

SEGUROS



Medic Máster Seguro de Gastos Médicos Mayores
Colectivos Experiencia Propia sin Participación de Utilidades

Condiciones generales

AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de solicitar el acceso a sus datos personales, Seguros SURA podrá cumplir con dicha obligación mediante cualquier medio físico, o electrónico.

Cookies en nuestra página de Internet

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. Las siguientes ocasiones que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la Cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su Cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una Cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las Cookies expiran después de un período determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en el que desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una Cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

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

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

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

Fecha de última modificación: Septiembre 2016

Apreciable Cliente:

En Seguros SURA estamos comprometidos en brindarle el mejor servicio esperando con esto cumplir con sus expectativas de calidad y satisfacción, ya que lo más importante para nosotros es su tranquilidad.

Es un placer tenerlo como cliente y nos complace informarle que usted esta respaldado con 72 años de experiencia en el mercado asegurador, por lo tanto puede sentirse tranquilo y confiado de que siempre le brindaremos la mejor protección.

Nuestra amplia experiencia en el mercado nos permite ofrecer un servicio de calidad, garantizándole el mejor respaldo para hacer frente a los momentos más difíciles.

Ponemos a su disposición seguros de:

- **Empresa**
- **Auto**
- **Transporte**
- **Construcción**
- **Hogar**
- **PyME**
- **Responsabilidad Civil**
- **Vida**
- **Accidentes Personales**
- **Gastos Funerarios**
- **Programa Escolar**
- **Agrícola**

Lo invitamos a que conozca sus Condiciones Generales para saber más a detalle todos los beneficios con los que cuenta a partir de este momento.

Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros, para dudas o comentarios, contacte a su Agente de Seguros quien con gusto lo atenderá o llámenos al **01 800 00 83 693**.

Protege en un solo lugar lo más valioso de tu vida.

Atentamente
Seguros SURA

AVISO IMPORTANTE

El Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, determina que si la Prima o la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades, no ha sido pagada dentro de los 30 días naturales posteriores a la iniciación de la vigencia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente.

La fecha de pago, es aquella en la que el Asegurado, entera el importe de la Prima, bien a la Compañía o a los conductos de recepción de pago autorizados por esta.

Gracias por su pago oportuno.

Seguros SURA S. A. de C. V.

CONTENIDO	Página
I. DEFINICIONES	7
II. CLÁUSULAS GENERALES	16
III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	34
IV. EXCLUSIONES	39
V. COBERTURAS ADICIONALES	42
VI. COBERTURAS BAJO CONVENIO EXPRESO	44
VII. TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	45

Seguros SURA S.A. de C.V. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía), de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales contenidas en esta Póliza, y en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y/o Solicitante de este Seguro (que en lo sucesivo se denominará el Asegurado), y que constituyen las bases de este Contrato, otorga a la persona física o moral que se señala en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de la misma, cobertura contra los riesgos que a continuación se expresan, siempre que en la carátula de la Póliza aparezcan como amparados.

Sin texto

Seguros SURA, S.A. de C.V. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía), de acuerdo con las Condiciones Generales y Especiales contenidas en esta Póliza y en consideración a las declaraciones hechas por el solicitante de este Seguro (que en lo sucesivo se denominará el Contratante) que constituyen las bases de este Contrato, otorga las coberturas a la personas físicas que cumplan con los requisitos de elegibilidad y que forman parte de la Colectividad, contra los riesgos que a continuación se expresan.

I. DEFINICIONES

ACCIDENTE CUBIERTO

Toda lesión corporal sufrida por el asegurado dentro del periodo de vigencia de la Póliza por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que los gastos sean erogados dentro de los primeros diez días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente. (Pasados los diez (10) días, de no haber efectuado gasto alguno por concepto de Accidente, será considerado como Enfermedad).

Todas las lesiones corporales sufridas por el asegurado en un accidente o de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo Accidente y un solo evento.

No se consideran Accidentes las lesiones autoinfringidas

ANTIGÜEDAD

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una Póliza de Gastos Médicos Mayores emitida por una Compañía de Seguros legalmente constituida en México.

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

ASEGURADO

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

ASEGURADO TITULAR

Persona que tiene relación contractual con el Contratante y pertenece a la colectividad asegurada.

BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS

Es el monto base al cual se aplicarán los porcentajes indicados en el tabulador de intervenciones quirúrgicas, el monto resultante corresponderá al monto máximo a pagar o reembolsar por dicha intervención o procedimiento.

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Documento que forma parte de la póliza en el que se especifica para cada uno de los asegurados la vigencia, relación de beneficios amparados, límites máximos de responsabilidad de la Compañía, deducibles, coaseguros.

C.N.S.F.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

COASEGURO

Está especificado en la carátula de la póliza y en el certificado respectivo y es la participación del asegurado en el monto de la reclamación a reembolsar y se aplica después de haber descontado el Deducible, este procedimiento aplicará cada vez que se presenten gastos complementarios al mismo padecimiento o Enfermedad.

CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA

El Contrato o la Póliza de seguro está constituido por:

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

- e. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f. Los certificados individuales para cada asegurado.

COLECTIVIDAD

Es cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de seguro y que han cumplido con los requisitos que se establecen en cada caso para quedar asegurados. Puede estar conformada por:

1. Titular: Es el personal activo o la persona que mantiene el vínculo o interés común con los demás miembros de la colectividad.
2. Cónyuge: Esposa(o) del titular o concubino(a)
3. Hijos: Dependientes económicos hasta la edad de 28 años cumplidos.

CONDICIONES ESPECIALES DE CONTRATACION

Son todas aquellas descripciones que se refieren únicamente a los riesgos que se aseguran en esta póliza.

CONDICIONES GENERALES

Son todas aquellas descripciones y principios básicos que establece la Compañía y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de Seguro.

CONTRATANTE

Es aquella persona física o moral responsable ante la Compañía, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas, quien además se compromete a realizar el pago de las primas.

DEDUCIBLE

Está estipulado en la carátula de la póliza y en el certificado correspondiente y es la participación del asegurado en el monto de la reclamación a reembolsar por cada Accidente o Enfermedad amparados. Para que una Enfermedad o Accidente sea amparado, el monto de reclamación deberá rebasar el monto del Deducible contratado.

El Deducible se aplicará antes que el coaseguro y por evento, a partir de la fecha del primer gasto del siniestro amparado.

DEPENDIENTES

Aquellas personas que dependen económicamente del asegurado Titular. Para efectos de esta Póliza y mientras cumplan con las edades definidas de aceptación, podrán ser consideradas como Dependientes del asegurado Titular, las siguientes personas:

1. El Cónyuge o concubino que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.
2. Los hijos del Asegurado Titular hasta los 28 años de edad, siempre y cuando se encuentre estudiando en Institución Educativa debidamente registrada.

ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Es el beneficio que la Compañía otorga con base al tiempo durante el cual el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra aseguradora, la cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir el periodo de espera de los padecimientos descritos en la cobertura básica.

EMERGENCIA MÉDICA

Aparición repentina de una alteración de la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de Síntomas agudos que ponen en peligro la vida del asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y por lo tanto que el asegurado requiera de atención médica inmediata.

ENDOSO

Documento que forma parte de la póliza, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD CUBIERTA

Es la alteración en la salud del Asegurado, que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo, siendo un estado anormal fisiológico del organismo, ya sea en el funcionamiento de un órgano, sistema o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables, diagnosticado por un médico profesional independiente legalmente autorizado.

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

No se consideraran como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.

EVENTO

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

GASTO USUAL O UCR (Usual, Customary & Reasonable)

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

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

HONORARIOS MÉDICOS

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los asegurados y que la Compañía pagará de acuerdo al Tabulador contratado, el cual forma parte de este contrato de seguro.

HOSPITAL

Cualquier Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, en el país donde se encuentra establecido.

HOSPITALIZACIÓN

Permanencia del Asegurado en forma continua y por un periodo mayor a 24 horas en un Hospital, clínica o sanatorio. Dicho periodo se contará a partir de que el asegurado ingrese como paciente interno.

LA COMPAÑÍA

Se refiere a Seguros SURA, S.A. de C.V.

MÉDICO

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

NIVEL HOSPITALARIO

Corresponde a los hospitales a los cuales puede tener acceso el asegurado, de acuerdo al plan contratado, sin un incremento en deducible o coaseguro pactado. Puede ser nivel A, B o C, siendo A el de mayor nivel.

En caso de tener un plan contratado con nivel B y el Asegurado acude a un hospital de nivel A, se aplicará doble deducible y doble coaseguro. En caso de tener un plan contratado con nivel C y el Asegurado acude a un hospital de nivel B, se aplicará doble deducible y doble coaseguro; en caso de que al Asegurado acuda a un hospital de nivel A se aplicará triple deducible y triple coaseguro.

PADECIMIENTO

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

PADECIMIENTO O MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Entendiéndose como tales, aquellos con los que se nace o que se contrae en el seno del útero materno.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato:

- a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- b) El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione 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, es decir, no podrá aplicar la cláusula de preexistencia.

PAGO DIRECTO

Pago que realiza en forma directa la Compañía al prestador de servicios, por la atención médica de un Accidente o una Enfermedad cubiertos. Este pago sólo aplicará cuando:

- i) El asegurado sea atendido por Médicos y Hospitales pertenecientes a la Red de proveedores de la Compañía o cuando sea atendido por Médicos u Hospitales que aunque no pertenezcan a la Red Médica se ajusten a los Tabuladores de la Compañía, y
- ii) Se dé una atención intra-hospitalaria de al menos 24 horas consecutivas.

Dicho pago estará sujeto a los Tabuladores pactados por la compañía con el prestador del servicio médico, de acuerdo a las zonas geográficas.

PERIODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta o antigüedad reconocida del asegurado para que se puedan cubrir ciertos padecimientos.

PERIODO DE CARENCIA

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

PRIMA

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

PRIMER GASTO

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

PROGRAMACION DE CIRUGIA

Autorización previa a la hospitalización que el Asegurado recibe por escrito por parte de la Compañía para la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico cubiertos por la póliza.

RECLAMACIÓN

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

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Es reconocimiento que otorga la Compañía a la antigüedad generada por un asegurado con otras compañías de seguros, previo acuerdo y constará en la carátula de la póliza. La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas Condiciones Generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna. En ningún caso se cubren padecimientos preexistentes.

RED HOSPITALARIA

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

RENOVACIÓN

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

REEMBOLSO

Restitución por parte de la Compañía de los gastos erogados por el asegurado y procedentes a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto. La compañía reintegrará al asegurado la suma que resulte después de aplicar el deducible y coaseguro correspondiente, ajustándose a los límites y condiciones de este seguro.

SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL

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

SEGUNDA OPINION MÉDICA

Opinión que puede ser requerida por el asegurado o por la compañía en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico, el cual se otorgará por medio de médicos especialistas certificados que no participen de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que serán designados por la Compañía.

SIGNO

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

SÍNTOMA

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

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

Es la facultad que tiene la Compañía de sustituirse hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o sus Dependientes, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

SUMA ASEGURADA

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

TABULADOR DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Relación de porcentajes máximos que pagará la Compañía por reembolso por los distintos procedimientos quirúrgicos, que están en función a la base de Honorarios Quirúrgicos que aparece en la carátula de la póliza.

II. CLÁUSULAS GENERALES

OBJETO DEL SEGURO

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

CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la Solicitud de Seguro, esta Póliza, las Cláusulas adicionales, las Condiciones Generales y los Endosos que se agreguen, constituyen testimonio del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía. Bajo el mismo quedarán amparados todos los Asegurados que integren esta Póliza.

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 (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

La Compañía tendrá la obligación de expedir, a solicitud y costa del asegurado o beneficiario, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta.

VIGENCIA

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este Contrato será de un (1) año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la Póliza. Tratándose de la vigencia de los certificados, la misma se especificará en cada uno de ellos.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

NOTIFICACIONES

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

PRESCRIPCIÓN

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

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

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

MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sea por parte del contratante o de la Compañía, se harán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente a la fecha de pago. Los pagos se harán en las oficinas de la Compañía. Cuando los gastos se eroguen en moneda extranjera, el tipo de cambio considerado, será el que corresponda al dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se hayan efectuado los mismos.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Compañía, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se le pregunten, tal como los conozcan o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato. La omisión o inexacta declaración de la información que consta en la Solicitud, aún cuando éstos no hayan influido en la realización del siniestro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en caso de que el Contratante, asegurado o el representante de estos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionada con el siniestro.

EDAD

Las edades de aceptación para este Seguro son a partir de los treinta (30) días de nacido y hasta los sesenta y cuatro (64) años. Los Hijos de los Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, sujeto a lo establecido en la cláusula de ALTA DE ASEGURADOS.

En caso de renovación, ésta podrá efectuarse, tratándose del Asegurado y su Cónyuge o Concubinario o Concubina, hasta la edad de sesenta y nueve (69) años, y para los Hijos hasta los veintiocho (28) años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario.

INEXACTA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

1) La Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real del asegurado al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso, el seguro será rescindido y la Compañía devolverá al Contratante la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer este hecho.

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

a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora 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;

b) Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Para los cálculos arriba señalados, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

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

PRIMA

El monto de la prima de esta Póliza es la suma de las primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la Póliza, basada en la Suma Asegurada, el sexo y la edad de cada Asegurado. En cada renovación se revisarán las primas obtenidas, conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas, de acuerdo con la Suma Asegurada contratada y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados.

FORMA DE PAGO

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de tiempo de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento que corresponda.

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

Para los pagos subsecuentes al primero, en caso de pago fraccionado, el Contratante deberá efectuar el pago de prima al inicio de cada periodo pactado.

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

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

El pago de la prima se efectuará contra entrega del recibo correspondiente, en cualquiera de las oficinas de la Compañía o bien en las sucursales de los bancos que se indiquen al reverso del recibo.

PERIODO DE GRACIA

El Contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales, contados a partir del vencimiento del periodo pactado, para liquidar el total de la prima o la primera fracción de ella. A las doce horas del último día del periodo de gracia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada, perdiendo los Asegurados todos los derechos de antigüedad que tenía la Póliza, salvo que la póliza sea rehabilitada en los términos de la cláusula respectiva.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Para efectos de este contrato, se entenderá como agravación del riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, aumentando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo. Una Agravación del Riesgo, implica la pérdida del derecho a ser indemnizado bajo cualquier cobertura de esta póliza, si dicha agravación resulta esencial, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53, fracción I de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Se presumirá que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiere conocido una agravación análoga.

OCUPACIÓN

Si durante la vigencia de este contrato de seguro el asegurado cambia de ocupación por una de mayor riesgo, deberá avisar por escrito a la Compañía. Esta se reserva el derecho de extender el riesgo al que se expone por dicha ocupación, o bien incluir condiciones especiales para la aceptación del mismo, ya sea mediante pago de extraprima o aplicar exclusiones particulares.

RESIDENCIA

Únicamente estará amparado en este contrato los asegurados que tengan su residencia permanente en la República Mexicana. El contratante y/o asegurados tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de sus dependientes económicos en caso de que estos no vivan en el mismo domicilio del titular.

En caso de que el asegurado permanezca en el extranjero por mas de 3 meses continuos deberá informar tal situación a la Compañía.

PERIODO DE BENEFICIO

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

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

RENOVACIÓN

Esta Póliza se renovará previa aceptación de la Compañía, siempre que se reúnan los requisitos de la normatividad vigente a la fecha de vencimiento de la póliza y el contratante haya solicitado a la Compañía la renovación de la póliza dentro de los últimos 20 días naturales de la vigencia de la póliza.

El incremento en prima que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a la nota técnica registrada ante la C.N.S.F de acuerdo con la inflación médica anual, edad alcanzada de los asegurados y sexo.

Si la póliza se renueva manteniendo los mismos términos y condiciones en lo que corresponde a deducible, coaseguro, suma asegurada, nivel hospitalario y base de honorarios quirúrgicos, se continuará pagando los gastos procedentes de los siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto con base al plan vigente en el momento del primer gasto.

Si la póliza se renueva con cambios en alguno de los conceptos de deducible, coaseguro, suma asegurada, nivel hospitalario y base de honorarios quirúrgicos se continuará pagando los gastos procedentes de los siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto con las condiciones de suma asegurada, nivel hospitalario y base de honorarios quirúrgicos menores y deducible, coaseguro mayores de ambos planes.

EN EL CASO DE QUE EL CONTRATANTE DECIDA NO RENOVAR ESTA PÓLIZA Y CONTRATAR CON OTRA INSTITUCIÓN EL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES DE ESTA COLECTIVIDAD, DICHO CAMBIO PODRÍA TRAER IMPLICACIONES ECONOMICAS A LOS ASEGURADOS, YA QUE LA NUEVA ASEGURADORA NO ESTÁ OBLIGADA A CUBRIR GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES O AFECCIONES OCURRIDAS DURANTE EL PERIODO EN QUE SE ENCONTRARON CUBIERTOS POR ESTA COMPAÑÍA.

PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

Este producto no otorga participación de utilidades.

TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del Contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito que dirija el Contratante y/o Asegurado a la Compañía, en cuyo caso, ésta devolverá, a quien haya pagado, la prima de tarifa no devengada a la fecha en que surta efecto la terminación del seguro, previa disminución del costo de adquisición total pagado por La Compañía por la intermediación de este seguro.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

En caso de siniestro, la Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado o a sus Dependientes.

El Asegurado o sus Dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con la Compañía para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado o sus Dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

La falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por hechos u omisiones del Asegurado o sus Dependientes se impide la subrogación, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

REHABILITACIÓN

En caso de que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia, la cual estará sujeta a la revisión y aceptación de la Compañía y conforme a las siguientes condiciones:

- a) En caso de rehabilitación se respetará la antigüedad de cada Asegurado y Dependientes.
- b) Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato, es necesario que el Contratante o Asegurado cubra la prima en descubierto, desde la fecha de vencimiento del periodo de seguro.
- c) En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro, desde las 12:00 horas de la fecha de pago.
- d) Esta Póliza no podrá ser rehabilitada más de dos (2) ocasiones dentro de un mismo periodo de seguro.

El pago de la prima correspondiente después del periodo de gracia no es garantía de la rehabilitación de la póliza, que queda sujeta a la aceptación por parte de la Compañía.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha de rehabilitación del contrato.

OBLIGACIÓN DEL CONTRATANTE

Es obligación del Contratante dar aviso por escrito o remitir información a la Aseguradora dentro de los diez días hábiles siguientes a que opere el cambio, respecto de lo siguiente:

- I.- Ingreso a la Colectividad de nuevos integrantes,
- II.- La separación definitiva de Integrantes de la Colectividad,
- III.- Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

ALTA DE ASEGURADOS

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan sido dadas de alta dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas en las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad 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 que hayan sido dadas de alta después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieren adquirido el derecho de formar parte de la misma, 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 asegurarlas, 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.

La Compañía, mientras se encuentre en vigor esta Póliza, incluirá a las personas que se integren a la Colectividad, para lo cual será requisito indispensable la solicitud por escrito del Contratante. El incumplimiento de esta solicitud traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados que aparezcan en el Registro de Asegurados.

Los Hijos de los Asegurados que nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde el nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas siempre y cuando la madre tenga al menos 10 meses continuos de cobertura en la póliza al momento del nacimiento. Del nacimiento se deberá dar aviso inmediatamente, para su inclusión en el Seguro, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del evento, de lo contrario, su aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad que solicite la Compañía para tal efecto. Asimismo, el Asegurado podrá dar de alta a su Cónyuge o Concubino o Concubina, el que podrá quedar cubierto desde la fecha que se reciba aviso por escrito del Contratante, debiendo presentar la solicitud y en caso de ser necesario el examen médico correspondiente. En ambos casos, la cobertura entrará en vigor al momento de la aceptación por escrito de la Compañía.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente.

BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad, 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.

La notificación para dar de baja a cualquier asegurado deberá ser por escrito y firmada por el asegurado titular o por el Contratante.

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

Se dará de baja de la cobertura de esta Póliza, tratándose del Asegurado y su Cónyuge o Concubino o Concubina, hasta la edad de sesenta y nueve (69) años, y para los Hijos hasta los veintiocho (28) años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario

REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía mantendrá un registro de Asegurados, el cual contendrá los siguientes datos:

- a) Nombre completo, fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad.
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla.
- c) Fecha en que entren en vigor los seguros de cada uno de los miembros de la Colectividad y fecha de terminación de los mismos.
- d) Número del certificado individual.
- e) Coberturas amparadas.

CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto de este seguro sea otorgar una prestación laboral y haya un cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta (30) 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.

TRÁMITE DE RECLAMACIONES

La Compañía sólo pagará los honorarios de enfermeras y médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que no sean parientes directos del Asegurado. La Compañía sólo pagará los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales privados, no se dará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquier otros semejantes en donde no se exija contraprestación.

La Compañía podrá nombrar a alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones y la procedencia de los honorarios y gastos realizados. Los Asegurados autorizan a todos los hospitales y a todos los médicos que los hubieren tratado, para dar información a la Compañía o persona designada por ésta, y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma, para la comprobación del diagnóstico, en caso necesario o de duda. Si el Asegurado no se somete a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

PAGO DE RECLAMACIONES

Las reclamaciones que resulten procedentes serán cubiertas al Asegurado en los términos del presente Contrato, serán pagaderas en las oficinas de la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas que fundamenten la reclamación que la Compañía haya solicitado, siempre y cuando se trate de reembolso.

En caso de Enfermedad, cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el Contrato.
- b) A la cantidad resultante se descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje máximo establecido en la carátula de la póliza y certificado respectivo. El coaseguro establecido aplicará siempre y cuando el cliente sea atendido por Médicos y Hospitales de la Red de la Compañía, en caso contrario, el coaseguro a aplicar será del 35%. En caso que se utilicen Médicos u Hospitales que no pertenezcan a la Red de la Compañía, pero dichos Médicos u Hospitales se ajusten al tabulador de la Compañía, se aplicarán el Deducible y el Coaseguro pactados en la carátula y certificado respectivo.
El Deducible, Coaseguro así como los límites citados en el Contrato se aplicarán para cada Enfermedad cubierta

En el caso de Accidentes cubiertos no aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se en los hospitales de la Red del nivel hospitalario contratado. En caso de atenderse en un nivel hospitalario mayor aplicará deducible de \$5,000 y coaseguro de 15% de coaseguro. En caso de no atenderse con los prestadores establecidos en la Red de la Compañía aplica un coaseguro de 35%.

El pago del IVA será cubierto por la Compañía. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del asegurado.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UNA RECLAMACIÓN

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

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar a la Compañía la realización del siniestro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas que para tal efecto se le proporcionen, requisitadas por cada uno de los médicos que intervinieron, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro documento que la Compañía juzgue necesario para la apreciación de la reclamación.

En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Los asegurados dentro de la presente Póliza, están en libertad de escoger los Hospitales o Sanatorios y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta cobertura; en el entendido de que los costos que asume la Compañía serán los consignados en la carátula de la póliza y certificado correspondiente, de acuerdo al plan contratado.

El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento o periodo de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo como un procedimiento cubierto por la póliza.

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

INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

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

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

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de Seguros, salvo tratándose de Seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

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

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

COMPETENCIA

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

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con la determinación de enfermedades preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La Compañía acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia. En este caso, se estará al laudo emitido en el arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita, vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

COMISIONES Y COMPENSACIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de 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 (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía, en un plazo máximo de 30 treinta días naturales posteriores a la fecha de contratación del seguro, le hará entrega al Contratante de la documentación relativa al contrato de seguro celebrado de todos los integrantes de la colectividad asegurada, la entrega se hará en el domicilio de la Compañía.

Lo anterior en el entendido de que en caso de ser inhábil el último día del plazo antes señalado la documentación se entregará a más tardar en el día hábil inmediato siguiente. El Contratante tendrá la obligación de entregar a cada uno de los Asegurados la documentación contractual recibida.

En caso de que el Asegurado no reciba la documentación mencionada en el párrafo anterior por parte del Contratante, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 01 800 723 7900, para que le sea enviada dicha documentación, ya sea a través del correo electrónico que indique el Asegurado o podrá acudir directamente a las oficinas de la Aseguradora con la finalidad de que se le entregue, sin costo alguno, un duplicado de la documentación de referencia.

RESPONSABILIDAD DE PRESTADORES DE LA RED MÉDICA

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado, al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, aun cuando se hayan seleccionado de la Red de la Compañía con la que la tenga celebrados convenios, asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que la Compañía no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

CAMBIO DE PLAN

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

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

Si los cambios en la póliza corresponde a los conceptos de deducible, coaseguro, suma asegurada, nivel hospitalario y base de honorarios quirúrgicos se continuará pagando los gastos procedentes de los siniestros ya abiertos en la Compañía por la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto con las condiciones de suma asegurada, nivel hospitalario y base de honorarios quirúrgicos menores y deducible, coaseguro mayores de ambos planes.

TERRITORIALIDAD

La presente póliza otorga cobertura respecto a los gastos erogados únicamente en Territorio Nacional.

III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza, cubre los gastos mencionados a continuación que se realicen como consecuencia de tratamientos indicados por un Médico, debido a algún Accidente o Enfermedad cubiertos por esta póliza.

El pago de la reclamación se efectuará de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de la Póliza y certificado respectivo, en el caso en que no se estipulen, será de acuerdo al costo promedio usual acostumbrado del Hospital para el plan contratado donde se realice el tratamiento o intervención.

1. HABITACIÓN HOSPITALARIA

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

2. SERVICIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

- a. Honorarios por Intervenciones Quirúrgicas. La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos, anesthesiólogos, ayudantes e instrumentistas, con el límite establecido en la carátula de esta Póliza y certificado respectivo. Si la Póliza está contratada con Tabla de Honorarios Quirúrgicos, al límite correspondiente por este concepto se le aplicará el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en dicha tabla, hasta por la cantidad máxima contratada por honorarios quirúrgicos que aparece en la carátula de la Póliza y certificado respectivo. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo se valorarán por similitud a las comprendidas en él.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en el mismo campo operatorio, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas hasta el límite establecido cuando su importe sea el mismo.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la Póliza se pagará únicamente la que esté cubierta.

Sin embargo, si por necesidad el mismo cirujano realizara otra intervención diferente a la efectuada en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados en el catálogo.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios a éste serán cubiertos al 100% de lo marcado en el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos.

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

b. Honorarios por Consultas Médicas Postoperatorias, las cuales quedará cubiertas hasta 15 días después de la intervención.

c. Honorarios del Anestesista con límite máximo del 30% del total pagado por los Honorarios de la Intervención Quirúrgica.

d. Honorarios del Ayudante con límite máximo del 20% del total pagado por los Honorarios de la Intervención Quirúrgica.

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

f. Gastos por Equipo de Anestesia.

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

h. Gastos originados por tratamiento de Radioterapia, Fisioterapia y Quimioterapia (indicados por un facultativo).

i. Gastos originados por consumo de oxígeno.

j. Medicamentos suministrados dentro del Hospital.

3. 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 de acuerdo a los límites establecidos en la carátula de esta Póliza y certificado respectivo, una diaria. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de honorarios quirúrgicos.

4. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios. Estos servicios en caso de ser necesarios, serán cubiertos por un periodo máximo de noventa (90) días.

5. PAGO DE MEDICAMENTOS

Medicamentos adquiridos fuera del Hospital, siempre que sean indicados por los médicos tratantes y se acompañe la factura de la farmacia con la receta.

6. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Análisis de laboratorio y estudios de imagen, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualquier otro necesario para diagnóstico médico, de Enfermedades o Accidentes cubiertos.

7. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

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

8. AMBULANCIA TERRESTRE LOCAL

Se cubre la transportación terrestre de emergencia médica a un Hospital local. Con los límites establecidos en la carátula de esta Póliza.

9. HONORARIOS DE ENFERMERA

Los honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea indicado por el médico tratante. Estos servicios en caso de ser necesarios, serán cubiertos por un periodo máximo de sesenta (60) días con tres (3) turnos por día. Con los límites establecidos en la carátula de esta Póliza.

10. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Gastos derivados por las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio DESPUÉS DE DIEZ (10) MESES de la contratación de la Póliza o de alta de la Asegurada (sólo titular, cónyuge o concubina de acuerdo a lo definido en dependientes):

- a) La intervención quirúrgica con motivo de embarazo extrauterino.
- b) Toxicosis gravídica o eclampsia.
- c) Mola hidatiforme (embarazo molar).
- d) Fiebre puerperal.
- e) Cesárea, siempre que ésta sea la primera en su historia clínica. Cubriendo sólo los gastos incurridos en la operación cesárea, ningún otro gasto anterior o posterior estará cubierto. Con los límites establecidos en la carátula de esta Póliza y certificado respectivo.

11. RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS

Entendiéndose como tales: muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermos, y otros aparatos semejantes para rehabilitar al enfermo, con los límites establecidos en la carátula de esta Póliza **(no cubre sillas de ruedas eléctricas)**.

12. TRATAMIENTO CON RADIO O TERAPIA RADIOACTIVA

13. DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS

Siempre que sea indicado por un Médico Especialista en Nefrología.

14. APARATOS DE PRÓTESIS

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

Quedará excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del Accidente y/o Enfermedad.

Quedará excluido cualquier aparato experimental o de duración limitada para la Enfermedad.

15. PADECIMIENTOS Y MALFORMACIONES CONGENITAS

A los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando la madre haya estado asegurada con la Compañía en forma ininterrumpida los últimos diez (10) meses.

16. ACCIDENTES CUBIERTOS

Son materia de esta Póliza los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el primer día y durante la vigencia de la Póliza.

17. ENFERMEDADES CUBIERTAS

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

18. ENFERMEDADES CUBIERTAS CON UN PERIODO DE ESPERA DE UN AÑO

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza, CUBRE A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO de Antigüedad del Asegurado afectado, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos:

- a. Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares.
- b. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.
- c. Tratamientos Ginecológicos.
- d. Tratamiento de litiasis de vías urinarias y vías biliares (incluyendo Litotripsias), siendo el límite de este tratamiento igual al límite de intervenciones quirúrgicas.
- e. Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides.

19. ENFERMEDADES CUBIERTAS CON UN PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS

El Contrato de Seguro contenido en esta Póliza CUBRE A PARTIR DEL TERCER AÑO de Antigüedad del Asegurado afectado, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos y procedimientos:

- a. Tumoraciones y fibrosis mamarias.
- b. Cirugías del piso perineal.
- c. Padecimientos ano-rectales.
- d. Hernias y eventraciones cualesquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco).
- e. Enfermedades de columna vertebral.

IV. EXCLUSIONES – RIESGOS NO CUBIERTOS

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

1. Accidentes o Enfermedades que se originen por participar en:

- a) Actividades militares y policíacas de cualquier tipo.
- b) Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.
- c) Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.
- d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo
- e) Uso de motocicletas u otros vehículos similares como go karts y jet ski, excepto cuando dicho uso es ocasional
- f) Vuelo sin motor y ultraligeros, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, hockey, equitación, box, lucha libre y greco-romana.
- g) La práctica profesional y amateur de cualquier deporte.

2. Gastos incurridos a consecuencia de:

- a) Padecimientos Preexistentes, salvo que se haya pactado su contratación.
- b) Tratamientos psiquiátricos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, ansiedad, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueran sus manifestaciones clínicas. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje y el lenguaje
- c) Trastornos del sueño, apnea y síndrome de fatiga crónica
- d) Tratamientos encaminados a corregir la disfunción sexual, incluyendo la eréctil.

- e) **Tratamientos relacionados con los defectos de nacimiento y enfermedades o malformaciones congénitas de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**
- f) **Afecciones propias del embarazo como: abortos, partos prematuros, normales o anormales, legrados cualesquiera que sean causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio; que no sean precisamente de las consignadas en esta Póliza en el inciso correspondiente a gastos cubiertos.**
- g) **Gastos por tratamientos de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura), excepto los que acontezcan a consecuencia de un Accidente Cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.**
- h) **Curas de reposo o exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de check-up.**
- i) **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico y para cambio de sexo.**
- j) **Tratamientos para calvicie.**
- k) **Tratamientos para corregir anorexia, bulimia y obesidad incluyendo bypass gástrico cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones, así como tratamientos dietéticos y complementos vitamínicos, fitofármacos, formulas lácteas.**
- l) **Padecimientos que resulten por alcoholismo o toxicomanías y aquellos accidentes ocasionados por culpa grave del Asegurado por encontrarse bajo el influjo de alcohol y/o drogas.**

- m) Cualquier cuidado, tratamiento o lesión autoinfligida e intento de suicidio, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- n) Tratamientos o intervención quirúrgica con el fin de corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo
- o) Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales.
- p) Aparatos auditivos e implantes cocleares
- q) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura de trompas y la vasectomía y su restitución funcional.
- r) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas derivadas de la Biología de la Reproducción, esterilidad, fertilidad, ni cualquiera de sus complicaciones, así como cualquier evento derivado de dicho tratamiento, incluyendo los embarazos y sus complicaciones que se den durante el periodo de tratamiento o durante los 12 (doce) meses posteriores a la suspensión del mismo.
- s) Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en el Hospital.
- t) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y sus complicaciones.
- u) Tratamientos quiroprácticos, de acupuntura, naturistas u otra medicina alternativa.
- v) Tratamientos médicos o quirúrgicos de hallux valgus.
- w) Tratamientos que no sean reconocidos por la práctica médica científica, tratamientos experimentales o de investigación, que no están regulados por NOM (Norma Oficial Mexicana), SSA (Secretaria de Salud / COFEPRIS)

- x) Compra de zapatos o plantillas ortopédicas y de todo equipo de rehabilitación como muletas, sillas de ruedas (manual o eléctrica), cama tipo hospital o aparatos similares, así como de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos y equipos externos para aplicación de medicamentos.
- y) Tratamientos preventivos o profilácticos (vacunas, fármacos, exfoliaciones).
- z) Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.
- aa) Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos propios de la edad (como la menopausia, andropausia, impotencia, osteopenia y osteoporosis, queratosis).
- bb) Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- cc) Tratamientos de Nariz y Senos paranasales derivados de causas estéticas.

V. COBERTURAS ADICIONALES

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente, la Compañía cubrirá las erogaciones que se originen por alguno de los riesgos que se a continuación se indican, de acuerdo a los límites establecidos en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos de esta Póliza. Dichas erogaciones estarán sujetas a lo estipulado en estas condiciones. **En caso de no contratarse se encuentran excluidos de la póliza. Aplican las mismas exclusiones de la cobertura básica y las establecidas en cada cobertura en particular.**

1. COBERTURA INTERNACIONAL

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente a esta cobertura, la Compañía cubrirá las erogaciones que se originen en el extranjero, de acuerdo a los límites establecidos en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos de esta Póliza. Dichas erogaciones estarán sujetas a lo estipulado en estas condiciones. A continuación se especifican las cláusulas adicionales a la Cobertura Internacional, en caso de que alguna de las condiciones de las cláusulas adicionales se contraponga a alguna o algunas de las condiciones generales, prevalecerán las primeras.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación que se realice por y a consecuencia de una enfermedad cubierta en el Contrato, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Deducible y Coaseguro contratados, los cuales se aplicarán a la cantidad reclamada, una vez ajustada a los límites establecidos en la carátula de la Póliza, cláusulas y endosos respectivos. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la participación total del Asegurado. A los gastos complementarios de alguna reclamación que ya haya sido aceptada y pagada y por la cual ya se hubiese cubierto el Deducible, no se le aplicará cantidad alguna por concepto del mismo, sólo se aplicará el Coaseguro correspondiente. Si un Asegurado se atiende en el extranjero, dentro o fuera de la red de prestadores de servicios de la Compañía, deberá pagar el Deducible y el Coaseguro correspondientes, hasta el límite estipulado en la carátula de la Póliza y certificado respectivo.

RECLAMACIÓN

El pago de la reclamación se efectuará de acuerdo al gasto usual y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice, correspondiente a la zona en la cual fue erogado el gasto.

El Asegurado afectado deberá remitirse a lo establecido en el apartado de Trámite de Reclamaciones de estas condiciones generales.

2. EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

Se cubre emergencia en el extranjero, entendiéndose como tal la atención médica inmediata para los Asegurados que se encuentren fuera del territorio nacional, a consecuencia de un Accidente Cubierto o Enfermedad Cubierta, que de no efectuarse se ponga en riesgo la vida y la integridad corporal del Asegurado. Se cubrirán los gastos erogados por emergencia médica, siempre y cuando la primera sintomatología se haya presentado en el extranjero. Cuando la atención médica de emergencia termine, cesa la condición de emergencia médica en el extranjero.

Los gastos médicos efectuados en el extranjero y amparados, a consecuencia de una emergencia médica en el extranjero, serán reembolsados por la Compañía en su equivalente en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo al tipo de cambio vigente al momento en que se erogaron los gastos. Para que la Compañía cubra los gastos de emergencia en el extranjero, el Asegurado deberá encontrarse de viaje por un tiempo no mayor a sesenta (60) días.

Exclusiones aplicables a este beneficio adicional.

No quedarán cubiertos los gastos médicos a consecuencia de una emergencia médica en el extranjero por:

- a. Enfermería fuera del Hospital;**
- b. Tratamientos de rehabilitación;**
- c. Situaciones de Emergencia Médica que se hayan originado en la República Mexicana;**
- d. Padecimientos Preexistentes;**
- e. Operación Cesárea;**
- f. Estudios y operaciones que se programen dos (2) días después de la emergencia, a excepción de los que sean a consecuencia directa de la misma y ponga en peligro la vida del Asegurado.**

VI. COBERTURAS BAJO CONVENIO EXPRESO

Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente, la Compañía cubrirá las erogaciones que se originen por alguno de los riesgos que se a continuación se indican, de acuerdo a los límites establecidos en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos de la Póliza. Dichas erogaciones estarán sujetas a lo estipulado en las condiciones. En caso de que alguna de las condiciones de las coberturas bajo convenio expreso se contraponga a alguna o algunas de las condiciones generales, prevalecerán las primeras. **Aplican las mismas exclusiones de la cobertura básica y las establecidas en cada cobertura en particular.**

1. MATERNIDAD

Tratándose de parto normal, en caso de embarazo de la Asegurada (sólo Titular, Cónyuge o Concubina), se pagará la indemnización contratada, únicamente cuando sea contratado por convenio expreso y así esté indicado en la Póliza.

2. AMBULANCIA AÉREA

Se cubrirán los gastos originados por traslados en ambulancia aérea que requiera el Asegurado, incluyendo ambulancia de terapia intensiva cuando sea necesario, en caso de que sea contratado por convenio expreso y esté indicado en la Póliza. Para que este beneficio opere es necesario previa autorización de la Compañía.

3. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se cubrirán los gastos originados por Padecimientos Preexistentes a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o del alta del Asegurado en ésta, en caso de que sea contratado por convenio expreso y esté indicado en la Póliza, con los límites correspondientes a una Enfermedad Cubierta.

VII. TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y DIRECTORIO MÉDICO

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

TEXTOS NORMATIVOS

Para efectos de dar cumplimiento a 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, a continuación se transcribe el texto aplicable de los artículos 17 a 21.

Artículo 17.- 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 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 que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, 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 asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora 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.

Artículo 18.- 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 Aseguradora 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.

Artículo 19.- En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros Colectivos cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

ANEXO REFERENCIAS LEGALES

A efecto de dar cumplimiento a lo establecido por las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas el 23 de diciembre de 2015, se redacta este documento el cual forma parte de este contrato de seguro.

Ley sobre el contrato de seguro:

Art. 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.

Art. 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Art.10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Art. 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Art. 21, fracción I.- El contrato de seguro:

I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.....

Art. 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Art. 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Art. 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Art. 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I. - Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiere conocido una agravación análoga;....

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

Art.- 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.-En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Art. 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá encaso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Art.- 163.- El seguro de personas pueda cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Art. 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

Ley para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Art. 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional

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 mayo de 2016 con el número CNSF-S0010-0307-2016.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 57-23-79-99 en el Distrito Federal y la lada sin costo al 01-800-72-37-900, o al correo unat.clientes@segurossura.com.mx, visite www.segurossura.com.mx; o bien comunicarse a Condusef al teléfono (55) 5448 7000 en el D.F. y del interior de la República al 01 800 999 8080 o visite la página www.condusef.gob.mx.

030716-GMP-BD-ED02

Derechos Básicos de los Contratantes, Asegurados y Beneficiarios.

Con el propósito de darle una perspectiva general de los derechos que como contratante, asegurado o beneficiario de un seguro de gastos médicos tiene y garantizar así el mejor aprovechamiento y ejercicio de los mismos, le presentamos esta breve guía.

El primero punto a aclarar, es cual es la diferencia entre las diferentes partes mencionadas; así:

- a) **Contratante:** es la persona que directamente adquirió el seguro, para sí- en la mayoría de los casos- o para alguien más- como ocurre con las escuelas para sus alumnos, las carreteras para sus usuarios, etc.
- b) **Asegurado:** es la persona cuya salud o integridad física está directamente relacionada con el riesgo amparado por el seguro
- c) **Beneficiario:** es aquella persona que tiene derecho a recibir los beneficios económicos del seguro al ocurrir el riesgo, aunque no sea la persona asegurada, al estar así nombrado por el propio Asegurado o en virtud de tener algún interés o privilegio relacionado con el riesgo protegido por el seguro, como ocurre con el banco acreedor respecto de los créditos que otorga o por razones similares.

Como Contratante y Asegurado tiene derecho antes y durante la contratación del Seguro a que se le proporcione lo siguiente:

- 1. Solicitar al intermediario o la persona moral encargado de la venta del seguro con la que se esté llevando a cabo la contratación del seguro, la identificación que lo acredite para llevar a cabo dicha intermediación o venta.
- 2. Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario por la venta del seguro. Dicha Información se le enviará por escrito o a través de medios electrónico en un plazo no mayor a 10 (diez) días hábiles posteriores a la solicitud.
- 3. Solicitar toda la información que le permita conocer cuáles son las condiciones generales del contrato de seguro, así como que le sea detallado el alcance de las coberturas, las exclusiones, las sumas aseguradas, los deducibles, los coaseguros, los periodos de espera, así como las formas de terminación del seguro.
- 4. Si Usted ha sido sometido a un examen médico, Seguros SURA no podrá aplicar ninguna cláusula de preexistencia relacionada con la enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le hubiera aplicado.

Conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, le compartimos información que como contratante, asegurado o beneficiario, debe conocer en caso de ocurrir un siniestro

- Usted tiene derecho a un periodo de gracia para el pago de la prima, el cual se indica en su recibo de pago y/o póliza. Transcurrido dicho periodo, el seguro cesará en sus efectos de manera automática.
- Su póliza indica en sus condiciones generales el procedimiento a seguir en caso de siniestro, pero en cualquier circunstancia, es importante que reporte el siniestro en los números telefónicos provistos para el efecto y en su caso, que acuda a cualquiera de nuestras oficinas para conocer la información que de acuerdo con la naturaleza del siniestro; Resulta necesario para Seguros SURA el aviso expedito que permite a Seguros SURA tomar las decisiones correctas y oportunas, además de facilitarle a usted agilizar el trámite y recibir instrucciones de parte de Seguros SURA sobre cualquier acción o medida a tomar.
- La entrega de información veraz es un factor clave para la eficacia de la cobertura por lo que es importante que se cerciore de entender lo ocurrido o incluso indique aquellas circunstancias o hechos que desconoce. La proveeduría de información falsa suele afectar los derechos derivados del seguro.
- Tiene derecho a que le indemnicen en términos del seguro contratado, dentro de los 30 días siguientes a que se haya entregado la última información solicitada por Seguros SURA para el entendimiento de las circunstancias e implicaciones del siniestro. En caso de que Seguros SURA no cumpla con lo anterior, Usted tendrá derecho a cobrar una indemnización por mora, la cual se calcula en los estrictos términos previstos por la Ley y los cuales se encuentran explicados en las condiciones generales del seguro.
- Cualquier indemnización que pague con motivo de un siniestro, reducirá en igual cantidad la suma asegurada.
- En caso de inconformidad con la resolución de su siniestro o con el servicio o asistencia, puede presentar una reclamación por medio de la Unidad de Atención Especializada a Clientes (UNE) ubicada en nuestro domicilio con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 14:30 horas. O bien, acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en cualquiera de sus delegaciones estatales.
- Si presentó la queja ante CONDUSEF, puede solicitar la emisión de un dictamen técnico, si entre las partes no hay conciliación.

Finalmente le informamos que Seguros SURA cuenta con políticas corporativas que establecen las medidas necesarias para auxiliar en su condición a la población con capacidades diferentes, tales como facilidades en la atención y el servicio, accesos especiales y adecuados en sus instalaciones, prioridad en la atención de los siniestros, así como un trato respetuoso y digno.

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

Empresa

Auto

Transporte

Construcción

Hogar

PyME

Responsabilidad Civil

Vida

Accidentes Personales

Gastos Funerarios

Programa Escolar

Agrícola

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

01 800 00 83 693

www.segurossura.com.mx

01 800 911 7692

Para reporte de siniestros