evento derivado de dicho tratamiento, incluyendo los embarazos y sus complicaciones que se den durante el periodo de tratamiento o durante los doce meses posteriores a la suspensión del mismo, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura emergencia en gastos médicos no cubiertos.
- p. Tratamientos y/o Medicamentos que no se encuentren reconocidos por la práctica médica científica; se encuentren en proceso de investigación o experimentación; y que no sea reconocido por la S.S.A. (Secretaria de Salud / Cofepris) ni el colegio de medicina de la especialidad en que se aplique.
- q. Compra de zapatos o plantillas ortopédicas.
- r. Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.
- s. Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con climaterio, andropausia, impotencia, queratosis.
- t. No se cubrirán los Honorarios Médicos ni de Enfermero(a) cuando éste sea familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)), ni alguno de los Asegurados de este Contrato de Seguro.
- u. Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- v. Tratamientos de nariz y senos paranasales derivados de causas estéticas.
- w. Los Siniestros complementarios de la(s) aseguradora(s) anterior(es) del Asegurado.

- x. **Padecimientos Congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de recién nacidos prematuros, originados por alcoholismo, drogadicción, y/o cuando los padres del menor Asegurado se hayan sometido o se encuentren en tratamiento de infertilidad o esterilidad.**
- y. **Células madre a excepción del tratamiento de Enfermedades mielodisplásicas.**
- z. **Padecimientos Preexistentes.**

IV. SERVICIOS DE ASISTENCIAS

Los servicios de asistencia previstos en esta sección no se consideran operaciones activas de seguros para efectos de la legislación aplicable. Los Asegurados serán referidos por la Compañía con el Prestador de Servicios que esta designe con la finalidad de brindar los servicios contratados. A continuación, se describen los servicios de asistencia que otorga la Compañía.

1. Asistencia médica

Misma que considera los siguientes servicios:

a. Orientación médica telefónica

A petición del Asegurado, Médicos del Prestador de Servicios de asistencia le asistirán vía telefónica, las 24 horas del día, los 365 días del año, sin costo ni límite de eventos durante la vigencia de la Póliza, sobre problemas médicos menores, para atender Síntomas y molestias, dudas con relación a la utilización de Medicamentos o apoyo en situaciones cuya solución no requiere la presencia física de un Médico; las orientaciones médicas son recomendaciones, por lo que es responsabilidad del Asegurado su aplicación y conocimiento.

Los Médicos del Prestador de Servicios no emitirán diagnóstico, tratamiento ni recetarán Medicamento alguno.



b. Médico a domicilio

El Prestador de Servicios de asistencia, organizará y cubrirá el costo del traslado de un Médico general al domicilio del Asegurado cuando éste no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en el domicilio del Asegurado por un Médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias. Este servicio de Médico a domicilio sólo incluye la coordinación del Médico para que atienda la visita a domicilio, así como

el costo de su traslado al domicilio del Asegurado, por lo que el costo de los honorarios del Médico correspondientes a la consulta, deberán ser cubiertos directamente por el Asegurado. Este servicio se coordinará sin límite de eventos. El costo de la consulta pactada no incluye la aplicación de medicamentos o cualquier otro tipo de procedimientos como colocación de yeso, sondas, suturas, soluciones o curaciones.

c. Orientación nutricional telefónica o a través de video conferencia

El Prestador de Servicios de asistencia otorgará orientación nutricional telefónica para el Asegurado a través del centro de atención telefónica con nutriólogos, las 24 horas del día, los 365 días del año, sin costo ni límite de eventos durante la vigencia de la Póliza.

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

d. Orientación psicológica telefónica o a través de video conferencia

A petición del Asegurado, psicólogos del Prestador de Servicios de asistencia le asistirán vía telefónica, en un horario de lunes a viernes de 9:00 horas a 19:00 horas, sin costo ni límite de eventos durante la vigencia de la Póliza, sobre problemas para atender: atención psicológica para la víctima de *bullying*, terapia individual, familiar y/o en pareja.

Las orientaciones psicológicas son recomendaciones, por lo que es responsabilidad del Asegurado su aplicación y seguimiento.

Procedimiento para solicitar los servicios de asistencia médica

- i. Para recibir los servicios de asistencia, el Asegurado se deberá comunicar al teléfono de la Compañía.
- ii. Dar su nombre completo y número de Póliza.
- iii. Indicar el lugar donde se encuentra y número telefónico donde lo puedan contactar a él o a su representante.
- iv. Dar una descripción del problema y/o tipo de asistencia solicitada.

Exclusiones

La Compañía no será responsable de los servicios de asistencia en los siguientes casos:

- a. **Cuando sean derivados de la participación directa del Asegurado en situaciones de huelga, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad, o**

- cualquier otra causa de fuerza mayor.**
- b. Las solicitudes de servicio ocurridas fuera de la vigencia de la Póliza correspondiente.**
 - c. Los Asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por la Compañía ni por el proveedor del servicio de asistencia.**

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. Objeto del seguro

Si el Asegurado incurriera en cualesquiera de los gastos médicos enumerados en la presente, como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubiertos y ocurridos durante la vigencia de esta Póliza, la Compañía pagará o reembolsará, según corresponda, el costo de los mismos hasta por el monto de la Suma Asegurada, menos la Franquicia y el Coaseguro consignados en la carátula de la Póliza, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del Accidente o Enfermedad.

2. Contrato de Seguro

Las declaraciones del Contratante proporcionadas a la Compañía en la solicitud de seguro, la carátula de la Póliza, las cláusulas adicionales, las condiciones generales y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3. Vigencia

La vigencia de la Póliza se encuentra estipulada en la carátula de la Póliza.

4. Modificaciones al Contrato de Seguro

Las condiciones de este Contrato de Seguro sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, mediante Endoso o cláusulas registradas previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carece de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

5. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

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

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

6. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía se harán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente a la fecha de pago.

7. Edad

Las edades de aceptación y Renovación para esta Póliza aplicarán de acuerdo con lo siguiente:

	Edad mínima de aceptación	Edad máxima de aceptación	Edad máxima de Renovación
Titular, cónyuge	18	65	99
Padres	35	65	99
Hijos	0	36	36



Este Contrato de Seguro se cancelará en el aniversario de la Póliza en que la edad del Asegurado sea de 99 años tratándose del titular, cónyuge y padres; y 36 años en el caso de los hijos.

8. Inexacta declaración de la edad

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

- a. La Compañía no podrá rescindir el Contrato de Seguro, a no ser que la edad real del Asegurado al tiempo de su celebración, este fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, el seguro será rescindido y la Compañía reintegrará al Contratante la reserva matemática del Contrato de Seguro en la fecha de su rescisión. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.
- b. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
 - i. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagará una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
 - ii. Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la información sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
 - iii. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
 - iv. Para los cálculos arriba señalados, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

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

9. Prima

El monto de la prima de esta Póliza es la suma de las primas correspondientes a los Asegurados que integren este Contrato de Seguro, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o Renovación de la Póliza, basada en la Suma Asegurada, el sexo y la edad de cada Asegurado y condiciones de la Póliza.

En cada Renovación se revisarán las primas obtenidas, conforme al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva, de acuerdo con la Suma Asegurada contratada y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados.

La prima vence al momento de la celebración del Contrato de Seguro, no obstante, lo anterior, el Contratante gozará con un periodo de gracia de 7 días naturales, contados a partir del día de su vencimiento, para liquidar el total de la prima.

Si la prima no se paga de acuerdo con lo señalado en el párrafo anterior, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 horas del último día del periodo de gracia, perdiendo los Asegurados todos los derechos de antigüedad que tenían en la Póliza.

En caso de alta de un Asegurado, la Compañía cobrará al Contratante, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo en curso.

El Contratante podrá optar por realizar el pago de la prima a través de tarjeta de crédito, tarjeta de débito, transferencia electrónica, depósito bancario o pago domiciliado; el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción que emita la institución financiera, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago.

10. Antigüedad reconocida

La Compañía reconocerá la antigüedad que el Asegurado haya generado, siempre y cuando se encuentre cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de gastos médicos con esta Compañía. Lo anterior con el propósito de eliminar los periodos de espera estipulados en este Contrato de Seguro.

No se reconocerá la antigüedad que se haya generado en Pólizas contratadas con otras compañías aseguradoras.

11. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá comunicar a la Compañía cualquier circunstancia que, durante la vigencia de este Contrato de Seguro, provoque una agravación esencial de los riesgos cubiertos, dentro de las 24 horas siguientes al momento en que la conozca. **Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo, de conformidad con los artículos 52 al 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario, realice o se relacione con actividades ilícitas a que se refieren los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis y demás relativos del Código Penal, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el Contratante, Asegurado o Beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis, 400 Bis y demás relativos del Código Penal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia deberá ser emitida por autoridad competente; o bien, si el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad es publicada en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición trigésima novena, fracción VII disposición cuadragésima cuarta o disposición septuagésima séptima del acuerdo por el que se

emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o Beneficiario, sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o su nacionalidad dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

A solicitud de la Autoridad correspondiente, la Compañía consignará a ésta, cualquier cantidad que, derivada de este Contrato de Seguro, pudiera quedar a favor del Contratante, Asegurado o Beneficiario, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

12. Residencia

Únicamente estarán amparados bajo este Contrato de Seguro los Asegurados que tengan su residencia permanente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurados tienen la obligación de notificar a la Compañía el Lugar de Residencia de los Asegurados Adicionales, en caso de que éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado titular.

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

13. Periodo de beneficio

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

- a. El agotamiento de la Suma Asegurada en un periodo de 12 meses continuos de cobertura.
- b. Hasta el monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza e incluyendo hasta 7 días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del Contrato de Seguro.
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

14. Renovación automática

Esta Póliza se renovará de manera automática, lo cual se hará constar mediante Endoso, siempre que el Asegurado se encuentre dentro de las edades de Renovación estipuladas en la cláusula de edad. No obstante, lo anterior, cuando la Compañía o el Contratante no quieran renovarlo, deberán notificar de manera

fehaciente a la otra parte, su voluntad de no renovarlo, lo cual deberán hacerlo cuando menos con 20 días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

En caso de Renovación, la Compañía informará al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 días hábiles de anticipación a la Renovación, los valores de la prima, Franquicia o Coaseguro que se aplicarán a la nueva vigencia.

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

- a. La Renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- b. Los Periodos de Espera no serán modificados en perjuicio de los Asegurados.
- c. Las edades límite no serán modificadas en perjuicio de los Asegurados.

Si la Póliza se renueva manteniendo los mismos términos y condiciones en lo que corresponde a Franquicia, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, se continuarán pagando los gastos procedentes de los Siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto, con base al plan vigente en el momento del primer gasto.

El incremento en prima que se efectuará para cada Renovación será el que corresponda conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de acuerdo con la inflación médica anual, edad alcanzada de los Asegurados y sexo de estos.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo expedido por la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal Renovación.

Si la Póliza se renueva con cambios en alguno de los conceptos de Franquicia, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se continuará pagando los gastos procedentes de los Siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto con las condiciones de Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos menores y Franquicia, y Coaseguro mayores de ambos planes.

15. Terminación anticipada

No obstante, el término de la vigencia del Contrato de Seguro, las partes convienen que el Contratante podrá dar por terminado anticipadamente este Contrato de Seguro, de conformidad con lo siguiente:

- a. Por escrito, entregado directamente en el domicilio de la Compañía la solicitud de terminación anticipada, en donde se le recibirá el documento y la terminación surtirá efectos en la fecha que se reciba dicho documento o en la fecha indicada en la solicitud de terminación, la que sea posterior.
- b. Por teléfono, para lo cual el Contratante deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, en donde se le solicitará información personal y de la Póliza a fin de que la Compañía se cerciore de que se trata del Contratante, al finalizar se otorgará un número de folio, el cual le servirá para comprobar la solicitud de terminación, la cual surtirá efectos al momento en que se otorgue el folio correspondiente.

El Contratante tendrá derecho a la devolución de la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, previa disminución del costo de adquisición total pagado por la Compañía por la intermediación del seguro. Dicha devolución se hará dentro del plazo de 30 días contado a partir de la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, en este caso, el Contratante, proporcionará los datos bancarios de la cuenta a la que se le devolverá el monto correspondiente. En caso de que el Contratante no indique la forma en que desea que se le haga la devolución, la Compañía procederá a emitir el cheque correspondiente, el cual será entregado en el domicilio de la Compañía.



16. Subrogación de derechos

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

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

17. Rehabilitación

En caso de que este Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los 7 días siguientes al último periodo de gracia, la cual estará sujeta a la revisión y aceptación de la Compañía y conforme a las siguientes condiciones:

- a. En caso de rehabilitación se respetará la antigüedad de cada Asegurado.
- b. Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato de Seguro, es necesario que el Contratante o Asegurado cubran la prima del Periodo Descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo del seguro, así como la prima que esté vencida de tal forma que se ponga al corriente con el pago de la Póliza.
- c. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro, desde las 12:00 horas de la fecha de pago.
- d. Esta Póliza no podrá ser rehabilitada más de una ocasión dentro de un mismo periodo de seguro.

En ningún caso, la Compañía cubrirá los Siniestros ocurridos durante el periodo entre la fecha en que este Contrato de Seguro hubiere cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

18. Movimiento de Asegurados: altas de nuevos Asegurados

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de Asegurados Adicionales puede ser incluida en esta Póliza, mediante la solicitud del Contratante y aceptación de la Compañía.

Los hijos de los Asegurados, nacidos durante la vigencia de la Póliza estarán incluidos desde la fecha de su nacimiento sin requisitos de salud, siempre que sea presentada la solicitud de alta por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su nacimiento.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar a cualquier Asegurado adicional, en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de alta respectiva.

19. Movimiento de Asegurados: bajas de Asegurados

Causará baja de la cobertura de esta Póliza cualquier Asegurado que fallezca, o:

- a. Cuando cualquiera de los Asegurados llegue a la edad de cancelación del seguro.
- b. Se solicite la baja del Asegurado.

El Contratante se obliga a comunicar por escrito la baja del Asegurado en forma inmediata a la Compañía.

Los Asegurados de la Póliza que soliciten su baja podrán contratar otra Póliza a su nombre, en el mismo plan, reconociendo su antigüedad, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión y no se tenga un Periodo al Descubierto.

En caso de fallecimiento del Asegurado, se pagará a la Compañía la prima convenida para el periodo en curso, de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima pagada no devengada previa disminución del costo de adquisición, sin incluir derechos de Póliza, correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún Siniestro para el mismo, lo anterior de conformidad con lo estipulado en la cláusula de terminación anticipada de este Contrato de Seguro.

20. Trámite de reclamaciones

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros 5 días a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo proporcionar dicho aviso tan pronto desaparezca el impedimento.

En toda Reclamación, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro, de conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración que para tal efecto se proporcionen, requisitadas por

cada uno de los Médicos que intervinieron, y en su caso, los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de gastos efectuados, así como cualquier otro documento que la Compañía juzgue necesario para la apreciación de la Reclamación. **En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente Reclamación.**

Los Asegurados dentro de la presente Póliza, están en libertad de escoger los Hospitales o Sanatorios y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere la cobertura dentro de los **Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS** (Médico y Hospital); en el entendido que los costos que asume la Compañía serán los consignados en la carátula de la Póliza de acuerdo con el plan contratado.

La Compañía solo pagará los Honorarios de Médicos y Enfermeros(as) titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, 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, asistencia social o cualesquier otros semejantes en donde no se exija contraprestación.**

La Compañía podrá nombrar un Médico con especialidad en la materia, 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 obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma. **Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho al pago correspondiente.**

21. Pago de reclamaciones

Los gastos deben rebasar la Franquicia contratada para ser cubiertos. La cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato de Seguro.
- A la cantidad resultante se le descontará la cantidad por concepto de

Coaseguro de acuerdo con el porcentaje que aplique por el tipo de atención (Pago Directo o Reembolso) indicado en la carátula de la Póliza.

- c. La Franquicia y el Coaseguro, se aplicarán para cada Padecimiento cubierto de acuerdo con el tipo de atención (Pago Directo o Reembolso) indicado en la carátula de la Póliza.
- d. En caso de que el Asegurado sea atendido por un Accidente y haya hecho uso de los **Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS**, la franquicia estipulada en la carátula de la Póliza se aplicará al 50%.

Pago Directo

La Compañía pagará directamente a los **Prestadores de Servicio en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS** que hayan atendido al Asegurado, los gastos médicos amparados, de acuerdo con las condiciones de la Póliza. En toda Reclamación a través de Pago Directo, la Franquicia y el Coaseguro serán los estipulados en la carátula de la Póliza. A excepción de aquellos Padecimientos y procedimientos que establezcan su propia Franquicia y Coaseguro.

Pago vía Reembolso

Cuando el Asegurado haya hecho uso de los **Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS** (Médico y Hospital) aplica la Franquicia y Coaseguro indicado en la caratula de la Póliza. El Reembolso se realizará 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la Reclamación que la Compañía haya solicitado.

Cuando el Asegurado no se haya atendido con los Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul PLUS (Médico y Hospital) derivado de una Emergencia Médica o Accidente al no contar con una sede de atención cercana a la ubicación donde ocurrió el evento, las reclamaciones que resulten cubiertas en los términos del Contrato de Seguro serán Pagaderas vía Reembolso, 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. Aplica la Franquicia y Coaseguro indicado en la carátula de la Póliza.

El reembolso no aplica para Enfermedad atendida fuera de la Red Ala Azul PLUS.

En caso de que el Asegurado haya sido atendido por un Accidente o una Emergencia Médica fuera de los Prestadores de pago Directo Ala Azul PLUS, una vez que se haya estabilizado la salud del Asegurado y esté fuera de peligro, la atención médica que requiera posteriormente deberá ser con los **Prestadores de Servicios en Convenio para Pago Directo Ala Azul Plus**.

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.

Cuando el Hospital o Médico que atendieron al Asegurado le cobren un excedente por diferencia de honorarios respecto del máximo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos e Intervenciones Quirúrgicas, esta diferencia no será reembolsable y quedará a cargo del Asegurado, siempre y cuando sean prestadores fuera de la red.

En caso de que el Asegurado que haya hecho el pago de los gastos médicos falleciera antes de que la Compañía realice la indemnización correspondiente, el pago procedente se efectuará a la sucesión de dicho Asegurado.

22. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con su obligación de pago dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya recibido todos los documentos e información solicitados por ésta, que le permitan conocer el fundamento de la Reclamación, pagará un interés moratorio calculado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

23. Competencia

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

24. Revisión de Diagnóstico

En caso de que el Asegurado no se encuentre conforme con el diagnóstico emitido por el Médico, podrá solicitar una segunda opinión médica, con la finalidad de apoyar y/o corroborar el diagnóstico de cualquier Enfermedad o Accidente cubierto, así como su respectivo tratamiento y/o procedimiento quirúrgico por medio de Médicos Especialistas de la red Ala Azul PLUS. El Contratante y/o Asegurado podrá elegir el Médico Especialista del directorio médico de la red Ala Azul PLUS libremente.

25. Segunda valoración médica

La Compañía podrá solicitar una segunda valoración médica, con la cual se confirma o modifica el diagnóstico y/o procedimiento que permita valorar los hechos relacionados con el Padecimiento reclamado. Esta valoración se efectuará por medio de un Médico Especialista en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica del Asegurado y elegido por el Asegurado del directorio de Médicos de segunda valoración. El costo de dicha valoración quedará cubierto por la Compañía.

26. Acuerdo de arbitraje médico

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su Reclamación por parte de la Compañía, solicitar por escrito a la Compañía, la designación de un Médico independiente, con especialidad en el área de medicina a la que le corresponde tratar la Enfermedad preexistente, quien fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, determine si los gastos médicos que motivan la Reclamación del Asegurado derivan o no de un Padecimiento preexistente. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido por el árbitro designado, de acuerdo con el procedimiento establecido por las partes en el convenio arbitral. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

27. Revelación de comisiones

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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

28. Notificaciones

Cualquier Reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse por escrito a la Compañía, precisamente al domicilio de sus oficinas. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurados se dirigirán al último domicilio que ella conozca.

29. Entrega de documentación contractual

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

30. Uso de medios electrónicos

El Contratante y/o Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Compañía tenga disponibles (entendiéndose éstos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y de redes de telecomunicaciones) para la celebración de servicios u operaciones relacionadas con este Contrato de Seguro. Dichas operaciones se encontrarán sujetas al conjunto de técnicas y procedimientos empleados por la Compañía 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 de Seguro 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:

- a. Llamar al número telefónico de la Compañía.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Una vez que el Contratante y/o Asegurado haya dado cumplimiento al punto anterior, deberá comunicarse, nuevamente, al número telefónico de la Compañía, en donde se le dará un folio para el seguimiento de su solicitud: o bien, si lo solicita, se enviará el folio de cancelación al correo electrónico que se designe.

Entrega de documentación contractual derivada de operaciones a través de medios electrónicos

La Compañía 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:

- a. De manera personal, al momento de contratar el seguro.
- b. A través de un 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 de correo electrónico que designe para tal efecto.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado no reciba dentro de los 30 días siguientes a la contratación los documentos que integran este Contrato de Seguro, deberá comunicarse al número telefónico de la Compañía, a fin de que opte por un medio alternativo para recibir dicha documentación. La Compañía 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 al siguiente.

31. Cambio de plan

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

Lo anterior, en el entendido de que, si el Contratante al cambiar su plan de seguro solicita modificaciones a los beneficios o incrementos de Suma Asegurada, la Compañía podrá llevar a cabo el procedimiento de suscripción que considere necesario.



Si los cambios en la Póliza corresponden a los conceptos de Franquicia, Coaseguro, Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se continuará pagando los gastos procedentes de los Sinistros ya abiertos en la Compañía por la atención de la Enfermedad y/o Accidente cubierto con las condiciones de Suma Asegurada, Nivel Hospitalario y Base de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos menores y deducible o Franquicia, Coaseguro mayores de ambos planes.

32. Territorialidad

La presente Póliza otorga cobertura respecto a los gastos erogados únicamente dentro de la República Mexicana.

VI. MARCO LEGAL

Las leyes y artículos citados en este Contrato de Seguro podrán ser consultados en www.segurossura.com.mx/glosario

Para cualquier consulta, Reclamación o aclaración contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios, la cual se encuentra en Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México; 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.

Teléfono: 55 5723 7912.

Correo electrónico: unat.clientes@segurossura.com.mx

Página web: www.segurossura.com.mx

Así mismo, puede acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (Condusef) ubicada en Av. Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México o en cualquiera de sus delegaciones.

Teléfonos: 55 5340 0999 u 800 999 8080.

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Página web: www.gob.mx/condusef

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 19 de enero de 2023, con el número CNSF-S0010-0456-2022/ CONDUSEF-004957-07, RESP-S0010-0023-2022 con fecha 05 de diciembre de 2022.

Centro de atención telefónica:
55 5723 7999

Para reporte de siniestros:
800 911 7692



[segurossura.com.mx](https://www.segurossura.com.mx)

Seguros SURA, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro
Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.