

CONDICIONES GENERALES
GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

ATLAS MED PLUS ELITE

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro numero CNSF-S0023-0376-2011 de fecha 14/07/2011.

ÍNDICE

SECCIÓN I. DEFINICIONES.....	3
SECCIÓN II. CLÁUSULAS.....	8
SECCIÓN III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.....	21
SECCIÓN IV. LIMITACIONES.....	26
SECCIÓN V. EXCLUSIONES.....	27
ENDOSOS ADICIONALES	
ENDOSO DE ANTICIPO POR CIRUGÍA PROGRAMADA.....	31
ENDOSO DE COBERTURA DE SIDA.....	32
ENDOSO DE DAÑO PSIQUIÁTRICO.....	34
ENDOSO MED ASISTENCIA.....	36
ENDOSO MED EMERGENCIA.....	47
ENDOSO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO.....	50
ENDOSO DE COBERTURA VITALICIA.....	57
ENDOSO DE AYUDA POR MATERNIDAD.....	58
ENDOSO DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.....	59
ENDOSO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO C.E.E.....	60
ENDOSO DE FRANJA FRONTERIZA.....	62
ENDOSO DE CONTINUACIÓN FAMILIAR.....	63
ENDOSO DE GASTOS FUNERARIOS PARA DEPENDIENTES.....	64
ENDOSO DE REGIONALIZACIÓN.....	65

SECCIÓN I. DEFINICIONES

Esta póliza cubre los gastos por la atención médica hospitalaria originada por un accidente o enfermedad que ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que de acuerdo con las presentes condiciones generales sean gastos cubiertos amparados hasta la suma asegurada contratada, aplicando el deducible y coaseguro correspondiente por cada asegurado y para cada uno de los padecimientos cubiertos.

Con el fin de interpretar las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1. Accidente

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

2. Accidente cubierto

Quedará cubierta toda lesión corporal sufrida por el asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando la atención médica sea dentro de los primeros 90 días de ocurrido el accidente, fuera de este período se considerará como enfermedad.

Son materia de esta póliza sólo los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

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

No se consideran como accidente cubierto, las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado o sus dependientes económicos y los expresamente excluidos en esta póliza.

3. Asegurado titular

Es aquella persona para la cual en primera instancia, se solicita la cobertura.

Cuando el asegurado sea menor de edad, toda información requerida en relación al mismo deberá ser firmada por el padre ó tutor.

4. Coaseguro

Es la cantidad que resulta de aplicar un porcentaje convenido al total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible, la cual quedará a cargo del asegurado.

5. Contratante

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

6. Costo usual acostumbrado (CUA)

Son las tarifas o cargos normales efectuados por la mayoría de los proveedores para el mismo servicio médico en un área geográfica, los cuales quedan referidos en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas.

7. Cuadro de especificaciones

Documento contractual que forma parte de la póliza en el cual se mencionan los endosos adicionales que están cubiertos, especificando la suma asegurada, deducible, coaseguro y/o periodo de espera.

8. Deducible

Es la cantidad fija a cargo del asegurado por cada siniestro.

9. Dependientes económicos

Se consideran dependientes económicos del asegurado titular a su cónyuge y a los hijos de ambos que sean: solteros, menores de 25 años y que no obtengan ingreso por trabajo personal.

10. Endoso

Documento que modifica: bases, términos y condiciones de esta póliza y forma parte de ésta última.

11. Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

12. Enfermedad cubierta

Quedará cubierta toda enfermedad cuyos síntomas o diagnóstico se presenten dentro de la vigencia de esta póliza, excepto las específicamente excluidas.

Son materia de esta póliza sólo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

13. Enfermedad congénita

Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero.

14. Enfermera

Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser enfermera general o especializada.

15. Extraprima

Es la cantidad adicional que el Asegurado se obliga a pagar a la Aseguradora, por cubrir un riesgo agravado.

16. Familia asegurada

El asegurado titular y sus dependientes económicos amparados por esta póliza.

17. Gastos médicos cubiertos

Aquellos gastos en los que incurre el asegurado, médicamente prescritos y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un padecimiento cubierto.

18. Hospital o sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.

19. Hospitalización

Es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio, siempre y cuando el asegurado sea clasificado como paciente interno.

20. Hospitalización por cirugía ambulatoria

Es aquel caso en que el asegurado ingresa al hospital o sanatorio, para un procedimiento quirúrgico de corta estancia, es decir, de menos de 24 horas.

21. Legrado ginecológico

Limpieza instrumentada de la cavidad uterina como parte del tratamiento de padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.

22. Legrado obstétrico

Limpieza instrumentada de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial del aborto de cualquier causa y cualquier otra complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.

23. Médico

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina y que no sea familiar directo del asegurado pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.

24. Padecimientos

Término genérico para referirse a una enfermedad o accidente.

25. Padecimientos preexistentes

Padecimientos cuyos síntomas o signos se manifiestan para cada asegurado antes de la contratación de la póliza.

26. Pago directo

Proceso mediante el cual el asegurado recibe atención de médicos y hospitales en convenio con Seguros Atlas, S.A., el pago de las cantidades cubiertas es realizado directamente por Seguros Atlas, S.A. y quedan a cargo del asegurado: los gastos no amparados por esta póliza. Al cumplirse ambas condiciones (médicos y hospitales en convenio con Seguros Atlas, S.A.) se reducirá el deducible así como el coaseguro conforme a lo estipulado en el cuadro de especificaciones.

La relación Médico-Paciente es responsabilidad del propio asegurado por lo que Seguros Atlas, S.A., solo otorga la facilidad del pago directo pero no asume la responsabilidad por el servicio recibido.

27. Póliza de seguro

Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que, de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas, S.A. y el asegurado o contratante.

28. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios en convenio

Médicos, hospitales, establecimientos de salud, farmacias, laboratorios clínicos o gabinetes clínicos, que trabajan en convenio con Seguros Atlas, S.A. y que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio de pago directo o bien, un descuento preestablecido, según catálogo de prestadores anexo a esta póliza.

29. Reembolso

Proceso mediante el cual el asegurado recibe atención de médicos y hospitales que no estén bajo convenio y el pago de las cantidades cubiertas es realizado por el asegurado, posteriormente deberá presentar la documentación a Seguros Atlas, S.A. para que le sean reembolsados los gastos efectuados, en caso de que el accidente o enfermedad está bajo cobertura de esta póliza.

La relación Médico-Paciente es responsabilidad del propio asegurado por lo que Seguros Atlas, S.A., no asume la responsabilidad por el servicio recibido.

30. Siniestro

La ocurrencia de cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización.

31. Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas, S.A. por cada asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, cuadro de especificaciones, endosos, condiciones generales y especiales de esta póliza para cada cobertura.

32. Tarjeta de identificación

Tarjeta que se entrega al titular y a los dependientes económicos en su caso, la cual les servirá como identificación ante nuestros prestadores de servicios médicos u hospitalarios en convenio.

33. Tope de coaseguro

Es el importe máximo en que participará el asegurado por concepto de coaseguro, se aplicara por cada siniestro procedente reclamado a Seguros Atlas, S.A.

SECCIÓN II. CLÁUSULAS

1. Contrato

Forman parte de este contrato la solicitud de seguro, esta póliza, el cuadro de especificaciones, los endosos anexos y el registro de asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y Seguros Atlas, S.A.

2. Vigencia

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

3. Domicilio

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a Seguros Atlas, S.A. por escrito, en su domicilio indicado en la carátula de esta póliza.

4. Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto.

5. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y lo dispuesto por el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En caso de que el reclamante opte por demandar, podrá acudir ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de los domicilios de las delegaciones regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

6. 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, dicho plazo 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.

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, asimismo se suspenderá en los casos previstos en esta Ley.

7. Omisiones o declaraciones inexactas

El contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a Seguros Atlas, S.A., de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a Seguros Atlas, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

8. Otros seguros

El contratante tiene obligación de dar aviso por escrito a Seguros Atlas, S.A. sobre todo seguro que contrate o haya contratado, cubriendo a las mismas personas, contra los mismos riesgos, indicando además, el nombre de las demás compañías aseguradoras y las sumas aseguradas.

En caso de reclamación si las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras aseguradoras las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos.

9. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del contratante y/o asegurado a Seguros Atlas, S.A., o de está al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época del pago.

10. Primas

La suma de las primas correspondientes a cada miembro de la familia asegurada de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período del seguro, la edad alcanzada y el sexo más los gastos de expedición, constituyen la prima de esta póliza.

La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y cubre el período de seguro contratado.

La forma de pago será la que se establezca en la carátula de esta póliza. Si el contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes, con vencimiento al inicio de cada período pactado y se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado en la fecha de celebración del contrato.

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a 3 días ni mayor a 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, mismo que aparecerá indicado como fecha límite de pago en los recibos de pago de primas. Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prima convenida debe ser pagada en las oficinas de Seguros Atlas, S.A., contra entrega del recibo correspondiente.

11. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

Si el contenido de esta 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 esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones.

Este derecho se hace extensivo al contratante.

12. Modificaciones

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre Seguros Atlas, S.A. y el contratante, haciéndose constar mediante cláusulas o endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Seguros Atlas, S.A., carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

13. Altas en la familia asegurada

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de “**Dependientes Económicos**”, deberá ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del contratante y aceptación de Seguros Atlas, S.A. conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir. Si el cónyuge, del asegurado es considerado como dependiente de éste, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha de su nacimiento, sin más requisitos que la solicitud por escrito de su alta dentro de los 30 días, siguientes al día de su nacimiento. En caso contrario, su inclusión quedará sujeta a la aceptación por parte de Seguros Atlas, S.A. conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso se requieran.

14. Bajas en la familia asegurada

Causarán baja de la cobertura de ésta póliza cualquier asegurado que fallezca o:

- a) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular.

15. Rehabilitación

No obstante lo establecido en la cláusula de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de su póliza después del periodo de gracia convenido, a que se refiere dicha cláusula.

Seguros Atlas, S.A. podrá rehabilitar esta póliza siempre y cuando se cumplan tanto los requisitos de asegurabilidad como sus políticas de aceptación y rehabilitación. Una vez que Seguros Atlas, S.A. acepte el riesgo rehabilitará esta póliza y/o endoso(s), y fijará la prima que corresponda o la parcialidad de ella si se pactó su pago fraccionado.

16. Terminación anticipada del contrato

El contratante podrá dar por terminado el presente contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 15 días anteriores a la fecha en que cesará el contrato.

Dado el caso, el contratante tendrá derecho a recuperar hasta el 60% de la prima neta pagada no devengada, sin incluir derechos de póliza.

En caso de existir algún siniestro ocurrido dentro de la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

17. Renovación

El contratante tendrá derecho a renovar esta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 30 días anteriores a la fecha de término de la vigencia.

En el caso de asegurados que a consecuencia de enfermedad, accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestren que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, la compañía, a solicitud del asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los gastos médicos que se hubiesen derivado de padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el asegurado cubrir el pago de las primas que en su caso debió pagar a la aseguradora durante el periodo que estuvo incapacitado.

En los casos en que por cualquier causa la aseguradora suspenda la operación de seguros de gastos médicos mayores, los asegurados con siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los gastos médicos, descontando a cada año, de los saldos reclamados, la prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro.

Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

Se considerará fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación al dependiente que:

- a) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular y/o cumpla 70 años de edad.
- b) Siendo hijo, contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular

Seguros Atlas aplicará las condiciones de cobertura vigente, así mismo el incremento de prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial.

18. Periodo de espera

La eventualidad por concepto de enfermedad queda cubierta después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de: inicio de vigencia de esta póliza, última rehabilitación o alta del asegurado, la que resulta posterior.

Esta cláusula no aplicará cuando el asegurado tenga una fecha de antigüedad reconocida anterior al inicio de vigencia de esta póliza o cuando se trate de un accidente cubierto, intoxicaciones, infección severa repentina que ponga en riesgo la vida, apendicitis, aneurisma cerebral, accidente vascular cerebral.

19. Aviso

Cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación.

En caso de falta de este aviso, Seguros Atlas, S.A. estará facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

20. Pruebas

Además de las formas de declaración que Seguros Atlas, S.A. proporcione al reclamante, este presentará todas las pruebas de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc., dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el reclamante erogue dichos gastos.

21. Comprobación

Seguros Atlas, S.A. se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación.

La obstaculización por parte del contratante, asegurado o sus dependientes económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas, S.A. de cualquier obligación.

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

22. Hospitales o sanatorios de beneficencia

Seguros Atlas, S.A. no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

23. Edad

a) Límites de aceptación.

La edad máxima de aceptación es a los 64 años, renovación a los 69 años y la cancelación será a los 70 años.

b) Comprobación.

Seguros Atlas, S.A. se reserva el derecho de exigir en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez efectuada ésta, Seguros Atlas, S.A. hará la anotación respectiva y no podrá pedir nuevas pruebas.

c) Ajuste de indemnización.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del asegurado se estuviera pagando prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de Seguros Atlas, S.A. para ese asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Sí a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Seguros Atlas, S.A. está obligada a reembolsar la diferencia entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato, las primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad.

d) Recuperación.

Si Seguros Atlas, S.A. hubiere pagado alguna indemnización, al descubrirse la edad del asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del primer párrafo del inciso c) anterior, incluyendo los intereses respectivos.

24. Aplicación de límites, deducibles y coaseguro

a) Por enfermedad.

Cuando el asegurado presente una reclamación por enfermedad cubierta, se agruparán los gastos cubiertos por enfermedad, se descontará la cantidad del deducible y después, de la cifra obtenida se restará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de coaseguro a cargo de cada asegurado.

Los totales por cada concepto se someterán a los límites específicos establecidos en esta póliza. No será cubierto el excedente de la acumulación de dichos totales ya ajustados a los límites específicos sobre la suma asegurada contratada.

Para aquellas coberturas limitadas a cierto monto de Suma Asegurada, en caso de siniestro, se procederá en el siguiente orden:

- 1) Se sumarán todos los gastos procedentes.
- 2) Se aplicará el deducible que corresponde.
- 3) Se aplicará el coaseguro que corresponde.
- 4) Del monto resultante se pagará hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada para esa cobertura.

Deducible por familia.

Cuando dos o más miembros de la familia asegurada sufran una misma enfermedad con un período de diferencia de hasta 30 días contados a partir de la fecha en que inició la primera enfermedad, se aplicará un solo deducible.

b) Por accidente.

Salvo pacto expreso en contrario, en caso de que el asegurado presente una reclamación por accidente, no se cobrará ni el deducible ni el coaseguro, es decir, que se reembolsará el 100% de los gastos procedentes después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato.

c) Tope de coaseguro.

El tope de coaseguro no aplicará a los coaseguros indicados en los endosos que se adhieran a estas condiciones generales, de igual forma no se aplicará tope de coaseguro para los gastos que cuenten con un coaseguro específico, el cual se indicará en el cuadro de especificaciones.

25. Impuestos

El pago de Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por Seguros Atlas, S.A. Cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del asegurado.

26. Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

27. Plazo para el pago de indemnizaciones

Seguros Atlas, S.A. pagará al asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el pago de la indemnización no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

28. Periodo de beneficio

El período de beneficio terminará respecto a cada uno de los asegurados, sin responsabilidad alguna para Seguros Atlas, S.A. al ocurrir cualquiera de los siguientes casos:

- a) Los gastos erogados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos, agoten la Suma Asegurada contratada.
- b) Transcurridos 30 días a partir de la fecha de fin de vigencia o cancelación de esta póliza.
- c) Si el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica u hospitalaria al momento de finalizar su vigencia o cancelar esta póliza, se le pagarán los gastos de dicha atención hasta por 30 días posteriores a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación de esta póliza..

En tanto la póliza sea renovada anualmente sin interrupción alguna, se continuará pagando los gastos complementarios de los siniestros en curso de pago hasta que se agote la suma asegurada contratada. Este beneficio será aplicable si la póliza es renovada en el mismo plan o en un plan más amplio, con suma asegurada y CUA igual o mayor, y con deducible y coaseguro igual o menor.

Si la póliza se renueva en un plan menor, se le pagará con las condiciones de: suma asegurada y CUA menor de ambos planes, deducible y coaseguro mayor de ambos planes.

29. Indemnización por mora

Si Seguros Atlas, S.A. no cumple con sus obligaciones bajo este contrato deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

30. Suma asegurada aplicable al siniestro

Si la suma asegurada de esta póliza fue contratada en Salarios Mínimos Generales Mensuales, la suma asegurada aplicable al siniestro quedará determinada por la cantidad fija equivalente en pesos de acuerdo al Salario Mínimo General Mensual Vigente del Distrito Federal, en la fecha en que haya sido erogado el primer gasto del siniestro, aún cuando su importe sea inferior al deducible. Una vez determinada dicha suma asegurada permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al siniestro.

De igual forma, para cualquier suma asegurada que esté expresada en dólares y que se vea afectada por un siniestro, al ocurrir el primer gasto se fijará la suma asegurada en pesos al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación del gasto, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

En el caso de pólizas con suma asegurada sin límite se indicara que dicho siniestro cuenta con una suma asegurada sin límite.

Esta clausula queda sin efecto para pólizas con suma asegurada sin límite

31. Reinstalación de suma asegurada

Cuando la suma asegurada para un asegurado se agote a consecuencia de la realización de una enfermedad o un accidente cubierto, dicha suma asegurada se encontrará disponible por un tanto más para cubrir otro padecimiento nuevo.

Esta clausula queda sin efecto para pólizas con suma asegurada sin límite

32. Gastos en moneda extranjera

En caso de que los gastos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda de acuerdo a las condiciones de esta póliza, se efectuará en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día en que se efectúen los pagos por parte de Seguros Atlas, S.A., publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

33. Arbitraje medico

Solo para el caso de que la Compañía determine como improcedente una reclamación por considerar que el padecimiento cuyos gastos médicos se reclaman es preexistente, de conformidad con la cláusula de preexistencia de estas condiciones generales, a elección del contratante y/o asegurado se podrá resolver esta controversia mediante un arbitraje médico independiente. Para tal efecto el contratante y/o asegurado hará del conocimiento de la Compañía por escrito su decisión de someterse al arbitraje médico.

Después de realizado lo anterior, se solicitará mediante escrito firmado por ambas partes, a una Institución de Salud de Asistencia Pública o Privada o cualquier otro organismo, para que designe a un perito médico de la especialidad de que se trate el padecimiento que es considerado como preexistente, quien fungirá como árbitro.

Una vez que ya se haya designado al árbitro, dentro del término de 15 días hábiles posteriores a tal designación, las partes junto con el árbitro se pondrán de acuerdo establecerán el procedimiento firmando para tal efecto el convenio arbitral; las partes aceptan la resolución que se emita, y las vinculará teniendo el carácter de cosa juzgada.

Por el hecho de que el contratante y/o asegurado decidan resolver la diferencia que se suscite por la preexistencia de un padecimiento mediante el arbitraje médico, se considera que renuncia a cualquier otro procedimiento de carácter judicial o administrativo que la ley conceda a su favor para dirimir esta controversia, con excepción de que no sea posible llevar a cabo la designación del árbitro, caso en el que quedaran a salvo sus derechos para hacerlos valer ante los Tribunales Competentes.

Para garantizar la independencia e imparcialidad del árbitro designado para resolver esta controversia, éste no deberá tener ningún interés en el resultado de la misma, ni podrá ser amigo, enemigo, familiar, ni conocido del contratante y/o bien de familiares, así como de los empleados o funcionarios de la Compañía, para el caso de que alguna de las partes tenga conocimiento que existe alguna de estas circunstancias, lo hará saber por escrito a la otra parte con el propósito de que el árbitro nombrado deje de conocer la controversia, supuesto en el que se designará otro árbitro siguiendo el procedimiento antes señalado.

El contratante y/o asegurado podrá hacer uso de esta cláusula solo cuando la Compañía rechace su reclamación por considerar que el padecimiento es preexistente; sin embargo para el caso de que exista alguna otra razón adicional a la antes señalada por la cual se considere también como improcedente la referida reclamación, la controversia que llegare a suscitarse será resuelta por la autoridad judicial competente.

Este procedimiento no tendrá ningún costo para el contratante y/o asegurado y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

34. Comisiones

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

35. Preexistencia

Seguros Atlas podrá rechazar una reclamación por un padecimiento o enfermedad preexistente cuando cuente con las siguientes pruebas:

- a) 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 institución 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.
- b) Que previamente a la celebración del contrato el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Seguros Atlas S.A. podrá requerir al solicitante como parte del procedimiento de suscripción que se someta a un examen médico., el asegurado que se someta a dicho examen médico no podrá aplicársele la presente cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

En el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas S.A. podrá aceptar el riesgo declarado.

36. Artículo 52 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

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

37. Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Artículo 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

“Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

38. Artículo 109 y 176 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

Artículo 109. No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos: **fracción IV.** Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes o contratos de trabajo.

Artículo 176. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales: **fracción VI.** Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.

SECCIÓN III. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los gastos médicos mencionados a continuación, siempre y cuando sean estrictamente necesarios para el tratamiento de un accidente o enfermedad cubiertos, ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. Todo lo no mencionado como gasto cubierto se considera NO CUBIERTO.

1. Ambulancia terrestre

Servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital, siempre y cuando sea recomendado por el médico tratante y necesario de acuerdo con las condiciones del asegurado.

2. Anestesiólogo

Honorarios profesionales del anestesiólogo con un máximo del 30% del costo de los honorarios quirúrgicos del cirujano principal.

3. Cesárea

Gastos médicos y hospitalarios derivados de la operación de cesárea siempre y cuando dicha operación sea efectuada por causas ajenas a la voluntad de la asegurada y que sea indispensable para la salud del producto y la madre.

La suma asegurada máxima, que se otorgará así como el deducible y coaseguro aplicables serán los establecidos en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza a la fecha de la intervención quirúrgica.

4. Circuncisión

Se cubrirán con la suma asegurada indicada en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza, sin deducible ni coaseguro los gastos generados por la circuncisión siempre y cuando:

- a) Sea por prescripción médica
- b) Sea para menores y que la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.
- c) Sea para adultos con 2 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

5. Cirugía

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos y ayudantes, bajo las condiciones establecidas en el catálogo correspondiente y hasta el límite establecido en esta póliza. En cualquier caso se aplicará como máximo la cantidad señalada para cada operación, en el catálogo de intervenciones quirúrgicas base de esta póliza.

En caso de una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico se procederá según lo establecido en catálogo de intervenciones quirúrgicas, base de esta póliza contratada.

6. Cirugía de cataratas

Se cubrirá el lente intraocular.

7. Cuarto de hospital

Cuarto privado estándar y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.

8. Complicaciones del embarazo y parto

Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:

- a) Embarazo extrauterino.
- b) Embarazo anembrionico.
- c) Fiebre puerperal.
- d) Preeclampsia.
- e) Eclampsia.
- f) Placenta Previa
- g) Placenta Acreta
- h) Toxicosis Gravídica
- i) Mola hidatiforme
- j) Óbito.

9. Enfermeras

- a) **Dentro del hospital.** Honorarios de enfermera general o especial asignada por los roles establecidos en el hospital.
- b) **Fuera del hospital.** Honorarios por visitas de enfermera general o especial con un máximo de 3 turnos durante 30 días siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante y sea médicamente necesario.

10. Gastos médicos del donador de transplante de órganos

Se cubren los gastos médicos realizados que sean médicamente necesarios para el transplante hasta por el monto indicado en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza, siempre que el receptor sea un asegurado de la póliza de Seguros Atlas S.A. y se trate de un riesgo cubierto por la póliza.

11. Gastos funerarios

En caso de fallecimiento del titular asegurado, se reembolsarán los gastos funerarios a quien demuestre haberlos efectuado; mediante la presentación de las facturas correspondientes y acta de defunción, estos gastos están sujetos a un monto máximo de suma asegurada estipulado en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza.

Esta cobertura de Gastos funerarios solo cubrirá los fallecimientos ocurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por el plan básico de Gastos Médicos Mayores; exista o no gasto previo del accidente o enfermedad que le dio origen al fallecimiento.

Se excluye el fallecimiento a consecuencia de suicidio dentro del primer año de vigencia.

12. Litotripsias

Quedan cubiertas con un máximo de 4 sesiones.

13. Medicamentos fuera del hospital

Se cubrirán los medicamentos fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia junto con la receta.

14. Oxígeno

Gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital, los originados por el consumo fuera del hospital sólo con la prescripción del médico tratante.

15. Padecimientos congénitos

Quedan cubiertos los padecimientos congénitos en los siguientes casos:

- a) Asegurados nacidos y reportados dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento y durante la vigencia de esta póliza. Gastos por enfermedad congénita de los hijos de la pareja cubiertos desde su fecha de nacimiento y nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza. Gastos por enfermedad congénita solo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados cuando el asegurado:

1. Tiene más de 5 años de edad y,
2. Ha acumulado 2 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento y cuya antigüedad haya sido reconocida por Seguros Atlas, S.A.

16. Prótesis

Compra de prótesis por enfermedad o accidente cubiertos.

17. Recién nacidos prematuros

Gastos médicos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, dichas alteraciones en su conjunto se considerarán como un solo evento.

18. Renta de equipo

Los gastos por la renta de equipo de tipo hospitalario y aparatos ortopédicos.

19. Servicios de diagnóstico

Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete realizados por sintomatología previa, siempre y cuando sean indispensables para el diagnóstico o tratamiento de un padecimiento cubierto.

20. Suministros de hospital

Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación, sala de cuidados intensivos y sala de curación.

21. Terapias

Servicio de terapia física y radioterapia.

22. Transfusiones

Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros u otras sustancias semejantes.

23. Visitas o consultas médicas hospitalarias

Los honorarios por visitas o consultas médicas hospitalarias cuando el asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite cirugía, a razón de una diaria con máximo de 30 visitas. Las visitas pre y post-operatorias se cubrirán cada una de ellas una sola vez.

SECCIÓN IV. LIMITACIONES

Pasados los años de cobertura continua que abajo se indican, aplicables para cada asegurado, se cubrirán los padecimientos que no sean preexistentes y que se señalan en cada apartado:

1 año:

Litiasis en vías urinarias, litiasis en vías biliares y litiasis en vesícula biliar.

2 años:

- a) La cirugía o tratamiento médico de eventraciones de operaciones practicadas antes de la vigencia de esta póliza.

No aplica periodo de espera cuando sea consecuencia de una operación practicada al asegurado dentro de la vigencia de esta póliza y cuente con cobertura ininterrumpida o bien las que se demuestren que sean consecuencia de un accidente.

- b) La cirugía o tratamiento médico de hernias.
- c) Cualquier padecimiento ano-rectal, hemorroidectomías, abscesos o fisuras.
- d) Cualquier padecimiento ginecológico no excluido, prolapsos, cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, miomectomías, histerectomías y legrado ginecológico.
- e) Amigdalectomías o adenoidectomías.
- f) Operaciones de nariz, incluidos senos paranasales; con el deducible y coaseguro estipulado en el cuadro de especificaciones. Salvo pacto expreso en contrario si la operación es a consecuencia de un accidente cubierto no se aplicará período de espera, deducible, ni coaseguro.
- g) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores

3 años:

La cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.

3 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

Cirugía de hallux valgus. Se aplicará el deducible y coaseguro estipulado en el cuadro de especificaciones.

5 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

Los gastos médicos y hospitalarios, incurridos para corregir defectos de refracción. Se aplicará el deducible y coaseguro estipulado en el cuadro de especificaciones.

SECCIÓN V. EXCLUSIONES

1. Riesgos no cubiertos.

a) Enfermedades o accidentes que se originen por practicar o participar en:

- 1. Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- 2. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado o la riña siempre y cuando el asegurado sea el provocador.**
- 3. Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.**
- 4. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
- 5. Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.**
- 6. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 7. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la ejecución o práctica de box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial. Se excluyen dichas lesiones sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.**

b) Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.

c) Lesiones o padecimientos producidos por explosión y/o contaminación nuclear o radioactiva.

2. Gastos incurridos a consecuencia de:

a) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.

b) Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no, excepto los específicamente cubiertos.

c) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como CHECK-UPS.

d) Tratamiento médico de amigdalitis o adenoiditis.

- e) Embarazo, aborto, legrados obstétricos o a consecuencia de tratamientos anticonceptivos, partos anormales, partos normales, partos prematuros o cualquier otra complicación derivada de ellos, excepto lo específicamente cubierto.
- f) Cirugías o tratamientos para control de la natalidad.
- g) Cirugía o tratamiento médico de: endometriosis, esterilidad o infertilidad.
- h) Cirugía estética excepto a consecuencia de accidente cubierto.
- i) Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración órgano-funcional así como cualquiera de sus consecuencias.
- j) Intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.
- k) Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.
- l) Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.
- m) Tratamiento médico para corregir defectos de refracción (salvo lo expresamente cubierto).
- n) Tratamientos de calvicie u obesidad.
- o) Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, excepto para aquellos asegurados que han estado cubiertos por la póliza desde su nacimiento.
- p) Enfermedades ocasionadas por los efectos del alcohol o enervantes.
- q) Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
- r) Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival cualquiera que sea su origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de accidente no excluido en este contrato.
- s) Tratamiento médico del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
- t) Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por accidente.

- u) Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por accidente.**
- v) Cualquier tratamiento médico realizados por quiroprácticos o acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante.**
- w) Gastos realizados por acompañantes del asegurado o sus dependientes económicos durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital, salvo lo expresamente cubierto.**
- x) Cualquier gasto a consecuencia de cirugía o tratamiento médico que no sea proporcionado por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad o, en caso de que estén autorizadas, tales personas sean familiares directos del asegurado o estén expresamente excluidos en esta póliza**
- y) No se cubrirán tratamientos o cirugías experimentales.**

ENDOSOS ADICIONALES

CONDICIONES DE ENDOSOS ADICIONALES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Las condiciones de los endosos que a continuación se especifican, se sujetarán a las condiciones generales y cuadro de especificaciones de la póliza; prevaleciendo las condiciones establecidas en los endosos.

Estos endosos sólo podrán modificarse mediante acuerdo entre las partes y endoso especial en el que se especifiquen las condiciones pactadas, el cual deberá estar firmado por un funcionario de la compañía.

ENDOSO DE ANTICIPO POR CIRUGÍA PROGRAMADA

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma tiene incluido el beneficio de cirugía programada.

Cirugía programada es el beneficio que tiene un asegurado y que le da derecho a un anticipo para cubrir los gastos médicos por una intervención quirúrgica procedente y que el médico tratante le haya programado.

Para que Seguros Atlas, S.A. otorgue dicho anticipo será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- a) Aviso del reclamante.
- b) Informe del médico tratante acompañado de la historia clínica correspondiente y los resultados de los estudios practicados.
- c) Presupuesto de los gastos de hospital, honorarios médicos (cirujano y anestesista).
- d) Cualquier información adicional que cada caso particular amerite y que Seguros Atlas, S.A. requiera para el dictamen del siniestro.

Cumpliendo con la información solicitada, Seguros Atlas, S.A. determinará si es procedente de acuerdo con las condiciones de la póliza y la fecha de la cirugía y si ese es el caso, en un plazo de tres días hábiles contados a partir del siguiente día de recibida la documentación requerida, entregará un cheque por el 60 % de los gastos presupuestados que estén cubiertos de acuerdo con lo establecido en este endoso.

En cuanto a la fecha en la cual se programó la cirugía, dicha fecha deberá estar comprendida dentro del periodo de cobertura de la póliza que se encuentra pagada. El asegurado tiene un período de treinta días naturales a partir de la fecha en que recibió el anticipo para presentar la comprobación de los gastos efectuados, en caso contrario Seguros Atlas, S.A. cobrará un interés equivalente a la tasa de interés de CETES a 28 días que haya estado vigente durante el período comprendido entre el día en que se dio el anticipo y el día en que se realizó la comprobación de los gastos más 4 puntos porcentuales a dicha tasa.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que originó el anticipo, la procedencia del siniestro se determinará con las últimas pruebas, en caso de no proceder, el asegurado acuerda devolver el importe total del anticipo más el interés que resulte de acuerdo con la tasa del párrafo anterior y por el período comprendido entre la fecha en que se dio el anticipo y la fecha en que haga la devolución.

Seguros Atlas, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional o en su caso verificar directamente en el hospital el procedimiento quirúrgico.

Al hacer uso del beneficio de cirugía programada se pierde el derecho al beneficio de pago directo al hospital.

ENDOSO DE COBERTURA DE SIDA

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la póliza, tiene la cobertura de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), la cual opera de acuerdo con lo siguiente:

Gastos Cubiertos:

Reembolso de gastos médicos y hospitalarios a consecuencia del SIDA los cuales sean directamente causados por la infección del VIH. Será condición indispensable que la infección del VIH se diagnostique por primera vez durante el periodo de vigencia de la cobertura.

Límites de cobertura:

Suma Asegurada: 100,000.00 USD. Por persona *

Deducible: 500.00 USD. Por Persona *

Coaseguro: Territorio nacional 10%
Territorio extranjero 20%

Periodo de beneficio: Hasta agotar la suma asegurada mientras que la póliza y el asegurado se encuentren en vigor con Seguros Atlas, S.A. En caso de cancelar su cobertura, se sujetará a un periodo máximo de beneficio de 365 días contado a partir de la fecha de realización del primer gasto.

NOTA: * La suma asegurada aplicable al siniestro, se determinará conforme a lo estipulado en la **Cláusula 30. Suma Asegurada Aplicable al Siniestro** de las condiciones generales.

Para efectos de esta cobertura no aplicara la **Cláusula 31. Reinstalación Suma Asegurada** de las condiciones generales.

Definición de SIDA. Cualquier persona que tiene una prueba serológica de ELISA donde el VIH es positivo, conformado con una prueba suplementaria de Western Blot y que tenga también un conteo de células CD4, menor que 500/mm³ y tiene uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopía o cultivo:

1. Candidíasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidiodomicosis, diseminado o extrapulmonar.
4. Criptococosis extrapulmonar.
5. Cripto esporidiosis intestinal crónico (con más de un mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Úlcera crónica (de más de un mes de duración).
10. Bronquitis, neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.

14. Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sarcomas inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.
20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Toxoplasmosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.
24. Microbacterias Kansasii diseminadas o extrapulmonares.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M. Avium o M. Kansasii.
27. Estrongiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.

En adición a las citadas en las condiciones generales de la póliza se aplicarán las siguientes exclusiones:

- 1. Todos los gastos en que incurra cualquier persona en el diagnóstico del SIDA (Western Blot y/o ELISA)**
- 2. Todos los gastos relacionados con las pruebas del VIH.**
- 3. Cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA).**
- 4. Tratamientos experimentales y drogas no reconocidas por la Norma oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA)**
- 5. Transporte del paciente de o al hospital por otro medio que no sea ambulancia.**
- 6. Costo o gastos por ambulancia aérea, evacuaciones o cambio de lugar.**
- 7. Suicidio o intento del mismo por parte del asegurado.**
- 8. Gastos incurridos por cualquier condición que no se derive como consecuencia directa del SIDA.**
- 9. Diagnostico seropositivo anterior al inicio de la vigencia más antigua a partir de la cual ha tenido cobertura de SIDA continua en Seguros Atlas, S.A.**
- 10. Enfermera privada en el hogar por mas de 30 días sin previa valoración de Seguros Atlas, S.A.**
- 11. Preexistencia.**

ENDOSO DE DAÑO PSIQUIÁTRICO

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma, tiene la cobertura de daño psiquiátrico, la cual operará de acuerdo con las condiciones que a continuación se indican.

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio de su médico de primer contacto y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico siquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico a consecuencia de que dentro de la vigencia de la póliza le ocurran los siguientes eventos:

- a) Accidente cubierto por las condiciones de la póliza
- b) Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:
 1. Cáncer,
 2. Accidente vascular cerebral,
 3. Infarto al miocardio,
 4. Insuficiencia renal, o
 5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.
- c) Si mediante la presentación del acta del ministerio público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 1. Asalto,
 2. Secuestro, o
 3. Violación.

Las coberturas amparadas por este endoso son:

- Honorarios del médico siquiatra por un máximo de 24 consultas por evento. Si mientras el asegurado está en tratamiento por un evento cubierto por este endoso sufriera algún otro evento de los aquí previstos, el tratamiento de 24 consultas comenzará nuevamente, y en ningún caso será acumulativo con el (los) anterior (es).
- Todos los medicamentos que sean necesarios durante el tratamiento amparado.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará con un deducible de \$400.00 y el coaseguro indicado en el cuadro de especificaciones que forma parte de la póliza.

Quedan excluidos de los beneficios de este endoso:

- 1. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad de las mencionadas en el inciso b) arriba señalado o un accidente cubierto.**
- 2. Los padecimientos preexistentes o sus secuelas.**
- 3. Los honorarios del médico siquiatra que no pertenezca a la red de prestadores de servicio de Seguros Atlas, S.A. y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Siquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Siquiatría.**

Los diversos resultados del tratamiento cubierto por este endoso no representan prueba de diagnóstico clínico de los padecimientos arriba señalados que pudieran ser cubiertos por la póliza.

ENDOSO MED ASISTENCIA

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma tiene la cobertura MED Asistencia. La inclusión de esta cobertura se hará constar en el cuadro de especificaciones anexo a la póliza.

Bajo este endoso, Seguros Atlas cubre los siguientes conceptos siempre que sean necesarios como consecuencia de una situación de emergencia.

1. Beneficios kilómetro “0”: Los siguientes beneficios serán proporcionados cuando el evento ocurra dentro de un radio de 80 Km. contados a partir del Zócalo para la Ciudad de México. Para las demás ciudades de la república los beneficios se proporcionarán cuando el evento ocurra dentro de un radio de 50 Km. contados a partir del centro de la población.

Lo anterior opera hasta los límites de la República Mexicana.

1.1 Orientación Médica Telefónica.- Se proporcionará asistencia telefónica a los pacientes asegurados, sobre problemas menores o dudas con relación a la utilización de medicamentos y síntomas o molestias que le estén aquejando.

Este servicio será proporcionado las 24 horas los 365 días del año.

El equipo médico del proveedor del servicio no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del paciente asegurado y con cargo a él mismo se le podrán proporcionar los siguientes servicios:

1. Consulta Médica Domiciliaria
2. Cita con un Médico o en un Centro Hospitalario
3. Consulta Médica con médico especialista (cobertura nacional)
4. Servicio de enfermería general a domicilio.
5. Envío de una Ambulancia Terrestre (de acuerdo a las condiciones mencionadas en el punto 1.2 del presente endoso).

Para la consulta médica domiciliaria y cita con un médico o centro hospitalario, el cargo al paciente asegurado será por la cantidad de \$200.00 M. N. por cada consulta.

Para la consulta médica con médico especialista, el cargo al paciente asegurado será por la cantidad de entre \$250.00 y \$300.00 M. N. por cada consulta.

Para el Servicio de enfermería general a domicilio, el cargo al paciente asegurado será por la cantidad de entre \$300.00 y \$350.00 M. N. por 8 horas de atención domiciliaria, dependiendo del lugar.

Para el envío de Ambulancia Terrestre aplican las condiciones mencionadas en el punto 1.2 del presente endoso.

Se entenderá por:

Emergencia: Si el asegurado sufre una alteración de su estado de salud con una afección órgano funcional súbita o lesión que ponga en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Por lo que en ese momento requiere atención médica o quirúrgica inmediata.

Enfermedad: toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que requieran tratamiento médico y/o quirúrgico así como las consecuencias manifestadas después de los 90 días de ocurrido el accidente.

Accidente: toda lesión o muerte sufridas involuntariamente por el asegurado como consecuencia directa de un acontecimiento de carácter fortuito, externo, súbito y violento, siempre y cuando dichas lesiones sobrevengan dentro de 90 días posteriores al evento que les dio origen.

Todas las lesiones sufridas por el asegurado a consecuencia de tal acontecimiento se considerarán derivadas de un solo accidente.

1.2 Ambulancia Terrestre.- Se cubre el traslado del paciente asegurado a un hospital, de un hospital a otro o de un hospital a su domicilio conforme a las condiciones que aquí se especifican, aún si el siniestro del que se deriva el traslado no fuera cubierto por las condiciones generales u otros endosos anexos a la póliza.

Esta cobertura opera en todo el territorio de la República Mexicana.

El traslado se realizará por los medios más adecuados, utilizándose para ello unidad estándar, de terapia intermedia o de terapia intensiva.

El paciente asegurado será trasladado al hospital más cercano que tenga convenio con Seguros Atlas, S.A. Sin embargo, el proveedor del servicio de traslado en ambulancia terrestre tendrá la facultad de decidir trasladar a una instalación hospitalaria distinta cuando, considerando la preferencia de los familiares, del paciente asegurado y su gravedad, el personal médico representante del proveedor así lo apruebe.

En caso de que el paciente asegurado no sea admitido en la institución hospitalaria ó falleciera durante el traslado, Seguros Atlas, S.A. a través del proveedor de servicios quedará eximida de cualquier responsabilidad que se derive de dicho hecho y actuará conforme a lo que marquen, para tal efecto las autoridades y leyes aplicables.

Se cubrirán como máximo dos eventos por certificado durante la vigencia de la póliza sin cargo al asegurado (no incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo) y a partir del tercer evento el paciente asegurado pagará la cantidad de \$600.00 M.N. por el uso de este servicio.

Si conforme a las condiciones de la póliza el siniestro es procedente, previa presentación de la reclamación por escrito, Seguros Atlas, S.A. reembolsará el o los importes de dichos deducibles que el paciente asegurado haya pagado al proveedor en exceso a lo establecido en la póliza.

Una vez solicitado el servicio de ambulancia terrestre y en caso de que el paciente asegurado no se encuentre en el lugar indicado, éste se obliga a cubrir el deducible estipulado. Lo anterior se aplicará aún desde el primer evento.

1.3 Traslado especial de emergencia.- Se cubre el traslado del paciente asegurado siempre y cuando en la localidad en la que se encuentra no se cuente con los recursos necesarios para su tratamiento médico, conforme a las condiciones que aquí se especifican, solo si el siniestro del que se deriva el traslado fuera cubierto por las condiciones generales u otros endosos anexos a la póliza.

Esta cobertura opera en todo el territorio Nacional y Estados Unidos de Norteamérica.

Se cubrirán como máximo un evento por certificado durante la vigencia de la póliza sin cargo al asegurado y con un límite máximo de 10,000.00 USD.

Limitaciones:

- I. El servicio de ambulancia terrestre no se brindará cuando:
 - a) Se solicite en lugares inaccesibles o inhóspitos.
 - b) Se requiera labor de rescate, entendiéndose como tal, todas las acciones que se realizan para ayudar o liberar a una persona que se encuentra en una situación que le impide ser trasladada.
 - c) En el lugar del servicio haya alborotos populares.
 - d) El paciente asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes o psicotrópicos.
 - e) El paciente asegurado se encuentre violento, armado o agresivo.
 - f) El paciente asegurado manifieste trastornos en su personalidad que dificulten su traslado y/o atención.
 - g) El paciente asegurado y/o sus familiares se opongan a que el traslado se efectúe.
 - h) Cuando a juicio del personal médico representante del proveedor del servicio, considerando la gravedad del paciente asegurado conforme a los principios establecidos por la especialidad de medicina crítica, el traslado resulte imposible

- II. Seguros Atlas, S.A. y/o el proveedor del servicio de ambulancia terrestre no serán responsables por tratamientos administrados antes de que el proveedor asuma control de la atención médica del paciente asegurado.
- III. No se aplicarán tratamientos de tipo invasivo a pacientes crónicos o terminales.

2. Beneficios en Viaje: En caso de sufrir un accidente o enfermedad cubierta durante un viaje ya sea de placer o negocios se otorgan diferentes servicios de asistencia, los cuales se dividen en: **Servicios de asistencia en México y en el extranjero, y Servicios de asistencia exclusivos en el extranjero.**

2.1 Servicios de asistencia en México y en el extranjero.- Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados cuando el evento ocurra a más de 80 km. contados a partir del Zócalo para el caso en que la residencia permanente del contratante se encuentre en la Ciudad de México, y a más de 50 km. desde el centro de la población donde se encuentre la residencia permanente del contratante para el resto de los estados de la república. En ambos casos se incluye la República Mexicana y el resto del mundo.

2.1.1 Referencia Médica: Cuando un beneficiario asegurado necesite Asistencia médica, el proveedor lo aconsejará sobre cuales son las medidas que en cada caso se deben tomar.

El equipo médico del proveedor del servicio no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del beneficiario asegurado y con cargo a él mismo, dispondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

1. Por una visita personal de un médico, o
2. Concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario que será pagado por el beneficiario asegurado.

2.1.2 Traslado médico a un centro hospitalario: Si el beneficiario sufre un accidente o enfermedad repentina que ponga en peligro su vida, se gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará el traslado bajo supervisión médica, mediante ambulancia aérea o terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar, dependiendo de la gravedad y circunstancias de cada caso, con un máximo de dos eventos por certificado.

2.1.3 Gastos de Hotel por convalecencia: Se cubrirán los gastos necesarios para la estancia en un hotel elegido por el paciente asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si lo anterior ha sido prescrito por el médico local y el equipo médico del proveedor. Este beneficio está limitado a:

- En el extranjero a \$200 USD por día, con máximo de cinco días naturales consecutivos.
- En México a \$2,600 M.N. por día, con máximo de cinco días naturales consecutivos.

2.1.4 Boleto para viaje redondo para un familiar: En caso de hospitalización del paciente asegurado y que ésta se prevea de una duración superior a 10 días naturales consecutivos, el proveedor pondrá a disposición de una persona designada por el paciente asegurado un boleto de avión de ida y vuelta en clase económica, en cualquier aerolínea comercial desde la ciudad de residencia permanente del paciente asegurado, a fin de acudir a su lado.

2.1.5 Pago de la estancia de un familiar: Derivado de la situación descrita en el punto anterior 2.1.4, se cubrirán los gastos de hospedaje del familiar designado hasta un máximo de:

- En el extranjero a \$200 USD por día, con máximo de cinco días naturales consecutivos.
- En México a \$2,600 M. N. por día, con máximo de cinco días naturales consecutivos

2.1.6 Repatriación o traslado a domicilio: Si después del tratamiento médico local, según el criterio del médico tratante y del proveedor del servicio, el beneficiario no puede regresar a su ciudad de residencia como pasajero normal o por los medios inicialmente previstos, se gestionará la repatriación o traslado a su domicilio por avión de línea regular, sin límite de costo.

2.1.7 Repatriación o traslado a domicilio por fallecimiento: En caso de fallecimiento del beneficiario, el proveedor realizará todas las formalidades necesarias, incluyendo cualquier trámite legal, y se hará cargo de:

- La repatriación o traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del beneficiario.
- A petición de los familiares o representantes del beneficiario asegurado, la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. El proveedor se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de repatriación o traslado del cuerpo, previsto en el apartado anterior.

2.1.8 Boleto de viaje redondo para un familiar en caso de fallecimiento del titular durante un viaje: Se otorga este beneficio siempre que:

- El familiar designado esté asegurado en Seguros Atlas como dependiente del titular.
- La presencia del familiar sea requerida por la Autoridad competente.

2.1.9 Boleto de avión por regreso anticipado de un viaje: En caso de fallecimiento de alguno de los padres, hijos, o el cónyuge del beneficiario asegurado, se gestionará el más pronto retorno del beneficiario a la ciudad de su residencia permanente en avión de línea regular clase económica siempre que no pueda utilizar su boleto original para el regreso, y en ese caso se cubrirá la diferencia que exista entre el costo del boleto original y el nuevo.

2.1.10 Localización y reenvío de equipaje y efectos personales perdidos: En caso de extravío del equipaje o efectos personales del beneficiario asegurado en una aerolínea comercial, se proporcionará asesoría para la denuncia de hechos así como ayuda para la recuperación de dichos objetos. Si los objetos fueran recuperados, el proveedor gestionará lo necesario para que el beneficiario asegurado reciba sus pertenencias en el lugar donde se encuentre o en su lugar de residencia permanente.

2.1.11 Transmisión de mensajes urgentes: El proveedor, a petición del beneficiario asegurado, se encargará de localizar y transmitir vía telefónica, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de asistencia.

2.1.12 Referencia de abogados: Se concertará cita con un abogado para atender la defensa legal del beneficiario ante cualquier proceso civil o penal en su contra; todos los costos de los honorarios del abogado, fianzas y/o cauciones correrán por cuenta del beneficiario asegurado. Seguros Atlas no será responsable ante el beneficiario respecto a los servicios prestados por el abogado. Este beneficio no aplica si el problema es debido a la actividad profesional del beneficiario asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

2.1.13 Transferencia de fondos para la defensa legal: El proveedor transferirá fondos al beneficiario asegurado para el pago de gastos de defensa legal (abogado):

- En el extranjero desde \$300 USD y hasta por un máximo de \$2,500 USD por evento.
- En México desde \$3,000 M.N. y hasta por un máximo de \$25,000 M.N. por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor, el representante del paciente asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor.

2.1.14 Transferencia de Fondos para Gastos Médicos: En caso de accidente o enfermedad, el proveedor transferirá fondos al paciente asegurado, para el pago de gastos médicos:

- En el extranjero desde \$300 USD y hasta por un máximo de \$2,500 USD por evento.
- En México desde \$3,000 M.N. y hasta por un máximo de \$25,000 M.N. por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor, el representante del paciente asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor.

2.1.15 Asistencia Administrativa: En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, el proveedor facilitará el procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

2.2 Servicios de asistencia exclusivos en el extranjero.- Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados sólo en el extranjero y siempre y cuando el evento ocurra a más de 100 km. contados a partir del centro de la población donde se encuentre la residencia permanente del contratante.

2.2.1 Envío de medicamentos no existentes en un país: Si durante un viaje y a consecuencia de un accidente o enfermedad del beneficiario asegurado, el médico tratante en conjunto con el proveedor determinan la necesidad de utilizar un medicamento no existente localmente, se gestionará el envío de una cantidad suficiente del medicamento al lugar donde se encuentre el beneficiario asegurado, hasta por un máximo de \$500 USD.

3. Ambulancia Aérea: Se proporcionará el servicio de ambulancia aérea y terrestre para transportar al asegurado afectado por un padecimiento cubierto del hospital en que se encuentre al hospital de destino, previa prescripción del médico tratante sobre la necesidad del traslado.

En caso de ser necesario se cubre el transporte de órganos al hospital en que se realizará el trasplante al asegurado.

Asimismo, queda cubierto el regreso del asegurado que a su vez haya sido inicialmente trasladado en ambulancia aérea. El regreso se realizará en línea comercial al aeropuerto más cercano a su domicilio o, si por prescripción médica es necesario, se hará en ambulancia aérea al hospital de destino elegido.

Solo se efectuará el traslado a un hospital de destino cuando dicho hospital ya haya dado su aprobación para que el asegurado sea atendido en sus instalaciones.

La cobertura incluye la transportación de un acompañante si las condiciones del vuelo lo permiten.

Territorio de transportación	En territorio nacional y extranjero
Límites de la cobertura:	
Suma Asegurada	Sin límite
Coaseguro	No aplica
Deducible	No aplica

Los beneficios del endoso no se brindarán cuando:

- El paciente por cualquier circunstancia se encuentre en calidad de detenido por las autoridades.
- Los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permitan efectuar la operación segura de transporte.
- Por estado de guerra, disposición legal o prohibición de autoridades competentes sea imposible llevar a cabo el traslado.
- El paciente no tenga identificación.
- Falta de una autorización expresa para transportar al afectado por parte de un médico que certifique la estabilidad clínica del asegurado.

No se cubre el reembolso de gastos de ambulancia aérea si el asegurado contrata por su cuenta el servicio en forma directa.

En cualquier caso los criterios médicos serán la base para determinar la prioridad con que un asegurado pueda ser transportado.

4. Obligaciones del paciente y/o beneficiario asegurado.

Solicitud de Asistencia: En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el paciente y/o beneficiario asegurado (o su representante), de acuerdo al país en el que se encuentre, llamará por cobrar a la central de alarma del proveedor a los teléfonos:

Desde el Distrito Federal o por cobrar desde cualquier parte del mundo	(55) 5254 7086
Desde el interior de la República Mexicana	01 800 716 0843

facilitando los siguientes datos:

- Lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde el proveedor podrá contactar al paciente asegurado o su representante.
- Su nombre y número de póliza de Gastos Médicos.
- Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

Traslado Médico, Traslado Médico Terrestre Local, y Repatriación: En estos casos, y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor, el paciente asegurado o su representante deberá facilitar:

- Nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el paciente asegurado esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- Nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente asegurado, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente lo atiende

El equipo médico del proveedor o sus representantes deberán tener libre acceso al resumen clínico y al paciente asegurado para valorar las condiciones en las que se encuentra. La negativa de dicho acceso eximirá de cualquier responsabilidad al proveedor de los servicios de asistencia.

En cada caso, el equipo médico del proveedor decidirá cuando es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

En el caso de traslado o repatriación del beneficiario asegurado efectuada por el proveedor, el beneficiario deberá entregar al proveedor la parte del boleto original no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado o repatriación. En su caso, el proveedor devolverá al beneficiario la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

5 Exclusiones Generales

- Las situaciones de asistencia ocurridas no se otorgarán a los asegurados después de noventa días durante viajes o vacaciones realizados contados a partir de iniciado el viaje, o cuando los pacientes asegurados viajen en contra de la prescripción de algún médico.**

- 5.2 El reembolso de cualquier gasto que el paciente asegurado, sus familiares o representantes hayan efectuado para recibirlos por sus propios medios o proveedores.**
- 5.3 Los Gastos Médicos, hospitalarios y farmacéuticos.**
- 5.4 Las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
- a) Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, insurrección, rebelión, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) Autolesiones o participación del paciente asegurado en actos delictivos.**
 - c) La participación del paciente asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d) La práctica profesional de deportes, la participación en competencias oficiales y en exhibiciones.**
 - e) La participación del paciente asegurado en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
 - f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
 - g) Los servicios de asistencia, cuando fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, impidan proporcionar dichos servicios.**
 - h) Cualquier padecimiento preexistente que no se encuentre cubierto por la póliza ni por un endoso específicamente expedido para cubrir preexistencia**
 - i) Cualquier padecimiento crónico o recurrente y la convalecencia de dicha enfermedad**
 - j) Embarazos en los últimos tres meses antes de la fecha probable de parto, así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.**
 - k) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
 - l) El traslado del paciente asegurado que tenga como fin la aplicación de exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos para corregir defectos de refracción u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
 - m) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas. Los accidentes que ocurran por culpa grave por encontrarse bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante no prescrita por un médico.**

- n) **Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- o) **La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el paciente asegurado con dolo o mala fe.**
- p) **Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia.**
- q) **Si por cualquier circunstancia el paciente asegurado se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
- r) **La falta de la autorización expresa por parte del médico tratante para el traslado del paciente asegurado, que certifique su estabilidad clínica.**
- s) **El beneficiario no tiene identificación.**

ENDOSO MED EMERGENCIA

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma tiene la cobertura de MED-EMERGENCIA.

Bajo este endoso, Seguros Atlas cubre los siguientes conceptos siempre que sean necesarios como consecuencia de una situación de **emergencia** en el extranjero.

1.- Servicios exclusivos en el extranjero.- Los siguientes servicios serán proporcionados sólo en el extranjero y siempre y cuando el evento ocurra a más de 100 Km. contados a partir del centro de la población donde se encuentre la residencia permanente del contratante

a) Gastos médicos y hospitalarios: Por accidente y/o enfermedad de un beneficiario asegurado durante un viaje, se proporcionarán los servicios médicos necesarios hasta el límite de \$7,500 USD por año y viaje, incluyendo concertación de una cita con un médico o en un centro hospitalario.

Bajo ninguna circunstancia aplica en reembolsos.

No aplica Coaseguro ni Deducible.

Quedan excluidos costos de prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas “check up” o rutinarias, gastos médicos y hospitalarios realizados en el extranjero cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del asegurado.

b) Pago de gastos dentales: Servicios odontológicos de urgencia por problemas agudos durante un viaje, hasta el límite de \$750 USD por año póliza, incluyendo concertación de cita con un dentista.

Bajo ninguna circunstancia aplica en reembolso.

No aplica Coaseguro ni Deducible.

2.- Obligaciones del paciente y/o beneficiario asegurado.

Solicitud de Servicio: En caso de una situación de Emergencia y antes de iniciar cualquier acción, el paciente y/o beneficiario asegurado (o su representante), de acuerdo al país en el que se encuentre, llamará por cobrar a la central de alarma del proveedor a los teléfonos:

Desde el Distrito Federal o por cobrar desde cualquier parte del mundo	(55) 5254 7086
Desde el interior de la República Mexicana	01 800 716 0843

facilitando los siguientes datos:

- a) Lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde el proveedor podrá contactar al paciente asegurado o su representante.
- b) Su nombre y número de póliza de Gastos Médicos.
- c) Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.
- d) Identificación del beneficiario.

3.- Exclusiones

- 3.1 **Las situaciones de Emergencia ocurridas no se otorgaran a los asegurados después de noventa días durante viajes o vacaciones realizados contados a partir de iniciado el viaje, o cuando los pacientes asegurados viajen en contra de la prescripción de algún médico.**
- 3.2 **El reembolso de cualquier gasto que el paciente asegurado, sus familiares o representantes hayan efectuado para recibirlos por sus propios medios o proveedores.**
- 3.3 **Las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:**
 - a) **Huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, insurrección, rebelión, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.**
 - b) **Autolesiones o participación del paciente asegurado en actos delictivos.**
 - c) **La participación del paciente asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.**
 - d) **La práctica profesional de deportes, la participación en competencias oficiales y en exhibiciones.**
 - e) **La participación del paciente asegurado en cualquier clase de carreras, competencias, exhibiciones o contiendas y/o pruebas de seguridad, velocidad, resistencia y/o pericia.**
 - f) **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**

- g) Los servicios de asistencia, cuando fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, impidan proporcionar dichos servicios.**
- h) Cualquier padecimiento preexistente que no se encuentre cubierto por la póliza ni por un endoso específicamente expedido para cubrir preexistencia.**
- i) Cualquier padecimiento crónico o recurrente y la convalecencia de dicha enfermedad.**
- j) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
- k) El traslado del paciente asegurado que tenga como fin la aplicación de exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos para corregir defectos de refracción u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
- l) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas. Los accidentes que ocurran por culpa grave por encontrarse bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante no prescrita por un médico.**
- m) Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- n) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el paciente asegurado con dolo o mala fe.**
- o) Si por cualquier circunstancia el paciente asegurado se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**

ENDOSO DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Mediante este endoso se hace constar que la póliza tiene la cobertura de Enfermedades Catastróficas en el extranjero, la cual está sujeta a las siguientes condiciones:

- Suma asegurada de 1'000,000 USD (dólares americanos).
- Coaseguro contratado en la póliza a la cual se adhiere este endoso.
- Deducible contratado en la póliza a la cual se adhiere este endoso.
- Aplica para asegurados que sólo tienen cobertura en territorio nacional.
- Se cubren los siguientes:

Padecimientos:

1. Cáncer.
2. Politraumatismo.
3. Quemaduras graves.
4. Sepsis severa.

Procedimientos quirúrgicos:

1. Neurocirugía.
2. Cirugía cardíaca.
3. Trasplante de órganos.

Tratamientos:

1. Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Estos conceptos se cubren siempre y cuando cumplan con las definiciones correspondientes que se muestran a continuación:

Cáncer.

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia. No estará cubierto cualquier tipo de cáncer no invasivo in-situ, ni el cáncer de piel excepto el melanoma maligno invasivo (a partir del Nivel Clark III).

Con la cobertura de este padecimiento se cubre: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Quimioterapia

El uso de agentes químicos prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

Politraumatismo.

Se cubre el tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor. Con la cobertura de este concepto se cubre la rehabilitación.

Para los efectos de esta cobertura, trauma mayor significa una lesión física interna o externa provocada por un hecho violento exterior, y debido al cual el paciente puede sufrir incapacidad grave.

Quemaduras graves.

Quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos 20% de la superficie del cuerpo.

Sepsis severa.

Cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas en un foco infeccioso y por la penetración permanente o periódica, de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación espontánea por existir una situación reactiva especial en el organismo como falta de anticuerpos, defensas bajas, tratamiento inmunosupresor o citostático.

Para considerar que se ha presentado una sepsis severa deberá ser indispensable terapia en una unidad de cuidados intensivos y, presentarse al menos cuatro de los siguientes fenómenos:

1. Cultivo de sangre positivo
2. Temperatura rectal mayor que 38,5 grados
3. Anemia
4. Leucocitosis (>12.000) o leucopenia (< 4.000)
5. Trombocitopenia < 150.000
6. Trastornos de la coagulación
7. Acidosis metabólica

Neurocirugía

Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

Con la cobertura de este procedimiento se cubren también los accidentes cerebrovasculares y las neoplasias.

Accidente cerebro-vascular.

Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

Enfermedades cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares)

Enfermedad originada por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

Cirugía cardiaca.

Se cubren únicamente enfermedades de las arterias coronarias que requieren cirugía y, angioplastías.

Por enfermedad de las arterias coronarias que requiere cirugía se entiende la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

A efectos de esta póliza, angioplastía cubierta es aquella intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación para la corrección de estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias mediante la utilización de un catéter, siempre y cuando se demuestre obstrucción de más del 70% de dos o más arterias.

Trasplante de órganos.

Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de un asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan a continuación, provenientes de un donante fallecido o vivo.

La implantación de órganos sólo se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida y si son realizados por médicos e instituciones registradas y legalmente habilitadas por las autoridades competentes.

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de: corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario;

Trasplante de médula ósea:

Este tipo de trasplante con fines experimentales no está cubierto. Los únicos casos cubiertos son:

Médula ósea autóloga para:

1. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
2. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV o B;
3. Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
4. Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
5. Tumores de célula germen (gameto);

Médula ósea alogénica para:

1. Anemia aplástica;
2. Leucemia aguda;
3. Inmunodeficiencia combinada severa;
4. Síndrome de Wiskott-Aldrich;
5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albert Schonberg);
6. Leucemia mielógena crónica (LMC);
7. Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año;
8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
9. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
10. Linfoma de no-Hodgkin, estado III o estado IV.

Insuficiencia renal crónica

La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

Periodo de Espera.

Si el diagnóstico de alguno de los conceptos cubiertos fue realizado por primera vez, durante el periodo de 90 días consecutivos a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la cobertura y siempre que no sea accidente, se establecerá un periodo de espera de 24 meses a partir del inicio de su contratación.

No se cubrirá ninguna reclamación durante el periodo de espera señalado en el párrafo anterior.

Cobertura de póliza no vigente.

En caso de que la cobertura del asegurado se cancele a solicitud del contratante, o por falta de pago de primas, llegue a su vencimiento, no sea renovada o, la compañía ejerza su derecho a rescindirla conforme a los casos previstos por la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquier beneficio bajo este endoso se sujetará al período de beneficio definido en las condiciones generales de la póliza a la que este endoso se adhiere.

En caso de siniestro se deberá atenerse a lo siguiente:

El asegurado está obligado a obtener por escrito una autorización previa de Seguros Atlas, S.A. (en lo sucesivo se referirá como la Compañía) en relación con los beneficios cubiertos bajo esta póliza, debido a gastos incurridos por servicios de hospitalización y cirugía. Para obtener la autorización previa, el asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre y representación, deberá ponerse en contacto con la Compañía mediante llamada telefónica, fax, correspondencia o en forma personal y tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un Hospital o Centro de trasplante, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico, siempre que se trate de una cirugía programada; con el propósito de obtener:

- 1. Certificación (autorización) en relación con cirugías a efectuarse:**
 - a. Ingreso a un Hospital o Centro de Trasplante**
 - b. Estancia en un Hospital o Centro de Trasplante**
 - c. En el departamento de consulta externa de un Hospital o Centro de Trasplante**
 - d. En un centro de cirugía ambulatoria, o (e) en consultorio médico privado.**
- 2. Si después de la autorización previa inicial fueran necesarios tratamientos y/o días adicionales de hospitalización, el médico tratante, o un representante oficial del Hospital o Centro de Trasplante donde el asegurado se encuentre internado deberá solicitar autorización a la compañía antes de haber transcurrido el último de los días originalmente autorizados. La Compañía revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico tratante.**
- 3. Si por causa de un accidente el asegurado no cumple el requisito de autorización previa, el asegurado o cualquier otra persona que actúe en su nombre y representación deberá notificarlo a la Compañía dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la ocurrencia del evento, en cuyo caso la Compañía accederá a otorgar cobertura sobre el caso que se trate.**

Para estar en condiciones de otorgar la autorización previa al asegurado o, a cualquier otra persona que actúe en su nombre y representación, deberá presentar la siguiente información:

1. **Diagnóstico positivo hecho por un médico**
2. **Copias de los exámenes de laboratorio, rayos X y/o cualquier otro reporte o resultado de pruebas del diagnóstico en las que este fue basado**
3. **Tratamiento previsto**
4. **Nombre y dirección del médico tratante**
5. **Nombre y dirección del proveedor del servicio médico**
6. **Fecha de la intervención**
7. **Duración del tratamiento en días.**

La Compañía dará el derecho al asegurado de solicitar una segunda opinión quirúrgica de un médico o un cirujano independiente certificado con especialidad en la materia. En caso de que dicha segunda opinión obtenida sea contraria al diagnóstico original del cirujano que recomendó la cirugía, el asegurado podrá recurrir a una tercera opinión, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de un médico o cirujano certificado con especialidad en la materia, o aceptado por la Compañía. Los costos usuales y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica correrán por cuenta de la Compañía.

Efectos de los requisitos sobre los beneficios (Reembolso):

Estando sujeto a todas las disposiciones y limitaciones establecidas en esta póliza, si el asegurado satisface los requisitos de autorización previa tal como se describen anteriormente, la Compañía pagará los gastos cubiertos procedentes de acuerdo a lo establecido en la póliza y este apartado.

En caso de que el asegurado no cumpla con el requisito de autorización previa en relación con una hospitalización o cirugía, el monto de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios, tratamientos y suministros relacionados con la misma ocurrencia será reducido por un coaseguro de 20% adicional al coaseguro contratado bajo la póliza de Gastos Médicos Mayores.

Si el asegurado no elige los proveedores de la red médica de la Compañía, el asegurado podrá acudir al proveedor de su preferencia y recibirá vía reembolso su indemnización sobre la base del gasto cubierto incurrido aplicándose un coaseguro de 20% adicional al coaseguro contratado bajo la póliza de Gastos Médicos Mayores.

Los honorarios Quirúrgicos erogados en el extranjero se sujetaran al límite superior del catálogo Physician Fee Coding Guide (Fee Range).

Exclusiones:

Para los efectos de este endoso se excluye todo gasto, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico o padecimiento derivado de:

1. **Todo siniestro incurrido antes del inicio de la vigencia de la presente cobertura.**

2. **Todos los riesgos excluidos por las condiciones generales de la póliza básica a la cual se adhiere este endoso.**
3. **Tratamientos internacionales para personas que permanecen durante la vigencia de la póliza después de 90 días fuera del territorio nacional, contados a partir de iniciado el viaje.**
4. **Se excluyen todos los padecimientos congénitos no explícitamente cubiertos por la sección III de las condiciones generales de la póliza a la que este endoso se adhiere.**
5. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, actos de terrorismo, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil.**
6. **Riesgos nucleares / atómicos de toda índole.**
7. **Tratamientos médicos y/o procedimientos quirúrgicos en territorio nacional.**
8. **Cualquier condición especial o cobertura adicional negociada en la póliza básica a la cual se adhiere este endoso.**
9. **Cualquier cobertura no incluida en este endoso.**

ENDOSO DE COBERTURA VITALICIA

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma, tiene el beneficio de renovación vitalicia.

Por renovación vitalicia se entiende el derecho que tiene cada asegurado de no ser excluido de la póliza debido únicamente a su edad alcanzada, siempre y cuando; al llegar a la edad máxima estipulada para renovación haya acumulado una antigüedad de 5 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

El derecho cubierto por este endoso se pierde si la renovación no es solicitada a más tardar en la fecha de vencimiento o si la póliza es cancelada por causa diferente a la edad alcanzada.

ENDOSO DE AYUDA POR MATERNIDAD

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma cuenta con la cobertura de maternidad si ocurre el nacimiento a través de un parto normal o cesárea.

Este endoso opera de acuerdo con lo siguiente:

1. Sólo dentro de la República Mexicana.
2. La ayuda máxima que se otorgará por asegurado será la señalada en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza
3. No se aplica deducible ni coaseguro.
4. Estarán cubiertas:
 - a) Asegurada titular o cónyuge cubierta en la póliza siempre que cuente con 12 meses de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.
 - b) Las hijas solteras cubiertas en la póliza siempre que cuenten con 3 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.
5. El reconocimiento de antigüedad no elimina el periodo de espera para esta cobertura.

Los gastos cubiertos bajo este endoso son los siguientes:

- Honorarios del cirujano
- Anestesiólogo
- Hospital
- El costo del uso de la cuna con máximo de 3 días
- Atención del pediatra al recién nacido al momento del parto o cesárea, exclusivamente hasta el costo usual y acostumbrado del hospital

ENDOSO DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma, cuenta con el reconocimiento de antigüedad de los asegurados titulares y dependientes económicos, desde la fecha de antigüedad indicada en la relación de asegurados que forma parte integrante de la póliza.

Para efectos de esta cobertura se entiende que:

Periodo de antigüedad es el periodo de cobertura que el asegurado ha acumulado en Seguros Atlas, S.A. o en cualquier otra compañía de seguros y que se reconoce como tal, para efectos de reducir los periodos de espera que marcan las condiciones generales de la póliza en su “SECCIÓN IV. LIMITACIONES”. En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en Seguros Atlas, S.A. sólo se tomará en cuenta el periodo acumulado en esta compañía.

Fecha de Antigüedad es la fecha inicial del periodo de antigüedad antes citado.

Exclusiones:

- a) **Gastos erogados con anterioridad al momento de cumplir los requisitos de antigüedad establecidos en las condiciones generales de la póliza en su “SECCIÓN IV. LIMITACIONES”.**
- b) **Gastos por padecimientos específicamente excluidos por medio del(los) endoso(s) correspondientes.**

El reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

ENDOSO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. C.E.E.

Cobertura: Suma asegurada por persona	50,000 USD
Deducible por evento	50 USD
Coaseguro	No aplica.

Esta cobertura ampara a aquellos asegurados que, mientras se encuentren viajando fuera de la República Mexicana, requieran tratamiento médico de emergencia. La cobertura para esta cláusula inicia después de treinta días a partir del alta o rehabilitación de esta.

Para efectos de esta cobertura, se entiende que el asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia, si sufre una alteración de su estado de salud con una afección órgano funcional súbita o lesión que ponga en peligro su vida, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento requiere de atención médica o quirúrgica inmediata.

Esta cobertura termina cuando el paciente es egresado del hospital o del servicio de urgencias para continuar su tratamiento fuera de este.

La aseguradora pagará en Moneda Nacional al tipo de cambio vigente según especifique el Banco Nacional de México para estas transacciones, a la fecha de erogación del primer gasto.

La suma asegurada por emergencia es la indicada en este endoso.

La base de cálculo para honorarios será la que corresponda al padecimiento tratado de acuerdo al rango menor (Fee Range) del Health Care Consultants Physicians Fee & Coding Guide.

En todos los casos el trámite de los gastos será por reembolso.

Gastos Cubiertos:

- Cuarto semiprivado y alimentos del paciente.
- Honorarios Médicos, cirujanos, anestesista y ayudantes.
- Material médico, equipo anestésico, sala de operaciones y cualquier material indispensable para su atención.
- Exámenes de laboratorio, gabinete y radiografías necesarias durante su estancia hospitalaria.
- Ambulancia terrestre del lugar del evento hacia el hospital.
- Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico o quirúrgico de la emergencia.

Esta cobertura NO AMPARA.

- **Complicaciones del embarazo, parto, operación cesárea y gastos del recién nacido.**
- **Las exclusiones o limitaciones que se encuentren estipulados en endosos y las condiciones generales de la póliza.**
- **Servicio de enfermería fuera del hospital.**
- **Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones programadas después de atendida la emergencia médica.**
- **Viajes con duración superior a 30 días.**

ENDOSO DE FRANJA FRONTERIZA

Mediante este endoso, se hace constar que la póliza cuenta con la cobertura de Franja Fronteriza, la cual operará de acuerdo con las bases que abajo se indican.

Franja Fronteriza Extranjera es aquella comprendida dentro de los 20 kilómetros de ancho al norte de México y que pertenece al territorio de Estados Unidos de Norteamérica.

La cobertura se sujetará a lo siguiente:

1. Tendrán efecto todas las condiciones y coberturas de la póliza, excepto el deducible y el coaseguro.
2. Se aplicará un deducible igual al doble del establecido en la póliza.
3. Se aplicará un coaseguro igual al de la póliza más 20 puntos porcentuales.
4. Los honorarios quirúrgicos se sujetarán a los límites establecidos en el catálogo contratado base de la póliza.
5. Aplicará sólo el sistema de reembolso para el pago de reclamaciones.

Este endoso tendrá vigencia sólo para aquellos siniestros que desde su primer gasto se atendieron en la franja fronteriza arriba definida y hasta por una suma asegurada igual.

ENDOSO DE CONTINUACIÓN FAMILIAR

Mediante este endoso se hace constar que la póliza tiene la cobertura de continuación familiar, la cual operará de acuerdo con las bases siguientes.

En caso de que el asegurado titular fallezca o quede inválido total y permanentemente a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta ocurrida durante la vigencia de la póliza, sus dependientes económicos que se encuentren cubiertos quedarán asegurados durante cinco años más, a partir de la siguiente renovación y sin pago de primas adicional.

Para efectos de este endoso se considera que el asegurado ha quedado inválido total y permanentemente sí, debido a que sufre lesiones corporales a causa de un accidente o padece una enfermedad, queda imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna actividad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad haya sido continua durante un período no menor de tres meses.

Se considera también que el asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, así como la pérdida o anquilosis de ambas manos, ambos pies, un pie y la vista de un ojo; una mano y la vista de un ojo. En estos casos no opera el período de espera mencionado en el párrafo anterior

Durante el tiempo de cobertura, seguirán vigentes los mismos beneficios que hayan tenido contratado en el momento del fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular

Causarán baja automática de esta cobertura sí, dentro del período señalado en el párrafo anterior, cualquiera de los dependientes:

- a) Siendo cónyuge, cumple 70 años de edad
- b) Siendo hijo; contrae matrimonio, cumple 25 años de edad o recibe ingresos por trabajo personal.

Este beneficio no se otorgará a asegurados titulares mayores de 64 años.

Exclusiones:

Quedan excluidos de la cobertura de este endoso los casos en que el asegurado titular fallezca o quede inválido total y permanentemente debido a un padecimiento no cubierto por la póliza a la que este endoso se adhiere.

ENDOSO DE GASTOS FUNERARIOS PARA DEPENDIENTES

Mediante este endoso, se hace constar que la póliza tiene la cobertura de gastos funerarios, la cual operará de acuerdo con las bases que se indican a continuación.

En caso de fallecimiento de cualquier dependiente asegurado, se reembolsarán los gastos funerarios a quien demuestre haberlos efectuado, mediante la presentación de las facturas correspondientes y acta de defunción, estos gastos están sujetos a un máximo de suma asegurada contratada para esta cobertura.

Esta cobertura de Gastos funerarios solo cubrirá los fallecimientos ocurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por el plan de Gastos Médicos Mayores, exista o no gasto previo del accidente o enfermedad que le dio origen al fallecimiento.

Los gastos funerarios cubiertos son los que se describen a continuación y la Suma Asegurada se indicara en el cuadro de especificaciones de la póliza:

- a) Ataúd.
- b) Traslado del cuerpo a la sala de velación.
- c) Uso de sala de velación.
- d) Pago de derechos de traslado.
- e) Carroza fúnebre.
- f) Pullman de acompañamiento del sitio de velación al lugar de inhumación.
- g) Pago de excavación, construcción e internación en gaveta.
- h) Costo de cremación, en su caso.

Las facturas deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó el gasto y/o Seguros Atlas.

En adición a las exclusiones de la póliza a la que este endoso se adhiere, se excluye el fallecimiento a consecuencia de suicidio dentro del primer año de vigencia.

ENDOSO DE REGIONALIZACIÓN

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que en caso de siniestro cubierto se procederá de acuerdo a lo siguiente:

Si el asegurado se atiende en hospitales de Jalisco, Nuevo León y Distrito Federal o su zona conurbada, participará con 7 puntos porcentuales adicionales al coaseguro que le corresponda conforme a las condiciones de la póliza, los cuales no serán computables para el Tope de Coaseguro en caso de haberlo contratado.

Lo anterior no aplicará si el siniestro es a consecuencia de una enfermedad, que para su tratamiento médico sea estrictamente necesario su traslado a las entidades mencionadas, asimismo no procederá en caso de accidente o emergencia sufridos dentro de Jalisco, Nuevo León y Distrito Federal o su zona conurbada.

Para efectos del presente endoso, se entiende que el asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia, si sufre una alteración de su estado de salud con una afección órgano funcional súbita o lesión que ponga en peligro su vida, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos.

La aplicación del presente endoso está prevista siempre que el asegurado se atienda en los hospitales cubiertos por el plan contratado. En cualquier otro caso se aplicará adicionalmente lo establecido en el endoso de hospitales correspondiente.

El presente endoso no limita la aplicación de las condiciones de la póliza.