



Aut. Oficio No. CNSF-S0016-0686-2014. 19 de diciembre de 2014

**Gastos Médicos
Mayores
Colectivo**

Seguros BX+



Condiciones Generales

**Gastos Médicos
Mayores Colectivo**

Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro _____, otorgado por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

ÍNDICE			
Definiciones	10	Gasto Usual y Acostumbrado	14
Accidente Cubierto	10	Gasto Médico	14
Agente de Seguros	10	Gasto Médico Mayor	14
Antigüedad	10	Honorario Médico y/o Quirúrgico	14
Asegurado	10	Hospital	14
Beneficiario(s)	11	Hospitalización	14
Carátula de la Póliza	11	Indemnización	15
Certificado Individual	11	La Compañía	15
Coaseguro	11	Médico	15
Colectividad Asegurable	11	Enfermedades Congénitas	15
Colectividad Asegurada	12	Preexistencia	15
Contratante	12	Pago Directo	16
Consulta Médica Post-Operatoria	12	Período de Espera	16
Cuarto Privado Estándar	12	Prima	16
Deducible	12	Programación de Cirugía	16
Emergencia Médica	13	Reclamación	17
Endoso	13	Red Hospitalaria	17
Enfermedad Cubierta	13	Red Médica	17
Evento	13	Red de Prestadores de Servicios	17
Exclusiones	14	Reembolso	17
		Reinstalación de Suma Asegurada	18

Registro de Asegurados	18	Ocupación	25
Renovación de la Póliza	18	Residencia	25
Segunda Opinión Médica	18	Otros Seguros	26
SIDA	18	Movimiento de Asegurados	26
Signo	18	Altas	26
Siniestro	19	Bajas	27
Síntoma	19	Obligaciones del Contratante	28
SMGVDF	19	Ajustes de Prima	29
Solicitud	19	Prima	29
Suma Asegurada	19	Plazo de Pago de la Prima o Período de Gracia	30
Tabla de Honorarios Quirúrgicos	19	Forma de Pago de la Prima	30
Tarjeta de Identificación del ASEGURADO	20	Lugar de Pago de la Prima	30
Vigencia	20	Comisiones	31
CLÁUSULAS GENERALES	21	Notificaciones y/o Comunicaciones	31
Objeto del Seguro	21	Rectificaciones	31
Contrato	21	Modificaciones	31
Período de Beneficio	21	Omisiones o Inexactas Declaraciones	32
Renovación	22	Pago de Indemnizaciones por Siniestro	32
Cancelación o Terminación	22	Categoría de Hospitales	39
Rehabilitación de la Póliza	23	Programación de Cirugías y Tratamientos Médicos	40
Edad	24	Moneda	41

Intereses Moratorios	41	Gastos de Recién Nacido Sano	52
Subrogación de Derechos	41	Enfermedades Preexistentes Declaradas	53
Arbitraje Médico	42	Enfermedades Congénitas de los Asegurados	53
Prescripción	42	Condonación en Accidente	54
Daño Moral	42	Segunda Opinión Médica	54
Competencia	43	Atención en Hospitales del Grupo Ángeles	54
Régimen Fiscal	43	Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubierta	55
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	46	Trasplante de Órganos	55
Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos	46	Padecimientos con Período de Espera	55
Honorarios por Consultas Médicas	47	Deportes y/o actividades peligrosas	57
Gastos Hospitalarios	47	EXCLUSIONES	58
Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos	48	COBERTURAS ADICIONALES	66
Honorarios de Enfermeras Fuera del Hospital	48	Emergencia Médica en el Extranjero	66
Medicamentos Fuera del Hospital	48	Cobertura Total en el Extranjero	67
Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital	49	Cobertura de Enfermedades Graves	68
Renta de Equipo Tipo Hospital	49	CONDICIONES PARTICULARES DE COBERTURA	70
Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis	49	EXCLUSIONES DE COBERTURA	71
Uso de Ambulancia	49	Cobertura de Gastos Funerarios	74
Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio	50	Privilegio de Conversión	74
Parto Normal o Cesárea	51	Cirugías para corregir trastornos de la Refracción Ocular	74

DEFINICIONES

Accidente Cubierto

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales al Asegurado o a cualquiera de sus dependientes, siempre y cuando esta Póliza se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en la misma.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Accidente amparado que les dio origen.

En caso de que el Asegurado reciba atención médica después de los 30 días posteriores al Accidente, dicha atención se considerará como Enfermedad.

Agente de Seguros

Es la persona autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para la venta de seguros.

Antigüedad

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una Póliza de Gastos Médicos Mayores.

Asegurado

Es la persona física que forma parte de la colectividad asegurada cubierta por el Contrato de Seguro, tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la Póliza. En caso de que se extienda la Cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que el Contratante determine proteger, aceptados por La Compañía y así conste por escrito en el certificado correspondiente.

Beneficiario(s)

Persona o personas designadas por el Asegurado para recibir el beneficio de la Cobertura relacionada con el fallecimiento de éste.

Carátula de la Póliza

Es el documento en el cual se establece el nombre y domicilio del Contratante, Número de Póliza, características de la Colectividad Asegurada, Suma Asegurada, Coberturas Contratadas, Deducibles, Coaseguros, Prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza.

Certificado Individual

Es el documento en el cual se establece nombre, teléfono y domicilio de La Compañía, firma del funcionario autorizado de La Compañía, operación del seguro, Número de Póliza y del certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado, fecha de vigencia de la Póliza y del certificado, Suma Asegurada o regla para determinarla en cada beneficio y nombre de los Beneficiarios.

Coaseguro

Es el porcentaje a cargo del Asegurado establecido en la Carátula de la Póliza, endosos y/o en el certificado correspondiente, sobre el monto total de los gastos procedentes en cada Enfermedad cubierta, después de aplicar el Deducible correspondiente.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro, estará indicada en la Carátula de la Póliza, endosos y/o en el certificado correspondiente.

Colectividad Asegurable

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común lícito, previo e independiente a la celebración del presente Contrato de Seguro y del cual participen:

- a. Al menos 10 miembros cuando exista regla general de Suma Asegurada, o

- b. Al menos 10 miembros, debiendo constituir por lo menos el 50% del total de miembros que integren la colectividad, cuando no exista regla general de Suma Asegurada.

Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por La Compañía, cuyos nombres se incluyen en el registro de Asegurados de la Póliza. La Colectividad Asegurada la integran los miembros de la colectividad asegurable que hayan firmado los consentimientos respectivos, y/o que sean reportados con el carácter de Asegurado por parte del Contratante.

Contratante

Es la persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para terceras personas, responsable ante La Compañía del pago de las Primas, en virtud de su relación con los miembros de la colectividad asegurada.

Consulta Médica Post-Operatoria

Se considera como consulta médica post-operatoria, a la(s) consulta(s) médica(s) que se efectúa(n) después de una cirugía, dentro de los 15 días siguientes a la misma.

Cuarto Privado Estándar

Para efectos de esta Póliza se refiere a un cuarto individual de hospital o sanatorio, con baño privado que incluye una cama extra para un acompañante.

Deducible

Es la cantidad fija establecida en la Carátula de la Póliza, endosos y/o certificado, que el Asegurado tendrá que cubrir cada vez que se presente una Enfermedad o padecimiento cubierto. Dicha cantidad se cubrirá al inicio de la reclamación del Siniestro.

Emergencia Médica

Se entiende por Emergencia Médica, todo problema médico-quirúrgico agudo, que requiera atención médica inmediata y ponga en peligro la vida, un órgano o una función del Asegurado.

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

Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del contrato y forma parte de éste.

Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales, en todo aquello que se contrapongan.

Enfermedad Cubierta

Se entenderá por Enfermedad cubierta toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la vigencia de la Póliza y/o certificado correspondiente y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como de su tratamiento médico o quirúrgico, es decir sus consecuencias, recurrencias, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

No se considerarán como Enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Evento

Se entenderá por evento a un Accidente o Enfermedad.

Exclusiones

Son los eventos no cubiertos por la Póliza.

Gasto Usual y Acostumbrado

Monto o valor que convencionalmente se establece entre La Compañía y los prestadores de servicios médicos, en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

Gasto Médico

Es cualquier erogación que se realiza por la atención y/o tratamiento de un Accidente y/o Enfermedad.

Gasto Médico Mayor

Es la acumulación de gastos médicos que se genera a consecuencia de algún Accidente y/o Enfermedad cubierta por la Póliza, que rebasan el Deducible contratado, especificado en la Carátula de la Póliza, endosos y/o certificado individual.

Honorario Médico y/o Quirúrgico

Es la remuneración que el Médico recibe por concepto de servicios, tratamientos o intervenciones quirúrgicas practicadas con motivo de un Accidente o Enfermedad cubierta al Asegurado.

Hospital

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

Hospitalización

Permanencia del Asegurado de forma continua y por un período mayor a 24 horas en un Hospital. Dicho plazo se contará a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Indemnización

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

La Compañía

En lo sucesivo, toda mención de La Compañía se refiere a Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Médico

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser médico general o médico especialista, en cuyo caso, deberá tener el certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

Enfermedades Congénitas

Aquellas Enfermedades o malformaciones que se originan durante el período de gestación en el útero materno y se manifiestan al nacimiento o con posterioridad a éste, pero que son reconocidos como de origen congénito de acuerdo a los conocimientos médicos vigentes.

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

Preexistencia

Se refiere a aquellas lesiones o Enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable y que cumplan lo siguiente:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico 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 resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos del pago de las indemnizaciones correspondientes a esta Póliza, La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación cuando el padecimiento o Enfermedad cumplan con la definición anterior.

Pago Directo

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al hospital y/o al médico pertenecientes a su Red Médica, por servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación. Para efecto del pago directo, se requiere que los servicios respectivos sean coordinados a través de La Compañía.

Período de Espera

Es el tiempo mínimo de Cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir después de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza o fecha de reconocimiento de antigüedad, a partir del cual se cubrirán ciertos padecimientos.

Prima

Es la contraprestación prevista en el contrato del seguro que paga el Contratante y/o el Asegurado a La Compañía.

Programación de Cirugía

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.

Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante La Compañía para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una Enfermedad o Accidente. La Compañía será quien defina si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la Póliza.

Red Hospitalaria

Conjunto de hospitales con los que La Compañía mantiene convenio y a los cuales pueden acceder, si así lo desean, los Asegurados de esta Póliza.

Red Médica

Es el selecto grupo de médicos que cumplen con los requisitos legales para ejercer la medicina y las especialidades correspondientes con los que La Compañía mantiene convenio, los cuales ofrecen sus servicios a los Asegurados de esta Póliza. Los usuarios de la Red Médica son responsables de la elección del médico tratante, La Compañía no recomienda a ninguno en particular.

Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de clínicas, laboratorios, gabinetes y farmacias que satisfacen los requisitos legales, con los que La Compañía mantiene convenio para brindar sus servicios a los Asegurados que así lo deseen.

Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza. La Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el Deducible y Coaseguro correspondiente, ajustándose a los límites y condiciones de esta Póliza.

Reinstalación de Suma Asegurada

La Suma Asegurada otorgada se establecerá en la Carátula de la Póliza y en el certificado y se aplicará por cada Siniestro distinto que tenga el Asegurado, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Registro de Asegurados

La Aseguradora llevará un registro de los Asegurados en el que consten los siguientes datos: Plan del Seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, Suma Asegurada de cada uno o regla para determinarla; fecha en que entran en vigor las Coberturas para cada Asegurado; fecha de terminación de las Coberturas para cada Asegurado y números de los certificados individuales correspondientes.

Renovación de La Póliza

Acto jurídico por el cual La Compañía realiza la emisión de la Póliza por otro período consecutivo, con el objeto de mantenerla en vigor.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Es una opinión que puede ser requerida por el Asegurado o por La Compañía en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico, la 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.

SIDA

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Se considera que una persona tiene SIDA cuando es confirmado con una prueba de Western Blot.

Signo

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

Siniestro

Término que define la ocurrencia del evento previsto en la Póliza de Seguro.

Síntoma

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una Enfermedad y que es referido por el paciente.

SMGVDF

Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal.

Solicitud

Documento mediante el cual el solicitante da a conocer a La Compañía sus necesidades de Cobertura. Dicho documento sirve como base para la emisión de la Póliza y forma parte integrante del contrato en caso de que éste se llegue a celebrar.

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima de responsabilidad de La Compañía por cada Asegurado para cada Cobertura contratada con base en las estipulaciones consignadas en la Póliza, certificados individuales, endosos y cláusulas correspondientes, aplicable para cada Siniestro, siempre y cuando éste se presente dentro de la vigencia del certificado individual correspondiente. Por cada gasto reclamado procedente de una misma Enfermedad o Accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma Enfermedad o Accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

Tabla de Honorarios Quirúrgicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos que indica el porcentaje que se aplicará al nivel contratado estipulado en la Carátula y/o certificado correspondiente, para determinar el importe máximo a cubrir por La Compañía para cada uno de ellos.

Tarjeta de Identificación del Asegurado

Tarjeta expedida por La Compañía en la fecha de alta al Seguro, misma que sirve sólo para identificarse como Asegurado de La Compañía, no tiene valor alguno.

VIGENCIA

Período de validez del Contrato de Seguro que se indica en la Carátula de la Póliza y certificados, siempre que la Prima sea pagada dentro del período convenido.

CLÁUSULAS GENERALES

Objeto del Seguro

Si como consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico, alguno de los Asegurados que integran la Colectividad Asegurada incurriere en cualesquiera de los gastos cubiertos por la Póliza y enumerados más adelante, La Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o terminación del período de beneficio, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la Póliza y certificado individual correspondiente, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando ocurra durante el período de Cobertura del Asegurado y el certificado individual respectivo se encuentre en vigor al momento del Accidente y/o Enfermedad y dichos padecimientos cumplan con las condiciones específicas señaladas en estas condiciones generales, finalizando la obligación según lo indicado en la Cláusula Período de Beneficio.

Contrato

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado(s) proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de Seguro, el examen médico, las condiciones generales, la Carátula de la Póliza, los Certificados Individuales, la tabla de honorarios quirúrgicos y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio y prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía, bajo el cual queda amparado todo Asegurado que integre la Colectividad Asegurada de esta Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de excluir mediante endosos o extraPrimar, para cada Asegurado, la Cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la Agravación del Riesgo o que sean preexistentes. Esto se hará en el momento en que el Asegurado sea dado de alta en el Seguro o por cambio de ocupación.

Período 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 período de vigencia de la Póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la vigencia del Contrato.
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Cuando el Asegurado solicite un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

No obstante lo anterior, La Compañía podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

Renovación

La Compañía podrá renovar el presente Contrato, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del Contrato.

En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

El cálculo de la Prima en las renovaciones será según lo indicado en la Cláusula de Prima.

Cancelación o Terminación

La vigencia de la Cobertura Contratada, concluirá en la fecha de terminación indicada en esta Póliza y los certificados, o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a. La cancelación de la Póliza a solicitud del Contratante.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato, La Compañía devolverá la Prima neta pagada

correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

En este caso, la Prima no devengada se devolverá al Contratante en un término de 10 días hábiles, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del Beneficiario.

- b. En caso de que el Contratante y/o Asegurado, incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, La Compañía podrá rescindir el certificado respecto de ese Asegurado en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

En caso de presentarse cualquiera de los supuestos establecidos, terminará el período de Cobertura de la Póliza por lo que la antigüedad hasta ese momento alcanzada queda sin efecto.

Rehabilitación de La Póliza

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia establecidos, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El Contratante lo solicite por escrito a La Compañía.
- La Compañía comunicará por escrito al Contratante la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a 15 días naturales a partir de la solicitud de rehabilitación por parte del Contratante; si pasado este lapso La Compañía no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. Este contrato o los certificados individuales, se considerarán rehabilitados a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

- En caso de que este seguro conserve su vigencia original, La Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato, a prorrata, la Prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del mismo, cuyos momentos se deberán indicar en el documento expedido por La Compañía. Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar La Compañía en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que emita con posterioridad a dicho pago.

No están cubiertos los eventos ocurridos durante el período entre la fecha en que este contrato hubiere cesado sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

EDAD

Para efecto de este seguro, la edad máxima de aceptación será de 69 años.

Si al momento de celebrar este contrato o posteriormente el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, La Compañía hará la anotación correspondiente y no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas.

- Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites de aceptación fijados por este contrato, La Compañía podrá rescindir los beneficios de esta Póliza para este Asegurado. La Compañía devolverá la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado algún evento, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.
- Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, La Compañía devolverá al Contratante la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado algún evento, calculada a partir de la fecha en la que La Compañía tenga conocimiento. El nuevo monto de la Prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

- Si el Asegurado hubiese pagado una Prima inferior a la de su edad real, La Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato. (Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación, el Contratante lo deberá comunicar a La Compañía por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes al cambio de ocupación para que, a consideración de esta última, continúe o no el Seguro para ese Asegurado. En caso de que por la nueva ocupación se incremente el riesgo, se determinará la extraPrima que corresponda a la nueva ocupación, o bien, podrá excluir los Siniestros derivados de dicho riesgo, notificando la determinación al Contratante dentro de los siguientes 15 días naturales a aquél en que tuvo conocimiento.

En caso de no aceptar el riesgo, se rescindirá de pleno derecho el Seguro para esos Asegurados.

Si La Compañía no comunica su rechazo a cubrir al Asegurado dentro de los 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación de cambio de ocupación, se da por aceptada la nueva ocupación en las condiciones pactadas inicialmente.

En caso de negativa, La Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

Residencia

Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidas por este Seguro las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de residencia para comunicar su

aceptación o rechazo a cubrir al o los Asegurados en su nueva residencia; si La Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado dentro del plazo mencionado, se tendrá por aceptada la propuesta. En caso de negativa, La Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento.

OTROS SEGUROS

En caso de reclamación, si las Coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en ésta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las Pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra compañía.

Movimiento de Asegurados

Altas

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato y 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 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 Asegurados, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

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

- Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta Póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a La Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de La Compañía y su Cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.
- Cuando la regla incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, siempre y cuando se le notifique a La Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de La Compañía y su Cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Bajas

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

- La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la Póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante, dicha

notificación dará por terminada la Cobertura de la Póliza para ese Asegurado.

- Causarán baja de esta Póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a La Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.
- En caso de que el Asegurado no cubra al Contratante la parte de la Prima a que se obligó, éste podrá solicitar a La Compañía su baja de la Colectividad Asegurada.

Obligaciones del Contratante

El Contratante se obliga a:

- Solicitar Seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada definida en la Carátula de la Póliza. Asimismo, se obliga a solicitar el Seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, previo consentimiento de las mismas dentro de los 30 días siguientes a que las cumplan.
- Dar aviso a La Compañía, de cualquier cambio en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las Primas, de acuerdo con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.
- Comunicar a La Compañía las separaciones definitivas de miembros de la Colectividad Asegurada. Todos los movimientos se deberán informar a La Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, La Compañía

podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de Primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ella.

Ajustes de Prima

En caso de alta de Asegurados, ampliación de beneficios y/o Coberturas, así como cambio de ocupación, La Compañía, de ser necesario, cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período del Seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el período de gracia.

Al final del último día del período de gracia, los efectos del Contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto la Prima o la fracción pactada.

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al Contratante la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, menos los gastos de adquisición, siempre y cuando no haya reclamado ningún evento, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza. La Compañía ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

Prima

La Prima Total vence al momento del inicio de vigencia del contrato, y las Primas fraccionadas, al inicio de vigencia del recibo correspondiente. La Prima Total de la 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. El Asegurado podrá contribuir al pago de la Prima en cuyo caso se hará constar en la Carátula de la Póliza.

En cada renovación, la Prima se determinará por cada uno de los Asegurados. El cálculo de la tarifa en vigor se realiza conforme al procedimiento descrito en la correspondiente Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERÍODO DE GRACIA

El Contratante gozará de un plazo de 30 días naturales, conocido como período de gracia, contado a partir del vencimiento del recibo para liquidar la Prima y en caso de haber pactado pagos fraccionados sólo aplicará dicho período de gracia en el primer recibo emitido del contrato. Durante este período, no aplicará el pago directo, aun y cuando el(los) Asegurado(s) se haya atendido con Médico y/u Hospital de la Red. Si el Contratante o Asegurado por causas que le sean imputables, no hubiere cubierto la Prima correspondiente pactada al final del último día del período de gracia, los efectos de este contrato cesarán automáticamente, cancelándose además, todos los recibos pendientes de pago.

En caso de Siniestro, si la Póliza está dentro del período de gracia y aún no se ha pagado la Prima, La Compañía deducirá de la indemnización pagadera el total de la Prima pendiente de pago.

Forma de Pago de la Prima

La unidad de la Prima calculada para el período de Seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

La forma de pago estipulada para el Seguro, se señala en la Carátula de la Póliza y certificados.

Lugar de Pago de la Prima

Las Primas convenidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previa acuerdo entre las partes, las Primas también podrán ser pagadas a través de otros medios como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de la realización de dicho pago.

Comisiones

En cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a La Compañía, le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Notificaciones y/o Comunicaciones

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

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

Rectificaciones

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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 (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguros).

Modificaciones

Cualquier modificación al presente Contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Cualquier persona que no esté expresamente facultada por La Compañía, no podrá hacer modificación ni concesión alguna. El agente sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas por el Contratante ante La Compañía. Estas modificaciones deberán constar mediante endoso.

Omissiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante tiene la obligación de declarar por escrito a La Compañía en la solicitud, los hechos importantes que conozcan o deban conocer al momento de celebrar el contrato, que permitan a La Compañía apreciar las condiciones de salud y ocupaciones de la Colectividad Asegurada.

La misma obligación aplica a los integrantes de la Colectividad Asegurada que deban contestar el cuestionario, en virtud de haberse incorporado a la Colectividad con posterioridad a la celebración del Contrato y no hayan otorgado su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

En caso de omisión o inexactas declaraciones por parte del Contratante y/o Asegurado al momento de llenar la solicitud y/o cuestionarios sobre los hechos importantes para la Apreciación del Riesgo, La Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Contrato, aun cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del evento.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de una omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario(s), facultará a La Compañía para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Pago de Indemnizaciones por Siniestro

Es obligación del Contratante, Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a La Compañía la reclamación en caso de haberse presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros 5 días siguientes a la fecha de la atención médica, para casos dentro de la República Mexicana. Para reclamaciones fuera del Territorio Nacional, el Asegurado deberá contactar a la administradora de reclamos de La Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. Lo anterior no aplicará para casos de Emergencia en el Extranjero. Lo anterior, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarse el aviso tan pronto desaparezcan dichas situaciones, de conformidad con lo establecido en el Artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Si el Asegurado no entra en contacto con La Compañía como se establece en el párrafo anterior, tratándose de reclamaciones fuera de Territorio Nacional, será responsable del 35% de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, en adición al Deducible y al Coaseguro contratados.

Las indemnizaciones que resulten conforme al Contrato de Seguro, deberán ser liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que La Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación y determinar si procede o no el pago de la indemnización. Todo lo anterior se determinará con base en lo estipulado en la Póliza, certificados individuales, Condiciones Generales y los endosos respectivos.

Cualquier pago realizado indebidamente por La Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar inmediatamente dicho pago a La Compañía. Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, con el fin de hacerla incurrir en error, disimula o declara inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

En toda reclamación a consecuencia de una Enfermedad cubierta por este contrato, el Asegurado tendrá como obligación liquidar el Deducible y Coaseguro contratados conforme a la Enfermedad cubierta de que se trate y de la vía de protección utilizada, especificados en la presente Cláusula, los cuales se descontarán de la indemnización pagadera. No aplicará el Deducible citado anteriormente para aquellos gastos complementarios que se realicen por alguna reclamación ya aceptada, pagada y por la cual ya se hubiere cubierto el Deducible correspondiente.

Los Asegurados están en libertad de escoger las instituciones hospitalarias y los profesionales que habrán de proporcionar los servicios a que se refiere esta Póliza; en la inteligencia de que los costos que asume La Compañía serán de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado.

En toda reclamación, el Asegurado deberá comprobar a La Compañía la ocurrencia del Siniestro, presentando a La Compañía las formas de declaración que para el efecto se le proporcionen, así como los

comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, así como todos los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La Compañía tendrá derecho en todo momento a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a La Compañía de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Por cada gasto procedente por una misma Enfermedad o Accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma Enfermedad o Accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada. La Suma Asegurada queda fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto de cada Enfermedad o Accidente cubierto.

En ningún caso procederá el pago de reclamaciones si no se cumplen los requisitos mencionados en el Contrato. En caso de no cumplirse estos requisitos La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación.

Las vías de Protección previstas para el presente Seguro son:

A. Protección por vía Pago Directo.

La Protección por vía Pago Directo procede en los casos que se indican a continuación, siempre que el Asegurado requiera atención médica o ingrese a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red. Lo anterior es válido si la Póliza no se encuentra en su período de gracia.

I. Cirugía Programada Dentro de la Red.

Trámite.- Salvo los casos de emergencia y para efecto del pago directo, la programación de cirugías deberá llevarse a cabo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento. En dicho lapso La Compañía

la valorará y en su caso, otorgará por escrito al Asegurado la autorización correspondiente que se deberá entregar en el área de admisión al ingresar al hospital, así como mostrar una identificación oficial, vigente y con fotografía.

Para iniciar dicho trámite, se deberá entregar en el departamento de Siniestros de La Compañía la siguiente documentación debidamente requisitada:

- El formato de “Informe Médico” firmado por el médico tratante.
- El formato de “Aviso de Accidente o Enfermedad”.
- Los estudios de laboratorio o gabinete realizados correspondientes al diagnóstico.
- Copia de identificación oficial con fotografía. En caso de menores de edad que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga otro mayor de edad.

II. Cirugía No Programada Dentro de la Red.

Trámite.- Si el Asegurado, al momento de ingresar al hospital de la Red Hospitalaria (sin previo aviso a La Compañía) presenta en el área de admisión al ingresar al hospital su tarjeta de identificación de la Póliza que lo acredita como Asegurado de La Compañía junto con una identificación oficial vigente con fotografía, deberá cubrir el importe por concepto de depósito que exige el hospital por ingreso y avisar a La Compañía inmediatamente de su ingreso. En caso de menores de edad que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga otro mayor de edad.

Una vez que La Compañía haya valorado el caso, para confirmar la procedencia de la Cirugía No Programada Dentro de la Red, La Compañía dará una constancia por escrito indicando el concepto de los gastos a cubrir de acuerdo a lo establecido en su Póliza.

El reporte también podrá ser utilizado en el pago de honorarios médicos en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Aplicación del Deducible y Coaseguro en Pago Directo.-

En todo servicio que sea autorizado mediante Protección por vía Pago Directo descrito anteriormente, el Asegurado tendrá obligación del pago del Deducible y del Coaseguro sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital, según sea el caso.

La cantidad que La Compañía cubrirá por vía de Pago Directo, se determinará de la siguiente manera:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándose a los límites establecidos en la Póliza y/o endosos de la misma.
- A la cantidad resultante se descontará primero el Deducible y después la cantidad por Coaseguro, pactados en la Póliza y/o endosos de la misma y en consecuencia, La Compañía pagará la diferencia. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro será la participación a cargo del Asegurado.
 - a. El pago se hará directamente con la Red y no al Asegurado.
 - b. El Deducible se aplicará una sola vez por Siniestro y el Coaseguro se aplicará por reclamación.
 - c. En caso de fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.
- Cuando el médico tratante y/o el hospital no formen parte de la Red Médica, el pago de la indemnización se realizará a través de la Protección por vía Reembolso.

B. Protección por vía Reembolso.

Si no se llegaron a utilizar los servicios de hospitales y/o médicos de la Red, o que el Asegurado requiera atención médica e

ingrese a un hospital fuera de la Red, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán mediante la Protección por Vía Reembolso, con sujeción a los términos y condiciones de la presente Póliza; aplicando además, el Deducible y Coaseguro indicados en la Carátula y certificado y/o endosos de esta Póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través de la Protección por vía Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a La Compañía la realización del Siniestro, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.

1. Formato de “Aviso de Accidente o Enfermedad” debidamente requisitado y con letra legible por el Contratante o Asegurado.
2. Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga otro mayor de edad.
3. Formato de “Informe Médico” firmado por el médico tratante, anexando al informe médico, los diagnósticos y/o historia clínica. Este documento será requisitado por el(los) médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico y/o tratamiento de la Enfermedad o Accidente objeto de la reclamación y, por lo tanto, se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.
4. Facturas y/o recibos originales a nombre del Asegurado afectado o del Asegurado Titular que satisfagan los requisitos fiscales de cada uno de los gastos que se hayan hecho. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante.
5. Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando, por lo que cada recibo de honorarios

deberá estar relacionado con un solo concepto, como: consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, entre otros. Para consultas médicas, se deberá entregar un recibo por cada consulta recibida.

En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de Informe Médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

6. Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, ultrasonidos, electroencefalogramas, encefalogramas, etc., será necesario el original o copia fotostática de la interpretación.
7. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología.

Todas las indemnizaciones mediante la Protección por vía Reembolso cubiertas por La Compañía, serán liquidadas al Asegurado afectado, al Asegurado titular o a quien éste haya designado en las oficinas de La Compañía con la presentación de carta poder. Todos los comprobantes deberán ser en originales y nunca en copias fotostáticas o recibos provisionales, en los cuales deberá constar el nombre del Asegurado afectado.

Aplicación del Deducible y Coaseguro mediante la Protección por vía Reembolso.- En toda reclamación inicial que se realice a través de la Protección por vía Reembolso, de todos o de una parte de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad cubierta, el Asegurado tendrá como obligación el pago del Deducible y del Coaseguro sobre los gastos procedentes erogados.

La cantidad que La Compañía pagará al Asegurado mediante la Protección por vía Reembolso, se determinará de la siguiente manera:

- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándose a los límites establecidos en la Póliza y certificado y/o endosos de la misma.
- A la cantidad resultante se descontará primero el Deducible y después la cantidad por Coaseguro pactado en la Póliza y certificado y/o endosos de la misma, en consecuencia La Compañía pagará la diferencia. El monto que así se determine por concepto de Deducible y Coaseguro, será la participación a cargo del Asegurado.
- El Deducible se aplicará una sola vez por Siniestro y padecimiento y el Coaseguro se aplicará por reclamación.
- En caso de fallecimiento del Asegurado, La Compañía pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago.

C. Accidentes.

Accidente.- Cuando los gastos erogados por el Asegurado sean a consecuencia de un Accidente cubierto, independientemente de la vía de protección que se utilice, el Asegurado no tendrá como obligación el pago del Deducible y del Coaseguro sobre los gastos procedentes conforme al apartado de Condonación en Accidente.

El Deducible y el Coaseguro, así como el nivel de hospital contratado, se especifican en la Carátula, certificados y/o endosos de la presente Póliza.

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

Categoría de Hospitales

Este producto se basa en un esquema hospitalario de diferentes niveles. El nivel hospitalario contratado para la Póliza se encuentra indicado en la Carátula de la misma.

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

- Si el hospital tiene un nivel menor al contratado, el Coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales por cada nivel, siendo el Coaseguro mínimo de cero.
- Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado, el Coaseguro se incrementará en 10 puntos porcentuales por cada nivel.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro, ésta se eliminará en el momento en que el Asegurado se atienda en un hospital de nivel mayor al contratado.

Programación de Cirugías y Tratamientos Médicos

En caso de que el Asegurado se atienda fuera de la red médica y hospitalaria y cuente con una programación de cirugía(s) y/o tratamiento(s) médico(s), incluyendo cirugías ambulatorias con estancia menor a 24 horas en el hospital, podrá:

- Conocer anticipadamente si el tratamiento está o no cubierto por esta Póliza.
- Conocer anticipadamente los montos autorizados para honorarios médicos y gastos hospitalarios.
- Tener acceso a la red de médicos y hospitales de La Compañía para una segunda opinión médica, con la ventaja adicional de que éstos se adaptan a los tabuladores autorizados por La Compañía.

En caso de que el Asegurado se atienda dentro de la red médica y hospitalaria, podrá:

- Conocer anticipadamente si el tratamiento está o no cubierto por esta Póliza.
- Contar con una segunda opinión médica, previa autorización de La Compañía.

- Hacer uso de la protección vía pago directo.

Moneda

Los pagos de Primas e indemnizaciones de la Póliza se efectuarán en moneda nacional.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se indemnizarán en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se efectúe el gasto.

Intereses Moratorios

Si La Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: (Se transcribe el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Subrogación de Derechos

En caso de que el Asegurado sufra un daño cubierto por la Póliza a consecuencia de un Tercero, La Compañía tiene la facultad de recuperar de éste, hasta la cantidad pagada por concepto de la(s) Cobertura(s) del Contrato de Seguro.

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 del mismo.

Si La Compañía lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

Arbitraje Médico

Si existiere controversia entre el Asegurado y La Compañía por el concepto de preexistencia definido en las presentes condiciones generales, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje médico. La Compañía sugiere que el Asegurado acuda a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para que la misma funja como árbitro a efecto de garantizar la independencia del mismo.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por la persona asignada por las partes de común acuerdo, quienes firmarán un convenio arbitral. El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por La Compañía.

Prescripción

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

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

La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Aseguradora, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

Daño Moral

En los términos de la Póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario 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, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario 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 y/o Beneficiario, 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.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o la Institución proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Régimen Fiscal

El régimen fiscal de esta Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado y/o a sus Beneficiarios, cuando ocurra el riesgo amparado en la Póliza.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Asegurado la Póliza correspondiente, en caso de que el cobro de Prima objeto del seguro se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, cuya comercialización se realizó a través de vía telefónica, Internet u otros medios electrónicos,

o por conducto de un prestador de servicios a que se refiere el Artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Al acordar la contratación del seguro, la Compañía proporcionará al Contratante o Asegurado:

- I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- III. La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, con la finalidad de que se pueda identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Compañía;
- V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.
- VI. Los datos de contacto de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

Enviaré al Asegurado la Póliza y sus Condiciones Generales al domicilio indicado por el Asegurado, en un plazo no mayor a treinta (30) días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En el supuesto de que el Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Compañía, le sea enviada la Póliza de seguro y sus Condiciones Generales vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.

La Póliza podrá ser cancelada o no renovada de manera automática a petición del Asegurado mediante aviso dado por escrito a la Compañía, o bien, solicitando su cancelación vía telefónica, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionará un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no renovación.

La cancelación o no renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet vepormas.com, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

En caso de requerir tratamiento médico o quirúrgico debido a una Enfermedad Cubierta o a consecuencia de un Accidente Cubierto dentro de la República Mexicana y conforme a lo indicado en la cláusula Emergencia Médica en el Extranjero descrita posteriormente, La Compañía protegerá a cada Asegurado, de acuerdo a lo establecido en el Contrato de Seguro y acorde al gasto usual y acostumbrado para la Enfermedad o Accidente de que se trate, los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado. Los médicos especialistas deberán estar certificados por el consejo de la especialidad correspondiente.

Los honorarios de médicos que estén en convenio con La Compañía, serán cubiertos con base en los tabuladores pactados previamente con ellos, los cuales se harán constar en los contratos respectivos.

Para los médicos que no están en convenio con La Compañía, los honorarios serán cubiertos con base en la tabla de honorarios quirúrgicos, la cual indica el máximo a pagar para cada procedimiento médico y/o quirúrgico, de modo que la cantidad máxima que se liquidará por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado por el cirujano y las consultas postoperatorias dentro de los 30 días naturales siguientes a la intervención quirúrgica y/o un máximo de 4 consultas, lo que ocurra primero.

Por concepto de honorarios del anesthesiólogo, La Compañía pagará hasta un máximo del 30% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Por concepto de honorarios de primer ayudante, La Compañía pagará hasta un máximo del 20% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Para los procedimientos quirúrgicos que requieran la intervención de un segundo ayudante y/o instrumentista, La Compañía pagará hasta un máximo del 10% adicional al monto indicado para el cirujano en la tabla de honorarios quirúrgicos, contra la entrega del recibo correspondiente.

Los procedimientos realizados que no se encuentren en la tabla de honorarios quirúrgicos, se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos en distintas regiones anatómicas y se efectúen por cirujanos de distinta especialidad, La Compañía pagará el importe de la suma de los montos correspondientes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada procedimiento.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región anatómica y se efectúen por cirujanos de distinta especialidad, La Compañía pagará el importe de la suma de los montos correspondientes estipulados en la tabla de honorarios quirúrgicos para cada procedimiento.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos en regiones anatómicas distintas por el mismo médico se pagará la cirugía de mayor monto al 100%, la segunda al 50% y las demás no quedarán cubiertas.

Si se practican al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región anatómica por el mismo equipo quirúrgico, La Compañía pagará la cirugía de mayor monto al 100%, estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos.

Honorarios por Consultas Médicas

La tabla de honorarios quirúrgicos indica el máximo a pagar para consultas médicas.

Gastos Hospitalarios

Consiste en el costo del cuarto privado estándar con baño, alimentos, medicamentos, suministros, laboratorio, gabinete y atención general de enfermeras en el hospital, sala de operaciones, recuperación o

de curaciones, terapia intensiva o intermedia, equipo de anestesia, material médico durante su estancia hospitalaria y cama extra para un acompañante mientras se encuentre hospitalizado el Asegurado. Así como cualquier otro estudio o atención médica hospitalaria indispensable para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente Cubierto.

Tratamientos y Procedimientos no Quirúrgicos

Se cubrirán los gastos procedentes erogados por tratamientos y procedimientos, tales como: radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia, fisioterapia, diálisis, litotripsia y otros semejantes, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y necesariamente derivados del padecimiento cubierto.

Medicina hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes Enfermedades: Actinomicosis, Embolismo Gaseoso, Enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartamental, úlceras de Meleneys y úlceras agudas por insuficiencia arterial.

Honorarios de Enfermeras Fuera del Hospital

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

Medicamentos Fuera del Hospital

Se cubrirá el costo de los medicamentos adquiridos por el Asegurado fuera del hospital o sanatorio, prescritos por los médicos tratantes y que estén relacionados con el padecimiento, presentando las facturas de farmacia acompañadas de las recetas médicas correspondientes.

Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital

Se cubrirán los gastos por análisis de laboratorio o estudios de imagen, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o cualesquiera otros estudios indispensables y que hayan sido utilizados para el diagnóstico y/o tratamiento de la Enfermedad y/o Accidente Cubierto.

Renta de Equipo Tipo Hospital

Estarán cubiertos los gastos por renta de equipo tipo hospital que por prescripción del médico tratante sea necesario para la convalecencia domiciliaria, previa autorización de La Compañía.

Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis

Se cubrirán los gastos originados por la renta de aparatos ortopédicos y prótesis así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardiaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubierto hasta por un 20% de la Suma Asegurada Contratada, que se requiera a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente Cubierto. Únicamente en aquellos casos en los que el costo de la renta sea mayor o igual al de la compra, se podrá cubrir la compra, previa valoración y autorización de La Compañía.

Se cubren los tratamientos y las prótesis dentales, que sean indispensables y sólo a consecuencia de un Accidente Cubierto, previa valoración y autorización de La Compañía, presentando radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del Accidente.

Queda excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del Siniestro, salvo a consecuencia de un Accidente Cubierto y previa autorización de La Compañía.

Uso de Ambulancia

Se cubrirán los servicios de ambulancia aérea o terrestre hacia o desde el hospital dentro de la República Mexicana, siempre y cuando sea estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubierto.

Se cubrirán los siguientes servicios de ambulancia dentro del territorio nacional, hacia o desde el hospital, cuando se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubierto de acuerdo a los límites establecidos:

- Ambulancia terrestre ordinaria.
- Ambulancia terrestre equipada para terapia intensiva en caso de urgencia médica.
- Ambulancia aérea en caso de urgencia médica, sólo si en la localidad donde se encuentra el Asegurado no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención. La ambulancia aérea no se cubrirá cuando el motivo del traslado no sea por indicación médica y se cuente con la respectiva acta responsiva. Lo anterior operará mediante la Protección por Vía Reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un Coaseguro del 20% sobre el monto total de la factura del vuelo, independientemente al tope de Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza.

Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio

Se cubrirán los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo, del parto o puerperio, conforme al período de espera correspondiente, para la Asegurada:

Con un período de espera de 4 meses con motivo de:

- Embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.
- Aborto espontáneo.
- Abortos y legrados no punibles.
- Preeclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica.
- Óbito.

Con período de espera de 10 meses con motivo de:

- Fiebre puerperal.
- Placenta acreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.

Cualquiera otra complicación del embarazo no mencionada en los numerales anteriores, no quedará cubierta, aunque provengan de un Accidente sufrido por la Asegurada.

Estos gastos aplican únicamente para la Asegurada Titular y en caso de que se cubran los dependientes del Asegurado Titular, se ampara a la cónyuge e hijas del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la madre del Asegurado o Asegurada Titular. La Suma Asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la Póliza, la cual será de 20,000 pesos si el nivel hospitalario es estándar, 30,000 pesos si el nivel hospitalario es medio y 40,000 pesos si el nivel hospitalario es alto, sin aplicar el Deducible y Coaseguro contratado.

Parto Normal o Cesárea

Se cubrirán los gastos correspondientes únicamente a la hospitalización y honorarios médicos inherentes al evento de parto o cesárea con un período de espera de 10 meses para la Asegurada o siempre y cuando el período de gestación se inicie dentro de la vigencia del correspondiente certificado individual de la presente Póliza.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la Asegurada Titular y en caso de que se cubran los dependientes del Asegurado Titular, se ampara a la cónyuge e hijas del Asegurado Titular, por lo que no quedará protegida la madre del Asegurado o Asegurada Titular.

Como operación cesárea, se considerará aquella que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, certificado por el consejo correspondiente y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre.

La Suma Asegurada por estos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la Póliza, la cual será de 20,000 pesos si el nivel hospitalario es estándar, 30,000 pesos si el nivel hospitalario es medio y 40,000 pesos si el nivel hospitalario es alto, sin aplicar el Deducible y Coaseguro contratado.

No se amparan:

- 1. Los gastos por control, vigilancia y atención prenatal.**
- 2. Los gastos o tratamientos del recién nacido sano, tales como incubadora, pañales, servicio de fotografía.**

Gastos de Recién Nacido Sano

Se cubren los gastos del recién nacido sano como lo son el cunero y honorarios del pediatra, lo anterior siempre y cuando el recién nacido sea dado de alta dentro de la Póliza durante los 30 primeros días posteriores a la fecha de nacimiento, mediante la obligación del pago de la Prima.

La Suma Asegurada por éstos gastos será de acuerdo al nivel hospitalario contratado en la Póliza, la cual será de 5,000 pesos si el nivel hospitalario es estándar, 10,000 pesos si es medio y 15,000 pesos si es alto, sin aplicar Deducible y Coaseguro.

Los honorarios médicos de la atención del pediatra al momento del parto o cesárea, así como las consultas de seguimiento al recién nacido mientras se encuentre hospitalizado, serán cubiertos con base en la tabla de honorarios quirúrgicos.

No se amparan los gastos de servicio de fotografía, video, perforación de pabellón auricular, tamiz neonatal, circuncisión (excepto si es médicamente necesario) y otros que no se encuentren directamente relacionados con la atención hospitalaria del recién nacido.

Esta Cobertura aplica siempre y cuando la madre del recién nacido tenga 10 meses de aseguramiento ininterrumpido con La compañía.

No aplica reconocimiento de antigüedad.

Enfermedades Preexistentes Declaradas

Se cubren las Enfermedades preexistentes que hayan sido declaradas en el cuestionario al momento de la celebración del contrato después de dos años de Cobertura continua de este Seguro, contados a partir de la fecha de alta de cada Asegurado a la Póliza, siempre y cuando el Asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante este período de espera.

Se excluyen de esta Cobertura los siguientes casos:

- **Enfermedad coronaria, diabetes, insuficiencia renal, Enfermedades de la columna vertebral, SIDA, Enfermedades degenerativas.**
- **Condiciones específicamente mencionadas en el capítulo de exclusiones.**
- **Endosos específicos de exclusión.**

Dichos padecimientos preexistentes estarán cubiertos bajo las mismas condiciones de Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratado, siempre y cuando exista el endoso de inclusión correspondiente. Cualquier otro gasto derivado de padecimientos preexistentes quedará excluido y por ningún motivo se cubrirá.

No aplica el reconocimiento de antigüedad.

Enfermedades Congénitas de Los Asegurados

Se cubren las Enfermedades congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, mayores a cinco años de edad, siempre y cuando sus signos o síntomas hayan pasado desapercibidos; es decir, no hayan sido aparentes a la vista ni diagnosticados previamente a la fecha de alta o de reconocimiento de antigüedad del Asegurado en la Póliza.

En caso de que se cubra a dependientes económicos de los Asegurados Titulares, se cubren desde el primer día de nacido los tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos y Enfermedades ocurridas al nacimiento del hijo, nacido dentro de la vigencia de esta

Póliza y del correspondiente certificado individual de la Asegurada, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de Cobertura continua en esta Póliza, y siempre y cuando se haya notificado a La Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido el nacimiento.

Condonación en Accidente

En caso de Accidente tanto en territorio nacional como en el extranjero, el Asegurado no cubrirá el importe establecido en la Carátula de la Póliza por concepto de Deducible y Coaseguro de los gastos procedentes del Siniestro. Para que proceda la condonación mencionada, será necesario lo siguiente:

Tratándose del Coaseguro, que el Asegurado sea tratado en un hospital del mismo nivel o más bajo al contratado.

En caso de atenderse en un nivel hospitalario más alto al contratado, se aplicará un Coaseguro del 10%, independientemente del porcentaje de Coaseguro que se haya contratado.

Para Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales así como el Uso de Ambulancia Aérea, no procederá esta Condonación.

Segunda Opinión Médica

Previa autorización por escrito por parte de La Compañía, se cubrirán los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para el mismo padecimiento, siempre y cuando se trate de una Enfermedad Cubierta, tales como, los gastos erogados por visitas a consultorios y en caso de ser necesarios, los estudios de laboratorio y gabinete complementarios.

Atención en Hospitales del Grupo Ángeles

En caso de utilizar cualquier hospital perteneciente al Grupo Ángeles del mismo nivel al contratado, se reducirá el Coaseguro en un 5% adicional de lo contratado, tomando en cuenta que el Coaseguro mínimo es del 0%, tratándose de Enfermedades Cubiertas, ya que en caso de Accidente Cubierto se elimina el Coaseguro si es del mismo nivel hospitalario.

Para mayor información sobre la red de hospitales Ángeles, puede consultar en la página de Internet www.mediks.com, en donde encontrará la ubicación y los servicios que ofrecen los mismos.

Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubierta

Sólo se cubrirán los gastos por cirugía plástica reconstructiva que resulten indispensables a consecuencia de un Accidente ocurrido dentro de la vigencia y cubierto bajo este contrato.

Trasplante de Órganos

Se cubrirán los gastos derivados de los estudios que requieran los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos (receptor).

Padecimientos con Período de Espera

Conforme a la definición correspondiente, los siguientes padecimientos se cubrirán una vez transcurrido el período de espera de un año:

- Colecistitis.
- Insuficiencia venosa.
- Cataratas.
- Litiasis.
- Enfermedades ácido-pépticas.
- Trasplante de órganos.
- Circuncisión y sus complicaciones, siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Padecimientos Ginecológicos:
 - Tumor maligno del cuello del útero.

- Tumor maligno de otras partes y de las no específicas del útero.
- Otros tumores malignos de los órganos genitales femeninos.

Transcurridos dos años de período de espera se cubrirán:

- Amigdalitis.
- Adenoiditis.
- Eventraciones y hernias.
- Hallux Valgus.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.
- Tumoraciones mamarias.
- Enfermedades prostáticas.
- Insuficiencia del piso perineal.
- Trastornos del aparato reproductor femenino.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Enfermedades de la rodilla.
- Nariz y senos paranasales.
- Preexistencia declarada conforme a lo descrito en el punto con el mismo nombre.
- Padecimientos Ginecológicos:
 - Leiomioma del útero.
 - Tumor benigno del ovario.

- Enfermedad inflamatoria del cuello uterino.
- Endometriosis.
- Prolapso genital femenino.
- Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho.
- Trastornos de la menstruación.

Transcurridos cuatro años de período de espera se cubrirán:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes de este período. No se cubren los gastos de diagnóstico para detectar el virus. No aplica el reconocimiento de antigüedad.

Deportes y/o Actividades Peligrosas.

Se cubren los gastos médicos erogados a consecuencia de Accidentes o lesiones derivadas de la práctica amateur y ocasional de deportes y actividades peligrosas, salvo lo expresamente excluido, siempre y cuando no ocurran a causa de negligencia inexcusable o culpa grave por parte del Asegurado o de sus dependientes.

Adicionalmente, se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos del Asegurado Titular a consecuencia de un Accidente que sufra utilizando como medio de transporte la motocicleta, siempre y cuando al momento del Accidente cuente con el equipo de seguridad adecuado (casco) y, en caso de ser el conductor, deberá presentar su licencia vigente de motociclista.

Se define deporte amateur al deporte que se practica sin esperar ninguna recompensa material a cambio.

EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta Póliza excluye los gastos por la atención de Accidentes o Enfermedades que se originen por, o sean consecuencia de:

1. Actividades de Alto Riesgo

- 1.1 Actividades militares o policíacas de cualquier tipo.
- 1.2 Actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución, rebelión y mítines.
- 1.3 Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable.
- 1.4 Aviación, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales. Esto es, que si el Asegurado viaja en una línea aérea comercial debidamente concesionada como servicio público de transporte aéreo regular, es decir, con itinerario, frecuencia de vuelos y horarios previamente establecidos y aprobados por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, sí procederá el pago correspondiente.
- 1.5 Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto, copiloto, ayudante, mecánico o pasajero.
- 1.6 El uso como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas, motocicletas acuáticas u otros vehículos de motor similares, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional, excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.
- 1.7 La práctica profesional de cualquier deporte, excepto en aquellos casos en que sea declarado,

se someta a solicitud y revisión por La Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.

- 1.8 Riñas, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- 1.9 Prácticas de box, box thai, lucha libre o grecorromana, artes marciales mixtas, kick boxing en cualquiera de sus modalidades, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, tauromaquia, vuelo sin motor y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados "extremos", aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.
- 1.10 Homicidio, siempre y cuando sea consecuencia de la participación directa del Asegurado en actividades de carácter ilícito.
- 1.11 No se considera como Accidente Cubierto las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
- 1.12 No se consideran como Enfermedades Cubiertas las afectaciones provocadas intencionalmente por el Asegurado.

2. Enfermedades Preexistentes

Se refiere a aquellos padecimientos y/o Enfermedades descritos en las Definiciones de estas Condiciones Generales.

3. Tratamientos Estéticos

Se consideran tratamientos estéticos:

- 3.1 Las intervenciones quirúrgicas o tratamientos de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierto, ocurrido durante la vigencia de la Póliza.

3.2 Tratamientos dietéticos por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia y cualquiera de naturaleza análoga.

3.3 Tratamientos para la calvicie.

4. Tratamientos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa.

5. Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas.

Se consideran tratamientos de Enfermedades psiquiátricas, aquéllos para la atención de:

5.1 Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje o de aprendizaje, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas.

5.2 Bulimia, anorexia y cualquier otro tipo de desorden en la alimentación.

5.3 Síndrome de fatiga crónica.

5.4 Disfunción sexual, incluyendo la eréctil.

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o Enfermedad terminal ocurridos durante la vigencia de la Póliza.

6. Tratamientos Dentales

Además de los tratamientos dentales, también se excluyen:

6.1 Tratamientos alveolares, gingivales y maxilofaciales.

6.2 Gastos por tratamientos de problemas de mandíbula, incluyendo el síndrome

temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en ese sitio anatómico.

Para efectos de esta exclusión, no se considerarán los tratamientos que se requieran a consecuencia de un Accidente Cubierto y que originen lesiones en estructuras naturales.

7. Tratamientos Relacionados con la Fertilidad

Se consideran tratamientos relacionados con la fertilidad los que se mencionan a continuación:

7.1 Tratamientos y/o sus complicaciones para infertilidad y/o esterilidad.

7.2 Control natal, incluyendo la salpingoclasia (ligadura de trompas) y la vasectomía, así como el restablecimiento funcional de ellos.

7.3 Impotencia o disfunción sexual.

8. Tratamientos Relacionados con el Embarazo

Se consideran como tratamientos relacionados con el embarazo, aquellos que se aplican en los siguientes casos:

8.1 Abortos punibles.

8.2 Partos anormales.

8.3 Legrados punibles.

8.4 Consultas prenatales, ultrasonidos obstétricos, cultivos vaginales en el embarazo y estudios de laboratorio para la comprobación de la salud durante el embarazo.

8.5 Atención de Recién Nacidos Sanos

No se amparan:

- 8.5.1 Los gastos por control, vigilancia y atención prenatal.
- 8.5.2 Los gastos o tratamientos del recién nacido sano, tales como incubadora, circuncisión, pañales, servicio de fotografía.
- 8.5.3 Tratamientos pediátricos.

9. Revisiones de Rutina (Check-up's)

Curas de reposo o exámenes médicos o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud.

10. Intento de Suicidio

Los tratamientos que se requieran para la atención por intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto-infligida, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental o bajo el efecto de drogas o enervantes.

11. Adicciones

- 11.1 Los tratamientos que se requieran para la atención de Enfermedades o Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga de abuso (cocaína, marihuana, alcohol, anfetaminas, derivados del opio o similares), excepto si fueron prescritos por un médico.

12. Alcoholismo y/o Toxicomanías

Los gastos que se realicen para la atención de tratamiento del alcoholismo y/o toxicomanías.

13. Compra de Aparatos de Rehabilitación y Prótesis

Los gastos por la adquisición de los siguientes aparatos de rehabilitación y prótesis:

- 13.1 Anteojos y lentes de contacto, excepto los lentes intraoculares y será una sola vez por ojo.
- 13.2 Aparatos auditivos.
- 13.3 Zapatos o plantillas ortopédicas.
- 13.4 Reposición de aparatos, órtesis y prótesis.
- 13.5 Cama de enfermo.
- 13.6 Bicicletas y demás aparatos de ejercicio.

14. SIDA

Los gastos erogados por el diagnóstico y/o tratamiento de padecimientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y sus complicaciones durante el período de espera establecido en la cláusula de Padecimientos con Período de Espera.

15. Medicina Alternativa

Los gastos erogados por:

- 15.1 Tratamientos médicos de la rama alternativa; naturistas, con base en hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia, quelaciones y/o quiroprácticos realizados por médicos y/o fisioterapeutas.
- 15.2 Compra de remedios y/o medicamentos.

16. Cirugías para Corregir Trastornos de la Refracción Ocular

Los gastos derivados de tratamientos para miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o cualquier

otro trastorno de la refracción, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y/o similares.

17. Gastos de Honorarios Médicos de Familiares

Los gastos por honorarios médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.

18. Gastos del Acompañante

Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en el hospital, excepto cama extra. De manera complementaria, no se cubrirán los servicios de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país.

19. Gastos menores o iguales al Deducible

Los gastos relacionados con aquellas Enfermedades o Accidentes cubiertos, cuyo total de gastos médicos no exceda al Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

20. Otros Gastos No Cubiertos

20.1 Los gastos realizados por los siguientes conceptos:

20.2 Curas de vitaminas, cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.

20.3 Curas de reposo.

20.4 Apnea del sueño y uvulopalatoplastías.

20.5 Cirugía para el cambio de sexo.

20.6 Malformaciones y padecimientos congénitos del Asegurado no protegido por La Compañía desde su nacimiento.

20.7 Tratamientos preventivos o profilácticos.

20.8 Gastos efectuados por el Asegurado que no tengan relación con la Enfermedad y/o Accidente reclamado, así como servicios de peluquería, barbería, pedicurista, la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.

20.9 Tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos, tales como menopausia, andropausia, acné juvenil, pubertad, menstruación, léntigo solar, melasma o cloasma e hiperpigmentación cutánea por daño solar o tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

20.10 Procedimientos o Tratamientos experimentales o de investigación.

20.11 Honorarios de enfermera especial intrahospitalaria.

20.12 Gimnasios, deportivos, uso de alberca, lugares de masaje y similares para efectos de rehabilitación.

20.13 Gastos por gestión administrativa en hospitales.

COBERTURAS ADICIONALES

Se podrán contratar algunas de las siguientes Coberturas adicionales para adaptar el Seguro a las necesidades de los Asegurados. En la Carátula de la Póliza y certificados se indicarán las Coberturas adicionales contratadas.

Emergencia Médica en el Extranjero

Se cubren los gastos originados en caso de que un Asegurado sufra alguna Enfermedad y/o Accidente cubiertos por esta Póliza, ocurrido fuera del territorio nacional que pueda ser considerada como emergencia médica.

La Suma Asegurada y el Deducible para estos gastos están indicados en la Carátula de la Póliza y certificados y La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, con base en lo estipulado en la cláusula de Moneda.

Los gastos cubiertos para esta cláusula se sujetan únicamente a los siguientes conceptos definidos anteriormente y son:

- Honorarios por Procedimientos Médicos y/o Quirúrgicos.
- Gastos Hospitalarios.
- Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos.
- Cirugía Reconstructiva a Consecuencia de un Accidente.
- Renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis.
- Medicamentos Fuera del Hospital.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete Fuera del Hospital.
- Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio hasta de 28 semanas de gestación.
- Uso de Ambulancia.

No se ampara:

- **Los gastos y conceptos que se encuentran estipulados en la sección de exclusiones de estas condiciones generales.**
- **Tratamientos que no sean catalogados como de emergencia, de común acuerdo por el médico tratante y La Compañía.**
- **Los gastos por Parto Normal o Cesárea, así como las complicaciones del embarazo posteriores a la semana 28 de gestación y/o del(los) recién nacido(s).**
- **Los padecimientos preexistentes.**

Los efectos del beneficio cesarán al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente.

Cobertura Total en el Extranjero

Esta cobertura adicional brinda los siguientes beneficios para complementar y ampliar la Cobertura de la Póliza, tanto en territorio nacional como en el extranjero, para Siniestros con fecha de ocurrencia posterior a la fecha de contratación de esta cobertura:

- Cobertura de Maternidad en el Extranjero: se cubren los gastos que se generen durante el parto normal o la cesárea, con un período de espera de 10 meses para la Asegurada conforme a lo estipulado en la Cobertura de Parto Normal o Cesárea de estas condiciones generales.
- Cobertura en el Extranjero: se pagarán los gastos médicos en que incurra el Asegurado fuera del territorio nacional en cualquier hospital a través de la Protección por vía Reembolso, siempre y cuando estén cubiertos bajo las condiciones de la Póliza.
- El costo de esta Cobertura es un monto fijo por persona y la contratación será obligatoria para todos los Asegurados en la Póliza.

Cobertura de Enfermedades Graves

Si durante la vigencia del contrato y una vez transcurrido el período de espera, al Asegurado se le diagnostica (dictamina) alguna de las Enfermedades Graves señaladas en el siguiente párrafo, La Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para este beneficio en la Carátula de la Póliza y en el certificado individual. Si el Asegurado falleciere por alguna Enfermedad grave, el pago de la Suma Asegurada correspondiente a este beneficio se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado y que aparecen en la Póliza a la que se adhiere este beneficio adicional. El período de espera que se menciona anteriormente, se entenderá como el tiempo que deberá transcurrir contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, el cual será de 90 días naturales. Si dentro de este período de espera, el Asegurado resulta afectado por alguna Enfermedad Grave, la Suma Asegurada contratada no será otorgada. Dicho período de espera únicamente será aplicable durante el primer año en que se encuentre vigente la Póliza.

Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado se vea afectado por alguno de los siguientes padecimientos que ponen en peligro su vida:

Infarto del Miocardio (Infarto Cardíaco): Necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado de una interrupción brusca en el aporte sanguíneo de esa área y que ocurre por primera vez. El diagnóstico debe incluir evidencia de los síntomas o signos correspondientes a un proceso de infarto agudo, los cuales son:

- Historia del dolor torácico típico.
- Cambios electrocardiográficos consistentes con infarto agudo o sub-agudo.
- Elevación transitoria de las enzimas séricas demostrativas de necrosis celular miocárdica.

Cirugía Coronaria: Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende:

- Puente aorto-coronarios venosos o arteriales.

- Implantación de la arteria mamaria interna.

El diagnóstico debe incluir la evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.

Infarto y/o Hemorragia Cerebral: Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada, ya sea por trombosis o por embolia, o de hemorragia masiva intra-cerebral o centro del espacio sub-aracnoideo, que causan deficiencia neurológica que dure más de 24 horas. El diagnóstico debe incluir la evidencia del daño neurológico permanente que deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angiografía.

Neoplasia Maligna (Cáncer): La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin, caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

Insuficiencia Renal Crónica Terminal con Necesidades de Diálisis Renal: La etapa final de la insuficiencia renal por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hacen necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal. Para efectos de esta cobertura, queda excluido el caso de períodos temporales de diálisis. El diagnóstico debe incluir historia de Enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

Parálisis de las Extremidades: Pérdida total y permanente, producida por Accidente o Enfermedad, del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores o superiores) debido a parálisis, sea por Accidente o Enfermedad. Ausencia completa e irrevocable de la

movilidad de dos extremidades debido a parálisis. El diagnóstico debe incluir evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección de la misma.

Trasplante de un Órgano Vital: Es el que se realiza al Asegurado como receptor del trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador. El trasplante debe tener una indicación médica, que deberá estar basada en la historia de Enfermedad Grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado. Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

CONDICIONES PARTICULARES DE COBERTURA

1. Para el pago de la Suma Asegurada, el Asegurado deberá presentar ante La Compañía un dictamen emitido por el médico o médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen. La Compañía, a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, La Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.
2. Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de La Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:
 - a. En el momento en que La Compañía efectúe el pago de la Suma Asegurada por la primera ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades graves amparadas.
 - b. Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.

- c. **En caso de fallecimiento del Asegurado.**
- d. **Si el Asegurado no contrae ninguna Enfermedad catastrófica al término del plazo del Seguro Contratado, la Cobertura concluirá sin obligación para La Compañía.**

3. La edad de aceptación para la contratación inicial está comprendida entre 18 y 64 años, con renovación automática hasta los 64 años.
4. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Compañía no podrá rescindir esta Cobertura, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por La Compañía y, en este caso, se devolverá al Asegurado la reserva matemática de la Cobertura existente a la fecha de su rescisión.

EXCLUSIONES DE COBERTURA

1. **Se excluye cualquier Enfermedad Grave que existiera antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza a la que se adhiere esta Cobertura adicional.**
2. **Para la Enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**
 - a. **Angioplastia coronaria transluminal percutánea.**
 - b. **Trombosis mediante cateterismo coronario.**
 - c. **El tratamiento por láser o cualquier otra Enfermedad no operatoria.**
3. **Para la Enfermedad Grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**
 - a. **Los síntomas cerebrales de síndrome neurológico de migraña, isquemia transitoria, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la Enfermedad**

vascular que afecte al ojo o nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

4. Para la Enfermedad Grave de neoplasia maligna (cáncer) queda excluido:

- a. Cáncer de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.
- b. Los melanomas con espesor menor de 1.5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.

Clasificación de Clark:

- i. Grado I. Lesiones que sólo complican a la epidermis (melanoma in situ) no es una lesión invasiva.
 - ii. Grado II. Infiltración de la dermis papilar, pero no alcanza la interfase papilar reticular de la dermis.
 - iii. Grado III. Infiltración ocupa y expande la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular.
 - iv. Grado IV. Infiltración en la dermis reticular pero no en el tejido subcutáneo.
- c. Carcinoma “in situ” de cualquier localización (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, tumores de recto, colon).
 - d. Cualquier tipo de tumor asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Por ejemplo: sarcoma de Kaposi).
 - e. Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:

I. Displasia Cervical NIC-1, NIC-2, NIC-3

Los cuales son:

- NIC-1 Displasia Leve
- NIC-2 Displasia Moderada
- NIC-3 Severa Carcinoma In Situ

f. Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TnM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.

Dónde:

- Etapa T1 Se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en el tacto rectal.
- Las etapas T1 se pueden subclasificar en T1 a, T1 b y T1 c.
- Las etapas T1 a y T1 b se corresponden con tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata, que es una operación que se hace para disminuir los síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.
- La etapa T1 indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.
- Se clasificará como T1 b si más del 5% del tejido es maligno.

- **Los cánceres en la etapa T1 c se localizan porque se ha realizado una biopsia debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.**

Cobertura De Gastos Funerarios

La Compañía se obliga a pagar la Suma Asegurada contratada en esta Cobertura para los gastos funerarios de cualquier Asegurado establecida en la Carátula de la Póliza, si fallece a consecuencia de una Enfermedad o un Accidente cubierto durante la vigencia de esta Cobertura. La Suma Asegurada Contratada no podrá ser superior a 100,000 pesos en la fecha de la contratación de la presente Cobertura y la reclamación se pagará a los Beneficiarios de la Póliza.

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

La edad límite para esta Cobertura será de 79 años, cancelándose al aniversario siguiente en que el Asegurado cumpla los 80 años de edad.

En el caso de suicidio del Asegurado, ocurrido durante el primer año de vigencia del Contrato, contado a partir de la fecha del alta del Asegurado a la Póliza o de la última rehabilitación, la obligación de La Compañía se limitará únicamente a cubrir el importe de la reserva matemática existente.

Para que opere la presente Cobertura, será necesario que el Accidente o la Enfermedad que ocasionó el fallecimiento del Asegurado hayan iniciado a partir de la fecha de contratación de la misma y cuyo primer gasto se realice a partir de la contratación de dicho beneficio.

Privilegio de Conversión

Por medio de esta Cobertura cualquier Asegurado Titular o Dependiente Económico que forme parte de la Colectividad Asegurable, tendrá el derecho a que La Compañía le expida una Póliza individual sin presentar pruebas de asegurabilidad o cuestionario médico, siempre y cuando su relación laboral o de asociado con el contratante haya finalizado.

La solicitud de la aplicación del derecho que esta cobertura otorga deberá ser presentada a La Compañía dentro de los 30 días naturales posteriores a haber sido dado de baja de la Colectividad Asegurable, transcurrido éste plazo el Asegurado perderá todos los derechos que ampara esta Cobertura y la misma quedará sin efecto.

Para la aplicación de este privilegio no importará el estado de salud y la edad alcanzada de los Asegurados.

Las Primas que se utilizarán serán las que se encuentren en vigor en ese momento.

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

La Compañía reconocerá la antigüedad que haya logrado en su Seguro Colectivo siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, que se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la baja del seguro. Las reclamaciones procedentes que se presentaron durante su Cobertura en la Póliza de Seguro Colectivo de gastos médicos, quedarán cubiertos en la nueva Póliza individual de conversión aplicando los límites, Deducibles y Coaseguros especificados en las condiciones generales, cláusulas generales y endosos de la Póliza en la cual se aceptó el Siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

En caso de que dicho Asegurado no desee contratar una Póliza individual de conversión, se le aplicará lo dispuesto en la cláusula de período de beneficio de las condiciones generales de esta Póliza.

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

Cirugías para Corregir trastornos de la Refracción Ocular

Se cubren los gastos derivados de tratamientos para miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción, siempre y cuando se demuestre mediante estudios médicos que la graduación por ojo es mayor o igual a cinco dioptrías y por cada trastorno.

El tratamiento para corregir uno o ambos ojos en una misma sesión se considera como un solo evento. La Suma Asegurada a reembolsar por cada ojo será de hasta un sublímite de Suma Asegurada de 10,000 pesos sin Deducible ni Coaseguro con período de espera de un año.

Sólo se otorgará la Cobertura una vez por cada ojo.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

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 19 de diciembre de 2014, con el número CNSF-S0016-0686-2014.

ANEXO CITA DE PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a continuación, se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 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.

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

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 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.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso 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.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare 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;
- II. 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 hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la 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, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta

se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 102.- En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.

Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta 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.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 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;

- III. 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.

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles

siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado 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 del Grupo o Colectividad asegurado, 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 de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin

pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

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

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

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 19 de diciembre de 2014, con el número CNSF-S0016-0686-2014.

