

Póliza de Seguro de
Gastos Médicos Mayores
Condiciones Generales

SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES CONDICIONES GENERALES

Contrato: Forman parte de este contrato: la solicitud de seguro, cuestionarios para evaluación del riesgo, esta póliza y todos los endosos aprobados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que sean necesarios agregar, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre las partes.

Artículo 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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza, transcurrido ese plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones". Este derecho se hace extensivo al contratante.

Vigencia: Este contrato estará Vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

Cobertura del contrato de seguro: Los asegurados inscritos en la presente póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza. Si se trata de enfermedad, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días de la inclusión de cada asegurado a la póliza o fecha de la rehabilitación, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de una renovación.

Omisiones y Declaraciones inexactas: El contratante esta obligado a declarar a la Compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer, tanto de él como de la familia asegurada en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Modificaciones y notificaciones: Solo tendrán validez las modificaciones que consten por escrito previo acuerdo entre la Compañía y el Contratante mediante endoso o Cláusula Adicional aprobada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social. En consecuencia, los agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

Competencia: En caso de controversia, el quejoso podrá ocurrir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones en los términos del artículo 65 de la Ley General de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, de no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la Compañía Aseguradora.

Moneda: Todos los pagos relativos a este contrato ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuaran en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

Los pagos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente el día de erogación de los gastos, dictada por el Banco de México, bajo el rubro de tipo de Cambio Libre.

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 nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado por el artículo 65 de la Ley General de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Renovación: Este seguro podrá ser renovado por períodos de seguro de igual duración, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito la voluntad de no renovarlo.

El pago de la prima, acreditada mediante un recibo expedido en las formas usuales de la Compañía, será prueba suficiente de tal renovación.

En cada renovación anual, la aseguradora ajustará las primas de acuerdo a los procedimientos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Rehabilitación: No obstante lo dispuesto en la Cláusula de primas de las Condiciones Generales, el asegurado podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surta efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la compañía ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo precedente.

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

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar la Compañía, para los fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo de la rehabilitación correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, La Compañía responderá de siniestros ni sus complicaciones, ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

PRIMAS

Prima Anual: La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los integrantes de la familia asegurada, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de seguro, edad alcanzada y sexo. La prima cubre un período de doce meses.

En cada renovación o inclusión de asegurados la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

Periodicidad: El contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por el pago fraccionado que corresponda, autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la cual se dará a conocer por escrito al asegurado o contratante.

Plazo de Gracia: Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro del termino de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesaran automáticamente a las 12 horas del ultimo día de ese plazo. (Art. 40 de la Ley sobre el contrato del Seguro).

En el caso de pagos fraccionados, el contratante no dispondrá de 30 días para los pagos subsecuentes.

Cobro: Las primas convenidas deberán ser pagadas en las oficinas de la Compañía, contra la entrega del recibo correspondiente.

Ajustes: En caso de altas de dependientes, la Compañía cobrara al contratante, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el plazo de gracia ya descrito.

A las 12 horas del ultimo día del periodo de gracia los efectos del contrato cesaran automáticamente si el contratante no ha cubierto la prima o la fracción pactada.

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

Periodo al descubierto: Es el lapso en el cual la poliza no esta pagada. Inicia el ultimo dia del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fraccion pactada.

No procede el pago de reclamaciones ni el servicio de pago directo por accidentes ocurridos durante este lapso o padecimientos cuyo signos o sintomas se hayan manifestado durante el mismo.

DEFINICIONES

Asegurado: Miembro de la familia asegurada y sus dependientes económicos que cumplan con los requisitos de elegibilidad, establecidos en la carátula de la póliza.

Dependientes: Serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente de él y esta dependencia sea demostrada a la Compañía.

a) Su cónyuge.

b) Sus hijos menores de 21 años de edad.

c) Sus hijos solteros mayores de 21 años de edad pero menores de 24, siempre y cuando sean estudiantes.

Accidente Cubierto: El accidente es aquel acontecimiento, proveniente de una causa externa, súbita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del asegurado.

Por lo tanto no se considerarán accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurren después de los primeros 30 días siguientes a la fecha del accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

Enfermedad Cubierta: Se entenderá por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se consideraran como enfermedad cubierta las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas,

complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad y siempre y cuando dicha enfermedad se presente luego de transcurrir 30 días de la inclusión de cada asegurado a la póliza o de la fecha de rehabilitación, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de una renovación.

Padecimiento: Es una alteración en la salud del Asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico médico definitivo.

Deducibles: Cantidad establecida en la carátula de la póliza, a cargo del asegurado, por los primeros gastos cubiertos en cada enfermedad.

Coaseguro: Porcentaje establecido en la carátula de la póliza, como participación del asegurado para cada enfermedad cubierta, que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible.

Beneficio Máximo: Esta cantidad es el límite de responsabilidad de la aseguradora, que se reembolsará por cada enfermedad o accidente cubierto.

Período de Beneficio: Si la póliza se renueva anualmente sin interrupción alguna, se continuarán pagando los gastos por cada enfermedad o accidente hasta el agotamiento de la Suma Asegurada que tenía contratada cuando inició dicha enfermedad o accidente sin que aplique un período máximo de cobertura para estos pagos.

Si la póliza se cancela o no se hace la renovación anual:

No se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aun cuando la reclamación haya iniciado dentro del período de vigencia.

Si el asegurado esta recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia o cancelar la póliza, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o por 30 días a partir de la fecha de su terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

Antigüedad: Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurado la persona en una poliza de Gastos Medicos Mayores.

Periodo de Espera: Es lapso predeterminado e ininterrumpido, contado a partir del primer año de inicio de vigencia de la poliza que debe transcurrir para cubrir ciertos padecimientos, no preexistentes, establecidos en la póliza.

Endoso de Reconocimiento de Antigüedad y reduccion y/o eliminacion de periodos de espera: Es la consideracion por parte de la Compañía, de la antigüedad ó tiempo de vigencia ininterrumpida en seguros de Gastos Medicos Mayores con otras aseguradoras que ha tenido el asegurado, el cual se indica en el endoso anexo a la misma, previos a la adquisicion de esta poliza, con el objeto de reducir o eliminar el periodo de espera consignados en el presente.

Es indispensable que las enfermedades o accidentes, hayan iniciado sus signos y sintomas durante la vigencia de esta poliza, por lo que la reduccion o eliminacion de periodos de espera no implica la aceptacion de padecimientos preexistentes.

Hospitalizacion: Es la estancia continua del asegurado, mayor de 24 horas en un Hospital o Sanatorio. Dicho periodo empezará a correr en el momento en que el asegurado ingrese como paciente intermo.

Pago Directo: Beneficio mediante el cual la Compañía paga directamente al hospital y/o al médico con el cual tiene convenio, por servicios prestados al asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato cuando procede la reclamación.

Es requisito que la póliza o la fracción de prima pactada este pagada, además de que el asegurado permanezca en el hospital por lo menos 24 horas en calidad de paciente interno.

Programación de cirugía: Beneficio mediante el cual el asegurado recibe previo a su intervención quirúrgica la autorización de la Compañía para el pago directo de los mismos mediante una carta pase, la cual se entrega en el área de administración del hospital y al médico tratante garantizando el pago directo. Obviamente solo opera para los hospitales y médicos con los cuales la Compañía tiene convenio.

Segunda opinión médica: Es una opinión que puede ser requerida por el asegurado o por la Compañía en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por GASTOS MEDICOS CUBIERTOS aquellos en que se incurra por/o a cuenta del ASEGURADO por servicio y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier ACCIDENTE CUBIERTO O ENFERMEDAD CUBIERTA que:

- I. Por prescripción de un medico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, sean necesarios para el tratamiento hasta por el monto del gasto usual, razonable y acostumbrado en el lugar donde reciben o proporcionan dichos servicios y/o materiales.
- II. Sean proporcionados por instituciones o por personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad, que no sean familiares del asegurado.

Sean por una o más de las siguientes causas:

- 1) Cuarto de Hospital.- Cuarto privado tipo estándar y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.
- 2) Médicos y/o cirujanos.- Honorarios por intervención quirúrgica, incluyendo honorarios de ayudantes y consultas postoperatorias, así como por visitas y/o consultas.
- 3) Enfermera.- Honorarios profesionales.- En caso de contratarse fuera del hospital, se pagará un máximo de 30 días por cada accidente o enfermedad cubierta.
- 4) Anestesiólogo.- Honorarios profesionales.
- 5) Suministros en hospital.- Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación o de curaciones.
- 6) Servicio de diagnóstico.- Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.. que sean necesarios debido a sintomatología previa y necesariamente orientados al padecimiento.
- 7) Servicio de terapia.- Física, radioactiva, fisioterapia, etc., necesariamente derivadas del padecimiento cubierto inicialmente.
- 8) Servicio de ambulancia terrestre.- Hacia o desde el hospital.
- 9) Medicamentos adquiridos dentro y fuera del hospital, solamente aquellos que estén directamente relacionados con el padecimiento y que sean prescritos por los médicos tratantes, se acompañen de la factura de farmacia y la receta médica correspondiente.
- 10) Aparatos ortopédicos y prótesis.- Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento hasta por un 20% de la Suma Asegurada, excluyendo la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis ya existentes a la fecha del padecimiento, así como la compra de zapatos ortopédicos.
- 11) Renta de equipo tipo hospital.- Que por prescripción médica sea necesario para la convalecencia domiciliaria.
- 12) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, únicamente aquellos que sean indispensables y a consecuencia de un accidente no excluido en este contrato, y siempre y cuando se presenten radiografías

y/o impresión dental que demuestren el daño sufrido a causa de ese accidente.

- 13) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo, únicamente aquellos que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad no excluidos en este contrato y que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza y solo si el primer gasto se realiza en los primeros 90 días después de ocurrido el accidente.
- 14) Tratamiento médico o quirúrgico de: Nariz y/o senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo y eventraciones, padecimientos anorrectales, prostáticos, tumoraciones mamarias, ginecológicos, tratamientos de prolapsos e insuficiencia del piso perineal, varices y padecimientos de la columna vertebral.

Cualquiera que sea su causa ya sea por enfermedad o por accidente, que se presenten a partir del tercer año de vigencia continua de la póliza para cada asegurado.

- 15) Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, del parto y puerperio
 - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - b) Los estados de fiebre puerperal
 - c) Los estados de toxicosis gravídica.
 - d) Mola hidatiforme (Embarazo molar)

Estos gastos estarán cubiertos solo si dichas complicaciones ocurren después de 10 meses contados a partir del inicio de vigencia o rehabilitación en esta póliza para cada asegurada.

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en esta cláusula no quedara cubierta.

- 16) Los gastos derivados de la operación cesárea, parto normal o parto prematuro, entendiéndose como tales, los honorarios médicos y los gastos de hospitalización y estarán cubiertos hasta un máximo de 10 salarios mínimos mensuales generales vigentes en el Distrito Federal y siempre y cuando la cesárea, parto normal o parto prematuro, ocurran después de 10 meses contados a partir del inicio de vigencia o rehabilitación de la asegurada en esta póliza.
- 17) Gastos de padecimientos congénitos de los hijos de los asegurados nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de asegurada en esta póliza y se haya notificado a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento y con la obligación de pagar el alta del nuevo asegurado.
- 18) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)
Estará cubierto sólo después de cuatro años de vigencia continua para cada asegurado en La Peninsular Seguros, S.A. y siempre y cuando el virus del S.I.D.A. no haya sido detectado antes o durante este periodo de 4 años.
- 19) Cobertura de Padecimientos Preexistentes Declarados
Se cubren los padecimientos preexistentes que se declaren al momento de llenar la solicitud de la póliza, entendiéndose como padecimiento preexistente aquellos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada asegurado de la póliza.

Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua en esta póliza, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el período de espera mencionado anteriormente.

Es requisito indispensable que el asegurado haya declarado que tiene dicho(s) padecimientos al momento de solicitar su póliza.

Esta cobertura no aplica:

- A padecimientos cardíacos, accidentes vasculares, diabetes, padecimientos oncológicos, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), enfermedades degenerativas y/o padecimientos neurológicos.
- A las exclusiones especificadas en las Condiciones Generales de esta póliza, excepto lo mencionado en el Numeral 2 Letra A inciso a,b, c, y d de dicha sección.
- A los padecimientos no declarados en la solicitud del seguro.
- Endosos específicos de exclusión de la póliza.

EXCLUSIONES

1.- Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:

- a) Servicio militar, actos de guerra, motines, mítines, actos de vandalismo, actos criminales, rebelión o insurrección.
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado (riñas, únicamente sí el asegurado ha sido el provocador).
- c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.
- e) La práctica profesional de cualquier deporte.
- f) Aún cuando se practiquen en forma amateur u ocasional: Práctica de box, lucha libre o grecorromana, karate, paracaidismo, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.

2.- Gastos Incurridos a consecuencia de:

- A) Padecimientos preexistentes a la fecha en que se dio de alta en esta póliza a cada asegurado, entendiéndose como padecimientos preexistentes cuando:
 - a) Los síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad al inicio de vigencia de esta póliza.
 - b) Hubiesen sido diagnosticados con anterioridad.
 - c) Los síntomas y/o signos fuesen aparentes a la vista o por su naturaleza no pudiesen pasar desapercibidos.
 - d) Por los que se hubiesen erogado gastos con anterioridad.
- B) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosas, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta y del aprendizaje.
- C) Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
- D) Enfermedades congénitas, salvo lo mencionado en Gastos médicos cubiertos inciso 17 de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza.
- E) Afecciones propias del embarazo, abortos, legrados, cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no

sean precisamente las consignadas en el inciso 15 y 16 de los Gastos médicos cubiertos.

- F) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos como CHEK-UP. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en experimentación.
- G) Tratamiento médico o quirúrgico de Hallux Valgus o "Juanetes".
- H) Cirugía plástica ó estética de cualquier tipo, a excepción de lo indicado en la cláusula de Gastos médicos cubiertos inciso 13.
- I) Tratamiento de alcoholismo ó toxicomanía.
- J) Suicidio, lesiones ó alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos ó a consecuencia del uso y consumo de alguna droga ó sustancia tóxica.
- K) Adquisición de aparatos auditivos, lentes intraoculares de contacto y anteojos; tratamientos médicos ó quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo. Tampoco cubre queratotomía radiada y similares.
- L) Tratamientos de calvicie, obesidad, esterilidad, bajo peso y cualquiera de naturaleza análoga.
- M) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad.
- N) Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas, que no cuenten con cédula profesional.
- O) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico quirúrgico expresamente excluido.
- P) Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extras.
- Q) Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y sus complicaciones, excepto lo que se menciona en el inciso 18) de la sección de Gastos Cubiertos.

LIMITACIONES DE LOS GASTOS CUBIERTOS

- 1.- Estarán cubiertos a partir del tercer año de vigencia ó rehabilitación de esta póliza, los gastos resultantes de:

Tratamiento médico ó quirúrgico de: Nariz y/o senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo y eventraciones, padecimientos anorrectales, prostáticos, tumoraciones mamarias, ginecológicos, tratamientos de prolapsos e insuficiencia del piso perineal, varices y padecimientos de la columna vertebral.

Cualquiera que sea su causa ya sea por enfermedad ó por accidente.

SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite del reembolso de gastos indispensable entregar la siguiente documentación:

- A) Aviso de accidente o enfermedad: éste documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- B) Informe Médico: éste documento será requisitado por el (los) médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
- C) Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
- D) Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios.
- E) Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante.

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un solo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anesestesiólogos, etc.)

En caso de consultas médicas, se deberá entregar un recibo por cada consulta recibida.

La aseguradora sólo pagará los honorarios de Médicos y de Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Sanatorios u Hospitales debidamente autorizados.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquiera semejantes en donde no se exige remuneración.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el Sanatorio u Hospital así como la comprobación de los gastos realizados. Los Asegurados autorizan a todos los Hospitales y a todos los Médicos que lo 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 para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiere a los reconocimientos mencionados ó si existe obstaculización por parte del contratante y/o asegurado para que se lleve a cabo esta comprobación, perderá su derecho a la indemnización correspondiente y liberará a la Compañía de cualquier obligación.

INDEMNIZACIONES

Pago de Indemnizaciones: Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todos los comprobantes deberán estar a nombre del asegurado afectado o asegurado titular.

Todas la indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas a cada Asegurado o quien este haya designado en las oficinas de la Compañía con la presentación de carta poder.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

La Obstaculización por parte del contratante y/o asegurado para que se lleve a cabo esta comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Aplicación de Deducible y Coaseguro a cargo del asegurado: Cuando el asegurado presente una reclamación amparada por esta póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la caratula, clausulas y endosos de la presente poliza, los gastos reembolsables se sumaran y al total de estos se restara la catidad de deducible especificado en la carátula de la poliza, del importe asi determinado se descontará el porcentaje del coaseguro señalado en la carátula de la misma. El monto que asi se determine por concepto de deducible y coaseguro será la participacion a cargo del asegurado. En caso de que los gastos sean originados por accidentes cubiertos, no se aplicará el deducible y el coaseguro. Para ser catalogado accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar durante los primeros 30 días siguientes a la fecha del accidente, transcurrido este período se considerará como enfermedad.

Beneficio de Reembolso: Al monto de los gastos cubiertos se le descontará el deducible y el coaseguro correspondiente.

Pagos: La Compañía pagará al asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Otros Seguros: Si los gastos médicos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o en partes por otros seguros, en ésta o en otras Compañías, el reembolso pagadero en total por todas las pólizas no excederá a los gastos reales incurridos, y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza.

Intereses Moratorios: En caso de que la aseguradora, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantengan invertidas sus reservas técnicas durante el lapso de mora.

En defecto de los CETES, se aplicará la tasa de rendimiento de los depósitos bancarios de dinero a plazo de noventa días para el cálculo de interés moratorio convencional, conforme a lo dispuesto en el Artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Lo dispuesto en la presente cláusula no es aplicable en los casos a que se refiere el artículo 65 de la Ley

General de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. (CONDUSEF)

Edad: La edad declarada por los asegurados en la presente póliza se deberá comprobar legalmente cuando así lo juzgue necesario la Compañía. Una vez que el asegurado haya comprobado su edad a la Compañía, esta hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas. Si de esta comprobación resulta:

Que la edad verdadera del Asegurado se encuentre dentro de los límites de admisión autorizados a la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagara una prima menor de la que correspondería a la edad real, el importe de la indemnización se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la que conforme a la tarifa corresponde a la edad real en la fecha de la celebración del Contrato.
- b) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad estuviese pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el importe de la indemnización no se modificará y la Compañía tendrá la obligación de reembolsar la diferencia que haya entre la reserva existente y la que corresponda a la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores se reducirán de acuerdo con esta edad.
- c) Si la edad real del asegurado se encuentra fuera de los límites de admisión autorizados a la Compañía, el contrato quedará rescindido y la obligación de la Compañía se reducirá a pagar el importe de la reserva matemática que corresponda a ese Asegurado en la fecha de rescisión.

Deducciones: Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Pagos Improcedentes: Cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja de algún miembro de la familia y/o colectividad asegurada, obliga al contratante a reintegrar el pago a la Compañía

MOVIMIENTOS EN LA FAMILIA ASEGURADA

Altas:

- a) Cualquier persona que cumpla con requisitos establecidos en la definición de dependiente podrá ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante solicitud del contratante y aceptación de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso solicite la misma.

Esta inclusión deberá ser reportada a la Compañía en los 30 días siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

- b) Si la esposa del contratante es miembro de la familia asegurada o el contratante mismo es del sexo femenino, los hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde su fecha de nacimiento sin más requisito que la solicitud de su alta dentro de los treinta días siguientes al día de su nacimiento.

En caso contrario, su inclusión quedará sujeta a aceptación por parte de la Compañía conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso solicite la misma.

Bajas:

Se excluirán de la cobertura de esta póliza, a partir de la siguiente renovación, los dependientes del contratante que:

- a) Contraigan matrimonio
- b) Cumplan 21 años de edad, o 24 años en el caso de ser estudiantes.
- c) Obtengan ingresos por trabajo personal.
- d) Dejen de depender económicamente de él.
- e) Siendo su cónyuge, se separe legalmente de él.

Privilegio de Conversión: Cualquier dependiente del contratante que haya sido excluido por cualquiera de las situaciones antes citadas, tendrá derecho a que, si lo solicita dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente póliza, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

Limite de edad: La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza de personas mayores de 64 años. En los casos de renovación, la cobertura para cada asegurado podrá continuar en vigor en forma vitalicia, siempre y cuando renueven en forma ininterrumpida.

CLAUSULA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.

Definición:

Se considera como emergencia medica cubierta en el extranjero toda alteración órgano-funcional súbita, que pone en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata.

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

Beneficios:

Queda consignado que si durante la vigencia de la póliza y como consecuencia directa de un accidente o de una enfermedad sufridos en el extranjero, el Asegurado se viere precisado a someterse al tratamiento médico de emergencia, incurriendo en cualesquiera de los gastos enumerados más adelante, la Compañía cubrirá el monto de los mismos, siempre y cuando éstos no estén excluidos en la póliza ajustándose previamente a las condiciones de esta cobertura.

Gastos Cubiertos:

1. Servicios de Hospital.- Cuarto privado tipo estándar y alimentos, medicamentos, unidades de cuidado intensivo, sala de operación y recuperación, sala de emergencia, servicios especiales de enfermería, análisis de laboratorio, rayos X, electroencefalogramas y electrocardiogramas.
2. Servicios Médicos.- Visitas médicas, intervención quirúrgica, anestesia, servicios de primeros auxilios, análisis de laboratorios, rayos X.
3. Otros servicios.- Ambulancia terrestre, transfusiones, prescripciones médicas, oxígeno.

Esta cobertura no ampara:

- Las complicaciones del embarazo y/o del recién nacido.
- Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en las Exclusiones de estas condiciones generales.
- Tratamientos que no sean catalogados como de urgencias, de común acuerdo por el médico tratante y la Compañía.

COBERTURA TOTAL EN EL EXTRANJERO

La Compañía conviene en pagar los gastos efectuados en el extranjero, reembolsando dichos gastos siempre y cuando se trate de una enfermedad ó accidente cubierto de acuerdo a los términos y condiciones de esta póliza.

La Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro, serán los mencionados en la carátula de la póliza.

El pago se efectuará en moneda nacional al tipo de cambio existente al realizarse el gasto.

PÓLIZAS COLECTIVAS

Movimientos de Asegurados

Altas.- La Compañía mientras esté en vigor la presente póliza, incluirá bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurable, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a la Compañía indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil siempre y cuando la Compañía reciba aviso por escrito del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva y pagar la prima correspondiente. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía.

En caso de alta de un Asegurado dentro de la vigencia de la presente póliza, la Compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Bajas.- Causarán baja de esta póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

En caso de baja de un Asegurado, durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

La Compañía tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en una póliza de seguro individual de gastos médicos mayores, siempre que su edad este comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía, aplicando para tal efecto la prima correspondiente que se encuentre en vigor en ese momento y reconociendo la antigüedad que haya logrado en su seguro colectivo. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá notificar por escrito a la Compañía, dentro del plazo de los 30 días siguientes a su separación.

El solicitante y sus dependientes económicos, en su caso, deberán pagar a la Compañía las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la notificación según la tarifa de primas que se encuentre en vigor.

Obligaciones del Contratante y/o Asegurado.- El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable definida en la carátula. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, previo consentimiento de las mismas dentro de los 30 días siguientes a que las cumplan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Compañía a dar por terminado

este seguro mediante aviso por escrito al Contratante comunicado con 30 días de anticipación.

La solicitud antes mencionada hecha con posterioridad a los primeros 30 días de vigencia de la póliza quedará sujeta a la aprobación previa de la Compañía.

Participación de Utilidades.- El contratante participará en las utilidades que obtenga la Compañía en la cartera de seguros colectivos de gastos médicos mayores, de acuerdo con las fórmulas aprobadas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El pago de dicha participación no quedara sujeto a la renovación anual de la póliza y pago de la prima correspondiente.

GRUPOS ASEGURABLES

Definiciones

Contratante: Son grupos asegurables, los que a continuación se mencionan:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Los sindicatos, uniones o agrupamientos de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros, constituyan grupos asegurables.

De acuerdo a los incisos anteriores serán contratantes del seguro de grupo:

El patrón o empresa; la persona moral; el Gobierno Federal; el de los Estados, el de los Territorios, el del Distrito Federal o de los Municipios y la persona moral correspondiente a grupos asegurables.

Asegurado: Miembro de la familia asegurada y sus dependientes económicos que cumplan con los requisitos de elegibilidad, establecidos en las condiciones generales de la Póliza.

Dependientes: Serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente de él y esta dependencia sea demostrada a satisfacción de la Compañía.

- a) Su cónyuge
- b) Sus hijos solteros menores de 21 años de edad.
- c) Sus hijos solteros mayores de 21 de edad pero menores de 24, siempre y cuando sean estudiantes.