

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES “SI SALUD ATM”

Índice

I. DEFINICIONES	5
<i>Accidente.....</i>	<i>5</i>
<i>Accidente Cubierto</i>	<i>5</i>
<i>Agravación del Riesgo</i>	<i>5</i>
<i>Asegurado</i>	<i>5</i>
<i>Carátula de la Póliza</i>	<i>5</i>
<i>Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado)</i>	<i>5</i>
<i>Certificado Individual</i>	<i>6</i>
<i>Coaseguro</i>	<i>6</i>
<i>Colectividad Asegurada.....</i>	<i>6</i>
<i>Compañía.....</i>	<i>6</i>
<i>CONDUSEF</i>	<i>6</i>
<i>Contratante</i>	<i>6</i>
<i>Contrato de Seguro o Póliza.....</i>	<i>6</i>
<i>Deducible</i>	<i>6</i>
<i>Eliminación o Reducción de Periodos de Espera</i>	<i>7</i>
<i>Endoso</i>	<i>7</i>
<i>Endoprótesis</i>	<i>7</i>
<i>Enfermedad o Padecimiento Cubierto</i>	<i>7</i>
<i>Enfermera (o)</i>	<i>7</i>
<i>Evento</i>	<i>7</i>
<i>Exclusiones.....</i>	<i>7</i>
<i>Fecha de Antigüedad.....</i>	<i>7</i>
<i>Honorario Médico</i>	<i>7</i>
<i>Hospital o Sanatorio.....</i>	<i>7</i>
<i>Hospitalización</i>	<i>8</i>
<i>Indemnización</i>	<i>8</i>
<i>Lugar de Residencia</i>	<i>8</i>
<i>Médico Tratante.....</i>	<i>8</i>
<i>Padecimientos Congénitos</i>	<i>8</i>
<i>Padecimientos Preexistentes</i>	<i>8</i>
<i>Pago Directo</i>	<i>9</i>
<i>Periodo de Espera.....</i>	<i>9</i>

<i>Periodo de Gracia</i>	9
<i>Práctica Profesional de cualquier Deporte</i>	9
<i>Prótesis</i>	9
<i>Prima</i>	9
<i>Reclamación</i>	9
<i>RECAS</i>	9
<i>Red o Red de Prestadores de Servicios</i>	9
<i>Reembolso</i>	10
<i>Reinstalación Automática de Suma Asegurada</i>	10
<i>Salud</i>	10
<i>Es el bienestar biológico del individuo asegurado por el presente contrato.</i>	10
<i>Signo</i>	10
<i>Síntoma</i>	10
<i>Suma Asegurada</i>	10
<i>Tarjeta de Identificación</i>	10
<i>Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)</i>	10
<i>Urgencia o Emergencia Médica</i>	11
<i>Vigencia</i>	11
 II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	 11
<i>Cobertura Básica</i>	11
<i>Coberturas Adicionales</i>	16
<i>a) Pago de Complementos</i>	16
<i>b) Cobertura de Preexistencia</i>	17
<i>c) Eliminación de Deducible por Accidente</i>	17
<i>d) Emergencia en el Extranjero</i>	17
<i>e) Cobertura en el Extranjero</i>	19
<i>f) Cobertura Dental</i>	20
<i>g) Cobertura de Visión</i>	20
<i>h) Indemnización por Hospitalización</i>	20
<i>i) Conversión</i>	20
 III. EXCLUSIONES	 21
 IV. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO	 24
1. OBJETO DEL SEGURO	24

2.	CONTRATO	24
3.	PERIODO DE BENEFICIO	24
4.	CONVENIO DE AUTOADMINISTRACIÓN	25
5.	REGISTRO DE ASEGURADOS	25
6.	RENOVACIÓN	25
7.	CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN	26
8.	REHABILITACIÓN	26
9.	EDAD	26
10.	RESIDENCIA	27
11.	MOVIMIENTO DE ASEGURADOS	27
12.	PRIMA	28
13.	COMISIONES	28
14.	NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES	29
15.	RECTIFICACIONES	29
16.	MODIFICACIONES	29
17.	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	29
18.	SINIESTROS	29
19.	PAGO DE INDEMNIZACIONES	31
20.	NIVEL HOSPITALARIO	31
21.	COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS	31
22.	MONEDA	31
23.	INTERESES MORATORIOS	31
24.	SUBROGACIÓN	33
25.	ARBITRAJE MÉDICO	33
26.	PRESCRIPCIÓN	34
27.	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS	34
28.	COMPETENCIA	34
29.	REGIMEN FISCAL	34
30.	OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	35
31.	CAMBIO DE CONTRATANTE	35

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES "SI SALUD ATM"

I. DEFINICIONES

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica o quirúrgica; **no se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Accidente Cubierto

Accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y/o del certificado individual correspondiente cuya primera atención médica ocurra dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente se considerará como enfermedad.

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

Agravación del Riesgo

Es cuando por algún cambio de actividad u ocupación se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

Asegurado

Persona física que radica en territorio nacional y que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro. Tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la póliza. En caso de que se extienda la cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Carátula de la Póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene las características del plan contratado, coberturas, sumas aseguradas, deducibles, coaseguros, características de la Colectividad Asegurada, prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza.

Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado)

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía para cada uno de éstos a los Prestadores de Servicios Médicos con base en los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos, el cual podrá ser consultado en la página de internet www.sisnova.com.mx.

El plan contratado determinará ese límite máximo de responsabilidad.

Para las coberturas adicionales de Emergencia en el Extranjero y Cobertura en el Extranjero el Gasto Usual y Acostumbrado equivale al costo promedio que resulte de los honorarios

regulares de los médicos, especialistas y hospitales que ejercen la medicina en la ciudad, región o país donde se haya generado el gasto.

Certificado Individual

Documento en el cual se establece la operación de seguro, el número de póliza y certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento del(os) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla, el deducible y coaseguro contratado y nombre de los beneficiarios, en su caso.

Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, resultado de aplicar el porcentaje que se señala en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, sobre los gastos médicos amparados que excedan al deducible contratado.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro, estará indicado en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía, cuyos nombres se incluyen en el registro de asegurados de la póliza.

Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. |

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato de seguro para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo, y que tiene como obligación el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

Contrato de Seguro o Póliza

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, los certificados individuales, las condiciones generales, los endosos que se agreguen, así como cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Deducible

Cantidad a cargo del Asegurado, que se señala en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, el cual se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una sola vez, por cada accidente o enfermedad cubierto.

Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga la Compañía con base en la fecha de antigüedad del Asegurado, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos padecimientos cubiertos.

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro y que prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Endoprótesis

Objetos metálicos o plásticos destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

Se entenderá por enfermedad o padecimiento cubierto, toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico o quirúrgico, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, que se origine dentro de la vigencia de la póliza y/o del certificado individual correspondiente.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. **No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

Enfermera (o)

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos. La enfermera(o) no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Evento

Se entenderá por evento a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.

Exclusiones

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza.

Fecha de Antigüedad

Tiempo continuo e ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de gastos médicos mayores o de salud en esta u otra aseguradora.

Honorario Médico

Pago que obtiene el profesional médico legalmente autorizado, por los servicios que presta a los Asegurados.

Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos o accidentados

Hospitalización

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, siempre y cuando ésta, sea justificada y comprobable para el padecimiento cubierto.

Indemnización

Pago efectuado conforme a lo establecido en el contrato de seguro como consecuencia de la realización del riesgo cubierto en el mismo.

Lugar de Residencia

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Médico Tratante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

Padecimientos Congénitos

Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la celebración del contrato.
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la celebración del contrato.
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa a la celebración del contrato.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione a la Compañía la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos que

juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8°. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Pago Directo

Beneficio mediante el cual la Compañía coordina y paga directamente a la Red de Prestadores de Servicios, por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación.

Periodo de Espera

Es el lapso continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado o fecha de reconocimiento de antigüedad, a fin de que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas. No aplica para el caso de accidentes o urgencias médicas.

Periodo de Gracia

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

Práctica Profesional de cualquier Deporte

Significa dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se recibe cualquier tipo de retribución.

Prótesis

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar parcial o totalmente algún órgano o miembro del cuerpo humano, imitando o supliendo la función de dicho miembro u órgano reemplazado.

Prima

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza.

RECAS

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF

Red o Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, servicios de hospitalización,

servicios de rehabilitación y apoyos médicos con los que la Compañía mantiene convenio y, que al ser elegidos por el Asegurado brindan servicios de recuperación y rehabilitación de la salud del Asegurado que así lo desee.

Reembolso

Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado, que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales al propio Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios, por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza y hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado.

Reinstalación Automática de Suma Asegurada

Es el derecho en virtud del cual el Asegurado cuenta nuevamente con el total de la suma asegurada contratada para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra, por cada nuevo padecimiento cubierto por la presente póliza. La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos padecimientos.

En ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada para un mismo padecimiento o padecimientos que sean a consecuencia de otro ya cubierto.

Salud

Es el bienestar biológico del individuo asegurado por el presente contrato.

Signo

Se dice de cada una de las manifestaciones en una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada padecimiento amparado por esta póliza con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dichos padecimientos ocurran durante la vigencia de la póliza y/o del certificado individual correspondiente.

La suma asegurada se encontrará estipulada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente. Para cada gasto procedente por un mismo padecimiento cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por ese mismo padecimiento nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Tarjeta de Identificación

Documento expedido por la Compañía al Asegurado, indispensable para identificarse en la obtención de los servicios médicos brindados a través de la Red de Prestadores de Servicios y para acreditar su derecho al uso de los mismos.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) 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 disposiciones

jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMA (UMAM), se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través del Diario Oficial de la Federación y puede ser consultada en la siguiente dirección de internet <http://www.inegi.org.mx>.

Urgencia o Emergencia Médica

Cualquier accidente o enfermedad inesperada que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o su integridad física y que requiera atención médica inmediata.

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

Vigencia

Periodo durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

II.DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Gastos Médicos Cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos, aquéllos en que incurra el Asegurado dentro o fuera de la República Mexicana en su caso, por servicios, material y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta que cuente con un diagnóstico establecido y estudios que lo amparen. Los gastos deben ser por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento y con sujeción a las condiciones y los límites establecidos en la póliza.

Cobertura Básica

Para la cobertura básica aplican deducible y coaseguro contratados, mismos que se especificarán en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente. Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes:

1) Honorarios Quirúrgicos

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares del Asegurado hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias (intrahospitalarias) se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos.

2) Honorarios por Consultas Médicas

En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas hasta el Gasto Usual y Acostumbrado. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

3) Honorarios Anestesiólogo

La Compañía cubrirá los honorarios del anestesiólogo hasta un 30% de los honorarios reconocidos para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

4) Honorarios de Enfermera(o) Fuera del Hospital

La Compañía pagará los honorarios de enfermeras(os) tituladas(os) y legalmente autorizadas(os) para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del Médico Tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 30 días naturales con un máximo de tres turnos por día, salvo autorización expresa de la Compañía.

5) Honorarios de Quiroprácticos y Homeópatas

La Compañía cubrirá los honorarios de los médicos quiroprácticos y homeópatas titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de las terapias o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- Para el caso de Quiroprácticos, los gastos erogados a consecuencia de tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.

6) Gastos Hospitalarios

La Compañía cubrirá el Cuarto Privado Estándar con baño incluyendo alimentos del Asegurado internado así como los gastos erogados por cama extra para el acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en un hospital. Asimismo, cubrirá sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

7) Servicios de Diagnóstico

Se cubren todos los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y cualquier otro servicio que sea necesario para diagnosticar el estado de salud del Asegurado, derivado de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza.

Para los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopia, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo, el Asegurado requerirá autorización de la Compañía así como orientación acerca de los sitios en que se realizan.

8) Medicamentos

La Compañía cubrirá los medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto y que se encuentren autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional; se deberá anexar la receta médica.

9) Transfusiones de Sangre, Aplicación de Plasma, Sueros y Otras Sustancias Semejantes

Quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

10) Consumo de Oxígeno

La Compañía cubrirá los gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital.

11) Servicio de Ambulancia Aérea

Si como consecuencia de una urgencia médica por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza, el Asegurado afectado requiere de transportación aérea en territorio nacional para su tratamiento, la Compañía dará la cobertura por este concepto, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos, ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y dicho traslado sea autorizado tanto por el médico tratante como por el médico designado por la Compañía. Lo anterior operará mediante la protección por vía reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura del vuelo, independientemente al tope de coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual.

12) Servicio de Ambulancia Terrestre

Se cubrirán los traslados en ambulancia terrestre programados o de urgencia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización o clínica, en caso de que el mismo, por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios. Este servicio requerirá ser coordinado y autorizado por la Compañía.

13) Aparatos Ortopédicos

La Compañía cubre la renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria que derive de una enfermedad o accidente cubierto.

14) Prótesis y Endoprótesis

Estarán cubiertas las prótesis, cuando así lo requiera el tratamiento del accidente o enfermedad y sean autorizados por la Compañía. La Endoprótesis se cubrirá sólo en los casos en que el tipo de lesión o alteración pongan en peligro la vida o transforme en forma importante la función de un órgano del Asegurado.

Se cubre la reposición de prótesis y endoprótesis si la Compañía hubiere pagado la primera prótesis o endoprótesis a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

En caso de que la Compañía no hubiere pagado la primera prótesis o endoprótesis se cubrirá la reposición de ésta siempre que se cumpla con lo siguiente:

- Hayan transcurrido por lo menos 5 años de la colocación de la prótesis o endoprótesis, y
- El Asegurado cuente con al menos veinticuatro meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía. **En este caso no aplica reconocimiento de antigüedad.**

15) Tratamientos de Diálisis**16) Servicios de Terapia**

La Compañía cubrirá las terapias física, radioactiva, quimioterapia y/o fisioterapia cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante. Solo se cubren hasta 30 sesiones de terapia de rehabilitación durante un año póliza. Este periodo se podrá extender por 30 sesiones más, siempre y cuando se encuentre medicamente justificado, y sea autorizado y programado por la Compañía.

17) Franja Fronteriza

Quedan cubiertos los gastos erogados en la Franja Fronteriza, entendiéndose como ésta a la

extensión territorial de 20 Km. a partir de la Frontera Mexicana. A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de deducible indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual y el máximo entre el coaseguro del 20% y el coaseguro contratado. Esta cobertura sólo aplica para las personas que viven y residen en la Franja Fronteriza Mexicana.

18) Terapia Psiquiátrica o Psicológica

Esta cobertura ampara los honorarios del psiquiatra o psicólogo titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión hasta por un máximo de 20 consultas durante un año póliza, además de los medicamentos recetados por el psiquiatra para el tratamiento terapéutico y de acuerdo a la dosis establecida por el mismo. El Asegurado tendrá derecho a esta cobertura por consecuencia de:

- Habérsele diagnosticado, dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes enfermedades terminales: Cáncer, Enfermedades Cerebrovasculares, Infarto al Miocardio e Insuficiencia Renal.
- Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia de la póliza, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro, violación, así como haber sido víctima de un acto violento.

19) Reconocimiento de Antigüedad

Esta cobertura aplicará en caso de que el Contratante y/o Asegurado acrediten haber estado cubiertos ininterrumpidamente con otra u otras Compañías Aseguradoras en el ramo de Gastos Médicos o Salud hasta el momento de la contratación con Servicios Integrales de Salud Nova S.A. de C.V.

Para considerar el reconocimiento de antigüedad, el Asegurado y/o Contratante, deberá comprobar a la Compañía que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en donde haya estado el Asegurado, fue (ron) pagada(s), siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayor a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los padecimientos y tratamientos cubiertos con periodo de espera bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado en forma estricta y sin excepción alguna.

El periodo para el reconocimiento de antigüedad se especificará en el certificado individual correspondiente.

20) Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera

Para la protección de los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá haber cumplido previamente el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente o urgencia médica.

a) Periodo de Espera de 12 meses

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- **Padecimientos ginecológicos:** Se consideran como tales los padecimientos propios de la mujer que presenta cuando no se encuentra embarazada
- Padecimientos de glándulas mamarias
- Insuficiencia de piso perineal
- Endometriosis (**no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad**)

- Padecimientos de la columna vertebral, **excepto hernias de disco**
- Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- Padecimientos de la vesícula y vías biliares
- Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) siempre que el Asegurado tenga más de 5 dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de taquimetría o topometría corneal.

b) Periodo de Espera de 24 meses

- Padecimientos ano rectales y hemorroides
- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones
- Nariz y/o senos paranasales por enfermedad
- Cataratas
- Hallux Valgus (Juanetes)

c) Periodo de Espera 36 meses

- Cirugía prostática por enfermedad
- Cirugía de cadera por enfermedad
- Cirugía de rodilla por enfermedad
- Cirugía de hombro por enfermedad

d) Periodo de Espera de 48 meses

- Gastos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). **Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.**

21) Deportes Peligrosos

Por medio de esta cobertura, la Compañía ampara las lesiones originadas por la práctica recreativa y ocasional de las siguientes actividades peligrosas:

- Motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares
- Box y lucha en cualquiera de sus variaciones
- Vuelo de ala delta, vuelo de aviones ultraligeros, parapente y paracaidismo

Para esta cobertura aplican el deducible y coaseguro contratados.

22) Lente Intraocular

Queda amparado el costo del Lente Intraocular por los padecimientos de cataratas una sola vez por ojo.

23) Gastos del Donador de Órganos

Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante definitivo. **Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.**

24) Padecimientos Congénitos

Se cubren los padecimientos congénitos para asegurados no nacidos durante la vigencia de la

póliza siempre y cuando la primera manifestación sea después de los cinco años de edad. Para efectos del presente seguro la primera manifestación será cuando la enfermedad sea diagnosticada por primera vez por un médico, o cuando los síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

25) Maternidad

La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada, que estén relacionados directamente con el evento del parto normal o cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 10 meses en forma continua en la póliza al momento del evento final del embarazo (parto o cesárea) y ésta se encuentre vigente. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

Esta cobertura se otorga a las Aseguradas de la póliza entre 15 y 49 años de edad.

Se cubre con periodo de espera de 10 meses:

- **Complicaciones del Embarazo y del Parto:** Se cubre a la Asegurada los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando la Asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza, con límite establecido en la póliza y la aplicación del deducible y coaseguro correspondiente:
 - Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.
 - Los estados de fiebre puerperal.
 - Los estados de preclampsia y toxicosis gravídica.
 - Mola Hidatiforme.
 - Embarazo anembriónico.
 - Placenta Previa
 - Atonía Uterina
 - Eclampsia
- **Prematurez:** Se cubren los gastos de nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de 10 meses de haberse dado de alta a la madre en la póliza de Gastos Médicos Mayores de la Compañía.
Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en la póliza aplicando el deducible y coaseguro contratados. Se establece una única suma Asegurada aun para el caso de productos múltiples.
- **Padecimientos congénitos:** Se cubren los padecimientos congénitos para Asegurados nacidos durante la vigencia del seguro y dados de alta dentro de los treinta días posteriores al nacimiento, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza de Gastos Médicos Mayores de la Compañía.
- **Legrado no punible:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembriónico, embarazo molar o hiperplasia endometrial. Deberá presentarse estudio histopatológico que justifique estas condiciones.
- **Circuncisión:** Se cubren los gastos erogados por circuncisión y sus complicaciones.

Coberturas Adicionales

a) Pago de Complementos

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos médicos que ocurran dentro de la vigencia de la presente póliza y sean consecuencia de una reclamación

inicialmente cubierta y pagada por otra Compañía de Seguros distinta a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V., contratada bajo la misma razón social que aparece en la carátula de la póliza. La Compañía de Seguros que emitió la póliza de la vigencia anterior deberá estar autorizada para operar el Seguro de Gastos Médicos conforme a la legislación vigente aplicable. Esta cobertura queda amparada mediante lo señalado en el **Endoso de Pago de Complementos**.

Solamente se cubrirán los gastos médicos complementarios erogados dentro de la República Mexicana, por lo tanto, aun cuando se tenga contratada la Cobertura en el Extranjero, **no se cubrirán los gastos médicos complementarios que se eroguen en el extranjero.**

b) Cobertura de Preexistencia

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía cubrirá los padecimientos preexistentes con base en la modalidad que el Asegurado elija:

- Cobertura Amplia: Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de padecimientos preexistentes a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza y en el certificado individual correspondiente.
- Cobertura con Periodo de Espera de 1 año: Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de padecimientos preexistentes un año después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza y en el certificado individual correspondiente.
- Cobertura con Periodo de Espera de 2 años: Esta modalidad permite cubrir los gastos médicos o quirúrgicos a consecuencia de padecimientos preexistentes dos años después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza y en el certificado individual correspondiente.

La suma asegurada para esta cobertura es igual a la suma asegurada de la Cobertura Básica indicada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente. Aplica el deducible y coaseguro contratados en la póliza.

Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad con que pueda contar el Asegurado.

No se considerarán como padecimientos preexistentes aquellos gastos que sean complementos de un siniestro reclamado con anterioridad en esta Compañía u otra aseguradora.

c) Eliminación de Deducible por Accidente

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía exenta al Asegurado del pago del Deducible contratado en caso de un accidente cubierto, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$3,000 (tres mil pesos 00/100 M.N.).

d) Emergencia en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, se cubre la urgencia médica real al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánico funcional súbita, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Se entenderá por Enfermedad Aguda y/o urgencia médica, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 60 días.

Esta cobertura dejará de surtir efecto en el momento en que el estado de salud del paciente se reporte como estable y pueda ser trasladado para continuar su tratamiento dentro de la República Mexicana.

Alcance de la cobertura

Suma Asegurada: \$300,000 USD*

Deducible: \$50 USD* de la Suma Asegurada contratada

*USD: Dólares americanos

En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una urgencia, deberá solicitar la autorización de la Compañía telefónicamente, al Centro de Atención Telefónica, para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al Centro de Atención Telefónica dentro de las 24 horas de producido el evento, a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Los gastos por concepto de cuarto y alimento del hospital o sanatorio, se limitarán al costo correspondiente a cuarto semi-privado.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cobertura es independiente de la contratada en la protección básica y será efectiva durante la vigencia de la póliza y/o del certificado individual correspondiente.

Exclusiones Particulares de la Cobertura de Emergencia en el Extranjero:

- 1. Traslados debido a lesiones y/o enfermedades leves tales como gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etcétera, que no puedan ser consideradas como una enfermedad aguda y/o urgencia médica en los términos definidos.**
- 2. Todo gasto erogado por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo, cuando se tenga más de 5 meses de gestación.**
- 3. Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**
- 4. Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador; lesiones sufridas como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval, o policiaco; o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones; o a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole.**

5. Incidentes que involucren el uso de drogas, a no ser que sean recetadas por un médico.
6. Situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que impidan acceder a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia.
7. Emergencias que se presenten después de 60 días de iniciado el viaje.
8. Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleve a cabo en el extranjero.
9. Servicios de enfermera(o) fuera del hospital.
10. Tratamientos de rehabilitación.
11. Padecimientos preexistentes.
12. Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.

e) Cobertura en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios erogados fuera de la República Mexicana por accidente o enfermedad cubierto, ocurridos durante la vigencia de la póliza y/o certificado individual correspondiente, a los asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana. Los gastos erogados fuera de la República Mexicana, se reembolsarán en pesos (Moneda Nacional) al tipo de cambio que haya publicado el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de haberse verificado el pago por los servicios, previa presentación de notas y facturas a la Compañía, a nombre del Asegurado, una vez descontado el deducible y coaseguro correspondiente.

No procederá el siniestro cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor de seis meses en el extranjero.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

1. Las descritas en el apartado de Exclusiones.
2. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
3. Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en hospital o sanatorio.
4. Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas.
5. NO se cubren gastos por los cuales NO se presente un voucher de pago o estado de cuenta bancario que demuestre la aplicación de un cargo por un proveedor de servicios en el extranjero. Es decir, NO se consideran facturas a los estados de cuenta o balances otorgados por el prestador de servicios.

Para esta cobertura, aplicarán las siguientes condiciones (para las demás coberturas subsistirán inalterados los términos y condiciones en los que originalmente se expidió la póliza)

Suma Asegurada	Igual a la contratada en territorio nacional
Deducible	El deducible básico contratado para territorio nacional incrementado en un 50%
Coaseguro	Ocho puntos porcentuales adicionales al contratado en el país

f) Cobertura Dental

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en la póliza, se obliga a prestar los servicios dentales de acuerdo a lo señalado en el **Endoso de Cobertura Dental**.

g) Cobertura de Visión

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía a través del Prestador de Servicios de Visión que se establece en la póliza, se obliga a prestar los servicios de visión de acuerdo a lo señalado en el **Endoso de Cobertura de Visión**.

h) Indemnización por Hospitalización

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, la Compañía pagará al Asegurado, una indemnización por hospitalización de conformidad con lo señalado en el **Endoso de Indemnización por Hospitalización**, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado cuando menos dos días completos de manera continua e ininterrumpida, por prescripción médica a causa de un accidente o enfermedad cubierto. Esta cobertura es adicional e independiente a cualquier otra cobertura que ampare al Asegurado. La cobertura de esta póliza se otorga una sola vez durante la vigencia de la misma, es decir, se cubre el primer evento reportado por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado se encuentre hospitalizado y fallezca durante la hospitalización y tenga derecho a la indemnización conforme a lo estipulado en el párrafo anterior, ésta se pagará al(os) beneficiario(s) designado(s) por éste.

Si no se hubiera hecho designación de beneficiario(s), la indemnización corresponderá a la sucesión legal del Asegurado.

En el momento del pago de la indemnización se dará por terminada la cobertura para el Asegurado correspondiente.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

i) Conversión

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, cualquier Asegurado que cause baja de la colectividad asegurada, tendrá derecho a que, si lo solicita dentro de los treinta (30) 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, sin requerírsele para ello pruebas de asegurabilidad, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía. La Compañía

reconocerá la antigüedad que haya logrado en su seguro colectivo siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la baja del seguro.

Las condiciones de cobertura de la Póliza Individual, serán las que más se asemejen a las condiciones de la Póliza Colectiva, sin embargo, nunca podrán ser mayores.

Las reclamaciones procedentes que se presentaron durante su cobertura en la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos, quedarán cubiertos en la nueva póliza individual de conversión aplicando los límites, deducibles y coaseguros especificados en las condiciones generales, cláusulas generales y endosos de la póliza en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

La presente cobertura no aplicará en caso de despidos masivos, quiebra del Contratante y/o disolución de sociedades.

III.EXCLUSIONES

- 1. Padecimientos Preexistentes, salvo que se tenga amparada la cobertura de preexistencia.**
- 2. Padecimientos congénitos de cualquier tipo y Prematurez, salvo los especificados en el inciso 24) Padecimientos Congénitos e inciso 25) Maternidad de la cobertura básica.**
- 3. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de éstos.**
- 4. Planificación Familiar Definitiva.**
- 5. Gastos originados por el embarazo de una Asegurada, por la atención del parto, cesárea, o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, cuando la Asegurada tenga una antigüedad menor a 10 meses en la póliza, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo(a) de ésta.**
- 6. Abortos y legrados punibles.**
- 7. Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**
- 8. Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
- 9. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura adicional de visión.**
- 10. Estudios de gabinete para tratamientos de Ortodoncia.**
- 11. Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a**

consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.

12. Terapia de lenguaje y de voz de cualquier tipo.
13. Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.
14. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
15. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
17. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, y vegetarianos o cualquier tipo de medicina alternativa.
18. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.
19. La compra y/o renta de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, así como cualquier tipo de órtesis similar.
20. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.
21. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de su prescripción.
22. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula, maxilar o articulación temporomandibular, incluyendo síndrome de A.T.M., desórdenes cráneo mandibulares, así como todo tipo de cirugía ortognática, malformaciones del desarrollo de los maxilares, como son la laterognacia, protusión, hipoplasia maxilar o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
23. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.
24. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.
25. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.
26. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.
27. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquéllas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
28. Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o

psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos del sueño, la conducta y el aprendizaje salvo los mencionados en el inciso 18) Terapia Psiquiátrica o Psicológica de la cobertura básica.

29. Adquisición de aparatos auditivos.
30. Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el inciso 20) Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera de la cobertura básica.
31. No se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación, cesárea o parto, como son: consultas, ultrasonidos, exámenes de laboratorio y/o gabinete.
32. No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).
33. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como "check up"
34. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
35. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.
36. Los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, cremas, jabones, etc. Así como renta de películas, estacionamiento, habitaciones diferentes a las indicadas en este documento.
37. Artículos de curación, fuera del hospital tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.
38. Equipo de riñón artificial para uso personal.
39. Los gastos erogados por el donador de órgano a consecuencia de complicaciones o secuelas derivadas de la misma donación.

- 40. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.**
- 41. Atención médica en el extranjero, salvo que se contrate la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero y/o Cobertura en el Extranjero.**

Esta póliza no cubre gastos médicos en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:

- 42. Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- 43. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.**
- 44. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.**
- 45. Práctica profesional de cualquier deporte.**
- 46. Epidemias declaradas oficialmente.**
- 47. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.**

IV. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO

1. OBJETO DEL SEGURO

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurre en cualesquiera de los gastos cubiertos por la póliza, la Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando ocurra durante el periodo de cobertura del Asegurado y la póliza y/o el certificado se encuentren en vigor al momento del accidente y/o enfermedad, finalizando la obligación según lo indicado en la cláusula Periodo de Beneficio.

2. CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, los cuestionarios para la evaluación del riesgo en su caso, el registro de Asegurados, las condiciones generales, la carátula de la póliza, los certificados individuales y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del contrato de seguro.

3. PERIODO DE BENEFICIO

La Compañía pagará los gastos por cada accidente, enfermedad o padecimiento cubierto, ocurridos durante la vigencia de la póliza y/o del certificado individual correspondiente, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del Asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

1. El agotamiento de la suma asegurada,
2. La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente, enfermedad o padecimiento que haya afectado al Asegurado,
3. Al término de 30 días posteriores a que concluya la vigencia o cancelación de la póliza y/o del certificado individual.

4. CONVENIO DE AUTOADMINISTRACIÓN

En caso de que el Contratante elija administrar la póliza, se establecerá un convenio entre éste y la Compañía en el cual se estipularán los procedimientos para llevar acabo las altas o bajas de Asegurados y su identificación. En este caso, el Contratante deberá entregar a la Compañía la información correspondiente y necesaria, a efecto de que ésta cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, y demás requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Operación y plan de seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra el vigor el seguro para cada Asegurado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

6. RENOVACIÓN

Este contrato se considerará renovado por periodos de igual duración, si dentro de los últimos veinte días hábiles antes del vencimiento de la póliza, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.

La Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron contratadas o en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que sean congruentes con los originalmente contratados, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato, por lo que la Compañía no podrá modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento de los Asegurados, ampliar los periodos de espera, reducir los límites de edad y solicitar requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por los Asegurados.

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

Por lo anterior, la Compañía dará a conocer al Asegurado, con al menos veinte días hábiles de anticipación los valores de la prima, deducible y coaseguros aplicables.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo expedido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

7. CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza y/o en el certificado individual correspondiente o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.
- b) Esta póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración alguna.
- c) Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

8. REHABILITACIÓN

En el caso que este contrato de seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes al término del periodo de gracia, debiendo pagar la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y rehabilitación vigentes.

En ningún caso la Compañía cubrirá siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la póliza, así como accidentes enfermedades o padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

9. EDAD

Los límites de edad de aceptación para nuevos Asegurados son hasta los 64 años. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza. Para este contrato de seguro no existe un límite de edad para la renovación.

La Compañía podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: Acta de nacimiento, pasaporte o credencial de elector. La Compañía anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si la edad declarada sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante la diferencia entre la Prima Pagada y los gastos de adquisición de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, la Compañía devolverá al Contratante la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, 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.

- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la póliza.
- e) En caso de que la Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

10.RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

11.MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

Altas

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

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

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

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar, el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante con al menos cinco días hábiles de anticipación, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la 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.

12.PRIMA

Importe. - El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. Esta se calculará de acuerdo a la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Vencimiento. - La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada periodo pactado. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Forma de pago. - Las partes convienen que el periodo de pago de primas podrá ser de forma anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

Periodo de gracia o Plazo de pago de prima. - A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de treinta días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Ajuste de Primas. - En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro, emitiendo el recibo correspondiente.

Pago de prima. - El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, retenciones vía nómina, etc. El estado de cuenta o recibo donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

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

13. COMISIONES

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a

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

14. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente del que conste en la Carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Compañía.

15. RECTIFICACIONES

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

16. MODIFICACIONES

Cualquier modificación del presente contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Dichas modificaciones deberán estar registradas mediante endoso ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (C.N.S.F.).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

17. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable en aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan sido dadas de alta después de los treinta días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

18. SINIESTROS

Pagos improcedentes: Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso: La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la

presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica o bien si tomo la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios.

Es obligación del Asegurado, dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación del gasto efectuado quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

1. Aviso de accidente o enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado.
2. Informe Médico: El documento será requisitado por él o (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.
3. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
4. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
5. Las facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico Tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.) o en su defecto estar a nombre del Contratante y/o Asegurado Titular.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dichos complementos.

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras (os) titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

No se hará por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración. El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el Gasto Usual y Acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios. La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a que se le compruebe a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

19. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo padecimiento, ajustándolos a los límites y condiciones establecidas en el contrato de seguro.
- b) A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo con el porcentaje y coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.
- c) El Deducible, y el Coaseguro, así como sus límites citados en el contrato de seguro se aplicarán para cada accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.
- d) La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda el monto que proceda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se reciba todas las pruebas y documentos completos requeridos para fundamentar la reclamación.

20. NIVEL HOSPITALARIO

Este producto se basa en un esquema hospitalario de diferentes niveles. El nivel hospitalario contratado para la póliza se encuentra indicado en la carátula de la misma y en el certificado individual correspondiente.

En caso de que el Asegurado sea atendido en un hospital de nivel distinto al contratado, el coaseguro de los gastos hospitalarios se modificará de la siguiente manera:

- Si el hospital tiene un nivel menor al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales por cada nivel del coaseguro contratado.
- Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado el coaseguro se incrementará en 25 puntos porcentuales por cada nivel del coaseguro contratado

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por coaseguro, ésta se eliminará en el momento en que el Asegurado se atienda en un hospital de nivel mayor al contratado. Por lo tanto se aplicará el coaseguro contratado en la póliza.

21. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión de la póliza.

22. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen los mismos.

23. INTERESES MORATORIOS

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de

Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

24. SUBROGACIÓN

La Compañía, una vez que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo 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 el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de 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.

25. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el

Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado.

26. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

27. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS.

En los términos de esta póliza queda entendido que el Asegurado y/o beneficiario, al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de la salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el Asegurado y/o beneficiario, por lo que la Compañía no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier cobertura adicional contratada.

28. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención 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, en términos de los artículos 50 BIS y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

29. REGIMEN FISCAL

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

30. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- c) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

Todos los movimientos se deberán informar a la Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, la Compañía podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ello.

31. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

“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 26 de septiembre de 2018, con el número CNSF-H0711-0037-2018/CONDUSEF-003842-01”

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico atencionaclientes@sisnova.com.mx, o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 18:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.