

**CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL
Y/O FAMILIAR INBURMEDIC**

	Página
Indice	1
Capítulo 1 Introducción	3
Capítulo 2 Definiciones	3
2.1 Inicio de vigencia	3
2.2 Fin de vigencia	3
2.3 Accidente	3
2.4 Enfermedad	3
2.5 Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente	3
2.6 Hospitalización	4
2.7 Módulo de atención veinticuatro horas	4
2.8 Red Médica	4
2.9 Deducible	4
2.10 Coaseguro	4
2.11 Contratante	4
2.12 Endoso	4
2.13 Periodo al descubierto	4
2.14 Asegurados	4
2.15 Dependientes económicos	5
2.16 Beneficiario	5
2.17 Médico	5
2.18 Perito médico	5
2.19 Enfermera(o)	5
2.20 Hospital o sanatorio	5
2.21 Tabla de honorarios quirúrgicos (T.H.Q.)	5
2.22 Emergencia médica	5
2.23 Pago directo	5
2.24 Reembolso	5
2.25 Atención fuera de la Red Médica	6
Capítulo 3 Cobertura básica.	6
3.1 Gastos médicos mayores en territorio nacional	6
3.1.1 Reinstalación automática	6
3.1.2 Gastos médicos cubiertos	6
3.1.3 Exclusiones aplicables a la cobertura básica	8
Capítulo 4 Coberturas adicionales	8
4.1 Emergencia internacional	9
4.1.1 Exclusiones aplicables a esta sección	9
4.2 Cobertura internacional	9
4.2.1 Exclusiones aplicables a esta sección	9
4.3 Gastos funerarios	9
4.3.1 Exclusiones aplicables a esta sección	9
4.4 Enfermedades graves (SEVI)	10
4.4.1 Enfermedades cubiertas	10
4.4.2 Exclusiones aplicables a esta sección	10
4.5 Muerte accidental	10
4.5.1 Fallecimiento por causas no accidentales	11
4.5.2 Exclusiones aplicables a esta sección	11
4.6 Pérdida de miembros	11
4.7 Previsión familiar	11
4.7.1 Invalidez total y permanente	11
4.7.2 Exclusiones aplicables a esta sección	11
4.8 Cobertura de maternidad	12
4.8.1 Embarazo extrauterino o embarazo molar	12
4.8.2 Complicaciones del embarazo o puerperio	12
4.8.3 Óbito, parto normal y sus complicaciones, y cesárea	12
4.8.4 Enfermedades de los recién nacidos	12
4.8.5 Exclusiones aplicables a la sección 4.8	12

	Página
Capítulo 5 Padecimientos cubiertos con periodo de espera	12
Capítulo 6 Exclusiones aplicablea a todas las coberturas	12
Capítulo 7 Cláusulas Generales	13
7.1 Siniestros	13
7.2 Pago de indemnizaciones	14
7.3 Pago direncto	14
7.4 Pago por reembolso	14
7.5 Deducible	15
7.6 Coaseguro	15
7.7 Otros seguros	15
7.8 Moneda	15
7.9 Edad	15
7.10 Alta de asegurados	16
7.11 Primas	16
7.12 Renovación	17
7.13 Contrato	17
7.14 Beneficiarios	17
7.15 Omisiones o inexactas declaraciones	18
7.16 Comunicaciones	18
7.17 Competencia	18
7.18 Arbitraje Médico	19
7.19 Prescripción	19
7.20 Interés moratorio	19
7.21 Comisiones	19

CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN

1.1 ¿Qué beneficios me ofrece esta póliza?

Esta póliza cubre los gastos por la atención médica hospitalaria originada por un accidente o enfermedad que ocurran dentro de la vigencia de esta póliza y que de acuerdo a las definiciones establecidas en las presentes condiciones generales sean gastos cubiertos amparando hasta la suma asegurada contratada, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente, para cada uno de los asegurados.

CAPÍTULO 2 DEFINICIONES

En esta póliza establecemos los siguientes conceptos:

Usted o Ustedes	Es el asegurado titular o sus dependientes.
Su y Sus	Del asegurado titular o sus dependientes.
Compañía, nosotros	Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa.
Nuestra(s) y nuestro(s)	De Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa.

2.1 Inicio de vigencia

¿Qué debo entender por fecha de inicio de vigencia de la póliza?

Para los asegurados iniciales es la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza. A partir de esta fecha se determinará la antigüedad de cada uno de Usted(es), siempre y cuando la póliza se renueve con vigencias sucesivas ininterrumpidas.

En el caso de altas posteriores de asegurados, la fecha de inicio de vigencia será la fecha en que éstos sean aceptados por Nosotros.

2.2 Fin de vigencia

¿Qué debo entender por fecha de fin de vigencia de la póliza?

La fecha de fin de vigencia será la indicada en la carátula de esta póliza o, en su caso, la fecha en que dicha vigencia concluya conforme a lo señalado en el último párrafo de la sección 3.1 del capítulo 3 denominado cobertura básica.

Cuando Usted(es) Nos soliciten la baja de algún asegurado antes del término de vigencia de la póliza, la fecha de fin de vigencia para dicho asegurado será la fecha en que recibamos la solicitud de baja.

2.3 Accidente

¿Qué debo entender por accidente?

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a su voluntad, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del accidente, o bien, que produzca el fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente.

Salvo caso fortuito o fuerza mayor, en caso de no haber recibido la notificación por escrito dentro del plazo antes mencionado, se considerará como enfermedad.

2.4 Enfermedad

¿Qué debo entender por enfermedad?

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este contrato, sólo las enfermedades que se manifiesten 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza o de la fecha de inicio de vigencia para cada uno de Usted(es) y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

Se considerarán dentro de un mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones, y secuelas que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.

2.5 Padecimiento y/o enfermedad preexistente

¿Qué entiendo pospadecimiento y/o enfermedad preexistente?

Para efectos de esta póliza, padecimiento y/o enfermedad preexistente es aquella que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o c) el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula 7.18 denominada Arbitraje Médico.

Si Usted(es) se sometió(eron) a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le(s) haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.

2.6 Hospitalización

¿Qué entiendo por hospitalización?

Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y se dé a partir del momento en que Usted(es) ingrese(n) como paciente(s) interno(s).

2.7 Módulo de atención veinticuatro horas

¿Qué es el módulo de atención veinticuatro horas?

Es el lugar en donde se encuentra personal de Nosotros para proporcionar a Usted(es) información de manera permanente.

2.8 Red Médica

¿Qué es la Red Médica?

Es el grupo de prestadores de servicios que ofrecen la atención que requieren las coberturas otorgadas por esta póliza. Dichos prestadores de servicios se enlistan en el directorio anexo.

Es obligación de Usted(es) verificar en Nuestro módulo de atención veinticuatro horas, previo a recibir la atención médica u hospitalaria, que el prestador cuyos servicios se requieren pertenezca a la Red Médica, de lo contrario no procederá el pago directo.

Usted(es) podrá(n) consultar la Red Médica de prestadores de servicios que se encuentra por escrito a través de Nuestra página de Internet en la dirección electrónica www.inbursa.com.mx, la cual se actualiza cada vez que dicha red sufre algún cambio.

2.9 Deducible

¿Qué entiendo por deducible?

Es la cantidad fija que Usted(es) debe(n) cubrir por cada enfermedad en la cobertura de gastos médicos, a que se refiere el capítulo 3 y el capítulo 4 en las secciones 4.1, 4.2 y 4.8, la cual se indica en la carátula de esta póliza. A dicha cantidad se le aplicará un descuento de \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.), como máximo al utilizar el servicio de pago directo.

A todo gasto incurrido aplica deducible, siempre y cuando la reclamación proceda y sea superior al monto establecido como deducible en la carátula de esta póliza.

El deducible no aplica en caso de accidente.

2.10 Coaseguro

¿Qué entiendo por coaseguro?

Es el porcentaje establecido en la carátula de esta póliza que corresponde a Su participación sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible en la cobertura de gastos médicos derivados de la enfermedad pagándose como máximo el límite indicado en la carátula de esta póliza. A este porcentaje se le aplicará un descuento máximo del 10% en cada ocasión que se utilice el servicio de pago directo.

Todo gasto incurrido aplicará coaseguro. Su participación por concepto de coaseguro nunca podrá rebasar el monto establecido en la carátula de esta póliza.

El coaseguro no aplica en caso de accidente, excepto por el servicio de ambulancia aérea.

2.11 Contratante

¿Qué debo entender por contratante?

Es la persona física o moral, indicada en la carátula de esta póliza, responsable ante Nosotros de pagar la prima del seguro. Si en la carátula de la póliza no aparece designado un contratante, éste será el asegurado titular.

Nosotros podremos reclamar del (los) asegurado(s) el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

2.12 Endoso

¿Qué entiendo por endoso?

Es el documento mediante el cual se modifican las condiciones del contrato, por acuerdo previo entre las partes.

2.13 Periodo al descubierto

¿Qué debo entender por periodo al descubierto?

Es el lapso de tiempo en el cual esta póliza no está pagada, inicia el día siguiente de finalizado el periodo de gracia referido en la cláusula 7.11 denominada Primas, y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones por accidentes o enfermedades, ocurridos durante este periodo, por padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante este periodo y/o por los cuales se hayan erogado gastos ocurridos durante el periodo al descubierto.

2.14 Asegurados

¿Quiénes son los asegurados?

Son Usted y Sus dependientes económicos, incluidos y aceptados en esta póliza, cuyos nombres aparecen en la carátula de la misma.

2.15 Dependientes económicos

¿Quiénes son los dependientes económicos?

El cónyuge o concubina(rio) y los hijos solteros que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años de edad. Para que los dependientes económicos se consideren asegurados, deben aparecer con este carácter en la carátula de esta póliza.

2.16 Beneficiario

Beneficiario, ¿quién es?

El beneficiario es la persona designada por Usted(es) con derecho a reclamar la cobertura de gastos funerarios y muerte accidental.

2.17 Médico

¿Qué se entiende por médico?

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser: médico general o médico especialista.

2.18 Perito médico

¿Qué se entiende por perito médico?

Es el médico especialista titulado y con cédula profesional, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

2.19 Enfermera(o)

¿Qué se entiende por enfermera(o)?

Es la persona titulada dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de su actividad.

2.20 Hospital o sanatorio

¿Qué se entiende por hospital o sanatorio?

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuentan las veinticuatro horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas y con médicos y enfermeras.

2.21 Tabla de honorarios quirúrgicos (T.H.Q.)

¿Qué es la tabla de honorarios quirúrgicos (T.H.Q.)?

Es una relación de intervenciones quirúrgicas, donde se indica el porcentaje que, aplicado al límite que sirve de base para el pago de honorarios quirúrgicos, determinará Nuestra responsabilidad máxima.

2.22 Emergencia médica

¿Qué entiendo por emergencia médica?

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

2.23 Pago directo

¿Qué entiendo por pago directo?

Servicio mediante el cual, Nosotros pagaremos directamente a los prestadores de servicios los gastos resultantes por la atención médica y hospitalaria cubierta que Usted(es) reciba(n), quedando únicamente a Su cargo los gastos no cubiertos por esta póliza, el deducible y el coaseguro según corresponda.

Los requisitos para que opere el pago directo son los siguientes:

- Que al momento de solicitar el pago directo la prima o la fracción correspondiente deberá estar pagada,
- Que Usted se atienda con un médico y hospital que pertenezca a la Red Médica de Nosotros,
- Que al momento de su solicitud se cuente con un diagnóstico definitivo de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza,
- Que el gasto incurrido rebase el deducible respectivo,
- Se requiera hospitalización y en caso de cirugía ambulatoria, previa autorización de Nosotros.

Al operar el pago directo aplicará una reducción de \$2,500.00 (dos mil quinientos pesos 00/100 M.N.) como máximo de deducible y 10% de coaseguro, para lo cual Usted deberá contar con una carta pase emitida y autorizada por Nosotros.

Es obligación de Usted(es) verificar en Nuestro módulo de atención veinticuatro horas, previo a recibir la atención médica u hospitalaria, que el prestador cuyos servicios requiera pertenezca a la Red Médica de Nosotros, ya que de lo contrario no procederá el pago directo.

Con independencia de lo anterior, Usted(es) tiene(n) la obligación de respetar los procedimientos y requisitos establecidos por el médico y/ u hospital o sanatorio correspondiente.

2.24 Reembolso

¿Qué es reembolso?

Consiste en que los gastos realizados a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta póliza, deberán ser liquidados directamente por Usted(es) al prestador de servicios correspondiente. Aquéllos gastos que procedan le serán reintegrados posteriormente a Usted, a quien Usted designe o bien a quien demuestre haber efectuado los gastos.

Si al momento de solicitar el reembolso, la prima o la fracción correspondiente no se encuentra pagada, de la indemnización se descontará la prima pendiente de pago.

2.25 Atención fuera de la Red Médica

En caso de que la reclamación proceda, ¿Qué pasa si el médico o el hospital con el que me atiendo no pertenecen a la Red Médica?

Se podrán reembolsar los gastos erogados, siempre y cuando la reclamación proceda, aplicando el deducible y coaseguro indicado en la carátula de esta póliza.

CAPÍTULO 3 COBERTURA BÁSICA

3.1. Gastos médicos mayores en territorio nacional

Si durante la vigencia de esta póliza, como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto, Usted(es) requiriese(n) cualquiera de los servicios enumerados a continuación, mismos que deben ser prescritos por el médico tratante, Nosotros cubriremos el importe de los mismos, hasta por la cantidad máxima asegurada en cada cobertura, ajustándolo a los límites establecidos en esta póliza.

Los gastos procedentes se pagarán de acuerdo con las condiciones generales y coberturas de la póliza vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro.

La vigencia de esta cobertura terminará respecto (de cada uno) de Usted(es), automáticamente con el agotamiento de la suma asegurada vigente a la fecha de efectuar el primer gasto del padecimiento correspondiente y con la aplicación de dicha cantidad a cada accidente o enfermedad.

En caso de terminación o cancelación del seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada accidente o enfermedad cubierto mientras el contrato se encuentre en vigor, hasta el agotamiento de la suma asegurada o transcurridos 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

3.1.1. Reinstalación automática

En caso de agotamiento de la suma asegurada por un accidente o enfermedad, ésta se reinstalará sin cobro adicional de primas para cubrir otros accidentes o enfermedades sin relación con el padecimiento respecto del cual se agotó la suma asegurada.

3.1.2. Gastos médicos cubiertos

A) Si se requiere de intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, los honorarios de cirujano y/o médico serán cubiertos hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos, consultas postoperatorias y visitas hospitalarias.

El límite por este concepto se determinará en función del plan contratado, el cual deberá aparecer en la carátula de la póliza y está determinado de acuerdo a lo siguiente:

- a) Si es contratado con Tabla de Honorarios Quirúrgicos (T.H.Q.), los honorarios de cirujano serán cubiertos aplicando el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en la T.H.Q. a la cantidad indicada en la carátula de la póliza para este concepto. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la T.H.Q. se valorarán por similitud a las comprendidas en ésta.
- b) Si es contratado sin T.H.Q., la responsabilidad máxima para el pago de honorarios quirúrgicos será el monto elegido por Usted(es) e indicado en la carátula de la póliza.
- c) Si es contratado el plan Amplio, la responsabilidad máxima para el pago de honorarios quirúrgicos será hasta la suma asegurada de la póliza.

En función de lo anterior, se deberá observar lo siguiente:

Cuando en una misma sesión quirúrgica se le practiquen dos o más operaciones en una misma incisión quirúrgica, se pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando los importes procedentes sean iguales.

Si el mismo cirujano realiza otra intervención independiente a la efectuada en otra parte del cuerpo, considerando que existen dos incisiones dentro de una misma sesión, los honorarios de la segunda intervención serán cubiertos al 50% del monto procedente.

Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad en la misma sesión o en sesiones quirúrgicas sucesivas, se sumará un 50% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios del anestesiólogo que serán cubiertos únicamente hasta un máximo de 35% por ciento de lo procedente para la cirugía principal.

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, y no se estipule en la T.H.Q. como un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios quirúrgicos calculando un 50% adicional al monto procedente de acuerdo a la T.H.Q.

Cuando sea necesaria la intervención quirúrgica para la reconstrucción de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias, etc.) en la misma sesión y por la misma incisión, sólo se pagará el 50% del porcentaje del monto procedente más alto y el 25% del porcentaje del monto estipulado para las restantes.

Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica, se considerará como otra intervención quirúrgica distinta e independiente, siempre que se realice después de transcurridas por lo menos veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará de la siguiente manera: para el padecimiento cubierto los honorarios quirúrgicos, anesthesiólogo, ayudante, etc., se pagarán de acuerdo a lo estipulado en la póliza; los gastos del hospital se pagarán al 50% de la factura total.

- B) Gastos de honorarios de anesthesiólogo, los cuales serán cubiertos hasta el 30% de lo pagado por Nosotros al cirujano.*
- C) Si se requiere de intervención quirúrgica, los honorarios del primer y segundo ayudante serán cubiertos hasta el 20% y 10%, respectivamente, de lo pagado por Nosotros al cirujano. En el caso del segundo ayudante será necesario que se demuestre la necesidad de sus servicios y que Nosotros lo autoricemos.*
- D) Los honorarios por consultas médicas en sanatorio, hospital, consultorio, o domicilio, quedarán cubiertos hasta el límite por día indicado en la carátula de esta póliza con un máximo de una consulta diaria.*
- E) Gastos originados durante Su estancia en el área de terapia intensiva a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos, a excepción de los honorarios de médicos y cirujanos los cuales serán cubiertos hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza.*
- F) Los gastos de medicamentos, siempre que sean prescritos por el médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento del accidente o enfermedad cubierto y sea dicho médico quien expida la receta correspondiente, debiendo anexar ésta junto con la nota de la farmacia.*
- G) Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiogramas, encefalogramas, u otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad, siempre y cuando sean indicados por el médico tratante y tengan relación con los mismos.*
- H) Gastos de hospital o sanatorio representados por el costo de la habitación privada estándar, los aditamentos necesarios para la adecuada estancia de Usted(es) que sean proporcionados por el hospital o sanatorio, sin petición expresa de Usted(es) o sus familiares y los alimentos hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, con un máximo de 180 (ciento ochenta) días. Además se pagará el costo de cama extra para un acompañante.*
- I) Gastos de sala de operaciones, recuperaciones, y curaciones.*
- J) Gastos de honorarios de enfermera especial a domicilio, siempre y cuando la asistencia sea indicada por el médico tratante, los honorarios por este concepto serán cubiertos hasta el límite diario indicado en la carátula de la póliza con un máximo de 60 (sesenta) días.*
- K) Gastos por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros, u otras sustancias semejantes.*
- L) Gastos originados por consumo de oxígeno.*
- M) Gastos que resulten de la renta o compra de aparatos ortopédicos y/o prótesis, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza, exista una prescripción médica, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. La prótesis dental sólo estará cubierta por accidente.*
Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos previa indicación del médico tratante, con un máximo de 2 (dos) pares por año.
- N) Gastos de transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado de Usted(es) desde o hacia el hospital o sanatorio, previa indicación del médico tratante y hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza por cada enfermedad o accidente.*
- O) Siempre que en la carátula de esta póliza se especifique la cobertura de ambulancia aérea, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto, si a consecuencia de una emergencia médica Usted(es) requiere(n) atención hospitalaria y en la localidad no se cuente con los recursos médicos hospitalarios necesarios para Su atención y el médico tratante recomiende el traslado. Para que esta cobertura proceda deberá ser autorizada previamente por Nosotros.*

Toda reclamación que se origine por este concepto se cubrirá hasta el límite indicado en la carátula de esta póliza, aplicando un coaseguro del 20% sobre el gasto incurrido, no importando que la causa sea por enfermedad o accidente.

No se cubrirá este concepto en los siguientes casos:

Cuando sea impedido el (los) traslado(s) de Usted(es), por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas o porque las condiciones meteorológicas no permitan el traslado seguro en el aeropuerto.

- P) Gastos por tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, o quimioterapia.*
- Q) Gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales requeridos por atención dental urgente a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías (iniciales o previas al tratamiento) donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia de dicho accidente.*

R) Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos en este contrato y se presenten estudios de laboratorio, gabinete, imagen o cualquier otra documentación necesaria (iniciales o previas al tratamiento) donde se haga constar el daño sufrido.

3.1.3 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA BÁSICA

El contrato de seguro contenido en esta póliza excluye los gastos de estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que se enumeran a continuación:

- 1) Curas de reposo o exámenes médicos generales conocidos con el nombre de check-up.**
- 2) Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto.**
- 3) Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o miopía.**
- 4) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto los gastos originados por atención dental a consecuencia de un accidente cubierto y cuyo primer gasto se realice en los primeros 90 (noventa) días de ocurrido dicho accidente.**
- 5) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.**
- 6) Tratamientos experimentales.**
- 7) Gastos realizados por acompañantes durante Su internación en un hospital o sanatorio, tales como cuarto o alimentos, excepto los que se originen por cama extra.**
- 8) Gastos ocasionados por consultas, diagnóstico y/o tratamiento médico quirúrgico de infertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia o disfunción sexual y/o sus complicaciones.**
- 9) Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de calvicie, obesidad o tabaquismo.**
- 10) Reposición de prótesis existentes, excepto que hayan sido declaradas, que ameriten reposición demostrable y sea a consecuencia de un accidente cubierto y no exceda el límite establecido en la carátula de esta póliza.**
- 11) Los honorarios de enfermera especial intrahospitalaria.**
- 12) Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
- 13) Los gastos por gimnasios, deportivos, uso de alberca, lugares de masaje, bicicletas y similares para efectos de rehabilitación.**
- 14) La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
- 15) Los gastos en calidad de donador(es).**
- 16) Los estudios y gastos médicos que se realicen a los prospectos a ser donador(es) de Usted(es).**
- 17) Honorarios médicos cuando el médico sea alguno de Ustedes o familiar directo de Usted(es) (padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubina(rio)).**
- 18) Afecciones propias del embarazo, cesárea, parto, puerperio y legrados cualquiera que sea su causa.**

CAPÍTULO 4 COBERTURAS ADICIONALES

Usted(es) puede(n) complementar Su protección con la contratación de las siguientes coberturas adicionales, las cuales operarán siempre que se indiquen en la carátula de esta póliza.

Estas coberturas adicionales estarán vigentes a partir de su fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza y seguirán renovándose por todo el tiempo que continúe en vigor esta póliza, aplicando la tarifa que se encuentre vigente y hasta el plazo de vencimiento indicado en la cláusula de edad o cuando Usted(es) nos solicite(n) expresamente la cancelación de las coberturas adicionales.

En el caso de las coberturas de gastos funerarios, enfermedades graves (SEVI) y muerte accidental quedarán canceladas automáticamente al efectuar el pago del siniestro correspondiente o al cumplir con lo indicado en el párrafo anterior.

4.1 Emergencia internacional

Nosotros cubriremos las erogaciones que se originen por una emergencia médica en el extranjero, siempre que ocurran dentro de la vigencia de esta cobertura, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en esta póliza. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica de Usted(es), cesará la emergencia y por lo tanto los efectos de esta cobertura.

Por concepto de habitación quedará cubierta la tarifa correspondiente a cuarto estándar privado.

En toda reclamación por enfermedad que se origine por una emergencia médica en el extranjero, se le aplicará únicamente el deducible indicado en la carátula de esta póliza, quedando exenta de la aplicación del coaseguro.

Nosotros pagaremos la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de la erogación de los gastos cubiertos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

4.1.1 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

No quedarán cubiertos los conceptos que están excluidos en esta póliza indicados para la cobertura básica, además de los siguientes:

- 1) Los accidentes o enfermedades que se hayan generado en la República Mexicana.**
- 2) El servicio de enfermería fuera del hospital.**
- 3) Los tratamientos de rehabilitación.**

4.2 Cobertura internacional

Si como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto, que ocurra dentro de la vigencia de esta cobertura, Usted(es) requiriese(n) atención médica en el extranjero, Nosotros cubriremos el costo de los gastos médicos cubiertos hasta los límites establecidos en la carátula de esta póliza.

Si alguno de Ustedes llegara a residir más de 3 (tres) meses fuera del territorio nacional, con un máximo de 12 (doce) meses, se le aplicará una tarifa especial. **Después de transcurridos 12 (doce) meses quedarán excluidos de esta cobertura.**

Nosotros pagaremos la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de la erogación de los gastos cubiertos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

En toda reclamación por enfermedad en el extranjero se aplicará el deducible y coaseguro indicado en la carátula de la póliza.

4.2.1 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

No quedarán cubiertos los conceptos que están excluidos en esta póliza indicados para la cobertura básica.

4.3 Gastos funerarios

Nosotros estaremos obligados a pagar la suma asegurada contratada en esta cobertura, en caso de que ocurra el fallecimiento de alguno de los asegurados de esta cobertura a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la cobertura. Dichos gastos se pagarán a quien acredite haberlos efectuado. En caso de que los gastos incurridos sean menores a la suma asegurada para esta cobertura adicional, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por Usted(es) para tales efectos.

Para los asegurados nacidos durante la vigencia de esta póliza, esta cobertura entrará en vigor en la fecha de renovación en que dicho asegurado cuente con 1 (un) año de edad cumplido. En caso de menores de 12 (doce) años la suma asegurada que se indemnizará no excederá de 60 (sesenta) veces el salario mínimo mensual general vigente en el Distrito Federal a la fecha del siniestro.

4.3.1 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

Esta cobertura excluye el pago de la suma asegurada cuando el fallecimiento se deba a:

- 1) Suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, si ocurre antes de los 2 (dos) años, contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.**

4.4 Enfermedades graves (SEVI)

Esta cobertura puede contratarse para Usted o para Usted y su cónyuge o concubina(rio). En caso de que a Usted y/o a su cónyuge o concubina(rio) se le diagnostique alguna de las siguientes 7 (siete) enfermedades graves, Nosotros pagaremos la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional en una sola exhibición, al tener en Nuestro poder las pruebas del diagnóstico de la enfermedad, siempre y cuando dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, indicada en la carátula de esta póliza.

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido o corroborado por un médico.

Podremos, cuando lo estimemos necesario, exigir que se nos compruebe a Nuestra costa el diagnóstico presentado, solicitándole se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que consideremos necesarias. En caso de que Usted o su cónyuge o concubina(rio) se negaran injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone la presente cobertura adicional. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

4.4.1 Enfermedades cubiertas

Las enfermedades cubiertas son:

- ❖ Infarto al Miocardio
- ❖ Cáncer
- ❖ Enfermedad cerebro vascular
- ❖ Afeción de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass
- ❖ Insuficiencia Renal
- ❖ Trasplante de órganos vitales
- ❖ Parálisis/Paraplejía

Estas enfermedades deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

a) Infarto al miocardio

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de esta cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass.

b) Cáncer

La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El diagnóstico deberá de apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.

c) Enfermedad cerebro vascular

Una enfermedad o accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

d) Afeción de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial serán excluidas de esta definición.**

e) Insuficiencia renal

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal con regularidad o la realización de un trasplante de riñón.

f) Trasplante de órganos vitales

La realización efectiva de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donante.**

g) Parálisis/paraplejía

La pérdida total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

4.4.2 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

Quedan excluidas todas las enfermedades que no sean las descritas en el punto 4.4.1.

4.5 Muerte accidental

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente ocurriera el fallecimiento de Usted(es) dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, Nosotros pagaremos en una sola exhibición a Sus beneficiarios la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional.

Esta cobertura puede contratarse para Usted, para Usted y su cónyuge o concubina(rio), o para todos los Asegurados mayores a 12 (doce) años de edad.

4.5.1 Fallecimiento por causas no accidentales

En caso de que Usted(es) falleciera(n) por causas no accidentales, Nosotros reembolsaremos a Sus beneficiarios la prima no devengada.

4.5.2 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

Este seguro no cubre la muerte causada directa o indirectamente, por alguna de las siguientes causas:

1) Homicidio intencional.

2) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue de origen accidental.

4.6 Pérdida de miembros

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, a causa de un accidente Usted(es) perdiera(n) alguno de sus miembros y esto sucediera dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, le pagaremos el porcentaje de suma asegurada que le corresponda de acuerdo a la siguiente tabla de pérdida de miembros.

Pérdida de miembros	Escala A
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

Esta cobertura sólo opera en el caso de que se contrate la cobertura adicional de la sección 4.5. denominada Muerte accidental.

4.7 Previsión familiar

Si durante la vigencia de esta cobertura adicional, Usted como contratante de esta póliza falleciera o se invalidara total y permanentemente a causa de una enfermedad o accidente cubierto en esta póliza, Nosotros le eximiremos del pago de las primas correspondientes durante 5 (cinco) años tanto a Usted como a Sus dependientes económicos, a partir de la prima que venza después de la fecha en que haya ocurrido el siniestro, manteniéndolo en vigor bajo las mismas condiciones vigentes al ocurrir el mismo.

4.7.1 Invalidez total y permanente

Por invalidez total y permanente se entiende cualquier lesión corporal a causa de un accidente o una enfermedad cubierta en esta póliza que se presente durante la vigencia de esta cobertura adicional que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales, del que pueda obtener alguna remuneración y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a 6 (seis) meses continuos contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la invalidez por una institución o médico con certificación de especialidad en la materia.

En el caso de invalidez por accidente, se considerará como tal si ésta se presenta dentro de los 180 (ciento ochenta) días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente y como consecuencia del mismo. Independientemente de lo anterior, se considerará como Invalidez total y permanente, y no se tomará en cuenta el periodo a que se refiere la parte final del primer párrafo de esta definición, lo siguiente:

- a) La pérdida completa y definitiva de la vista en ambos ojos.
- b) La amputación o anquilosis total de ambas manos.
- c) La amputación o anquilosis total de ambos pies.
- d) La amputación o anquilosis total de una mano y un pie.
- e) La amputación o anquilosis total de una mano y pérdida de la vista de un ojo, o
- f) La amputación o anquilosis total de un pie y pérdida de la vista de un ojo.

4.7.2 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA SECCIÓN

Esta cobertura excluye el pago de la suma asegurada cuando el fallecimiento se deba a:

1) Suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, si ocurre antes de los 2 (dos) años, contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

4.8 Cobertura de maternidad

Esta cobertura ampara los gastos resultantes de la atención médica y hospitalaria derivada de los conceptos enlistados a continuación, hasta la suma asegurada de la cobertura básica y con la aplicación del deducible y coaseguro; excepto para la sección 4.8.3 denominada Óbito, parto normal y sus complicaciones, y cesárea, en la que la cobertura será hasta el límite indicado en la carátula de la póliza y no aplicará ni deducible ni coaseguro.

4.8.1 Embarazo extrauterino o embarazo molar

Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, el embarazo extrauterino o el embarazo molar, siendo necesario para éste último adjuntar el estudio histopatológico.

4.8.2 Complicaciones del embarazo o puerperio

Las complicaciones del embarazo o puerperio que se mencionan más adelante siempre que ocurran después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura: Eclampsia, preeclampsia severa, estados de fiebre puerperal, placenta previa e hiperemesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.

4.8.3 Óbito, parto normal y sus complicaciones, y cesárea

Óbitos, parto normal y sus complicaciones, así como la operación cesárea, siempre y cuando ocurran después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura..

Dentro de este concepto se cubrirá el total de gastos desde Su ingreso hasta el alta del hospital, incluyendo los honorarios médicos o quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano hasta el límite indicado en la carátula de la póliza.

4.8.4 Enfermedades de los recién nacidos

Las enfermedades de los recién nacidos quedarán cubiertas desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura para la madre asegurada y sean dados de alta en la misma dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento. Incluye los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas.

4.8.5 EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A LA SECCION 4.8

1) Cualquier complicación del embarazo, excepto las mencionadas en los puntos 4.8.1 y 4.8.2.

2) Cualquier concepto que no cumpla lo estipulado en los puntos 4.8.3 y 4.8.4.

CAPÍTULO 5 PADECIMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Estos padecimientos se aplican para el capítulo 3, sección 3.1 denominado Gastos Médicos Mayores en territorio nacional y para el capítulo 4, secciones 4.1 y 4.2 denominadas Emergencia internacional y Cobertura internacional, respectivamente.

- A) Estarán cubiertos después del primer año de inicio de vigencia de cada cobertura para cada uno los gastos resultantes de: padecimientos de nariz o senos paranasales o procedimientos quirúrgicos de rodilla (independientemente de que se trate de un accidente o enfermedad), amigdalitis, amigdalectomía, adenoiditis, adenoidectomía, eventraciones, hernioplastias, hemorroidectomías, cualquier padecimiento anorectal, colecistitis, colecistectomía, insuficiencia venosa, várices de miembros inferiores, cataratas, hallus valgus (juanetes), litotripsias, cálculos del aparato genito-urinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.**
- B) Estarán cubiertos después del segundo año de vigencia de esta póliza para cada uno de Usted(es) los tratamientos de prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso perineal, tumoraciones mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.**
- C) Estarán cubiertos después del segundo año de vigencia de esta póliza para cada uno de Usted(es) los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, aplicando el deducible y coaseguro indicado en la carátula de la póliza, independientemente de que la causa sea por enfermedad o accidente.**
- D) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante endoso expedido por Nosotros, quedarán cubiertos después del segundo año ininterrumpido de vigencia en este seguro para (cada uno de) Usted(es). **Los padecimientos que no cumplan con lo anterior, no quedarán cubiertos.****

CAPÍTULO 6 EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

- 1) Trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, estrés, neurosis o psicosis, bulimia, anorexia y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje o de aprendizaje, cualquiera que fuesen sus**

manifestaciones clínicas, enfermedades del sueño, roncopatías, y uvulopalatoplastías, independientemente del origen de éstas; salvo para tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o enfermedad terminal.

- 2) Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), salvo que esté cubierto mediante endoso expedido por Nosotros.*
- 3) Gastos por diagnóstico y/o tratamiento de aborto, independientemente que sea por accidente o enfermedad y afecciones propias del embarazo, salvo lo establecido en la sección 4.8 denominada Cobertura de maternidad.*
- 4) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, excepto las que cumplan con lo establecido en el inciso D) del capítulo 5 denominado Padecimientos cubiertos con periodo de espera y aquellos relativos al tipo de examen médico que se le haya aplicado a solicitud de la Compañía, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.*
- 5) Los gastos derivados de lesiones físicas infligidas por Usted(es) sobre sí mismo(s), o por intento de suicidio, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.*
- 6) Enfermedades o accidentes que resulten, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, estupefaciente, sustancia psicotrópica, somnífero o similares, excepto si fueron prescritos por un médico.*
- 7) Gastos por tratamientos de lesiones corporales o enfermedades que sufran en servicio militar de cualquier clase, en actos de revolución o guerra, insurrección, rebelión, o actos delictuosos intencionales en los cuales Usted(es) participe(n) directamente.*
- 8) Gastos por tratamientos de lesiones corporales o enfermedades que sufra a consecuencia de una riña cuando Usted(es) sea(n) el(los) provocador(es).*
- 9) Gastos por lesiones que sufra(n) cuando viaje(n) como ocupante(s) de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad.*
- 10) Los gastos originados por la práctica profesional de cualquier deporte.*
- 11) Lesiones que sufra(n) cuando viaje(n) como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.*
- 12) Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones, expresamente excluidas en este contrato.*

CAPÍTULO 7 CLÁUSULAS GENERALES

7.1 Siniestros

¿Qué procedimiento debo seguir para presentar mi reclamación?

Usted(es), su representante legal o quien demuestre haber efectuado los gastos, deberá presentarnos una declaración del médico o médicos que lo hayan atendido, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades y/o accidentes, inmediatamente después de conocerlo.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro.

¿Qué documentos debo presentar al efectuar mi reclamación?

Deberá presentarnos las formas de declaración correspondientes que para el efecto le proporcionemos, así como la comprobación del pago de los gastos incurridos que rebasen el importe del deducible presentando las notas o facturas correspondientes, las cuales deberán reunir los requisitos que para las de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, así como el documento en que el médico tratante haya prescrito el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la indemnización, los documentos quedarán en Nuestro poder.

Con la aceptación de esta póliza, Usted(es) Nos autoriza(n), para que solicitemos y obtengamos de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que lo(s) haya(n) atendido o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información

completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre Su(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) anterior(es) y/o actual(es).

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, Usted(es) debe(n) cumplir con Su obligación de presentar, en caso de siniestro, un resumen clínico así como toda la información y documentación que Nosotros le(s) requiramos sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de la(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) correspondiente(s) ya que los mismos son indispensables para que Nosotros podamos conocer el fundamento de Su reclamación, en términos de los artículos 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

7.2 Pago de indemnizaciones

Cobertura básica, Emergencia internacional y/o Cobertura internacional

Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por cada enfermedad o accidente y de acuerdo a los límites establecidos en esta póliza. A este importe se le aplicará primero el deducible procedente y a lo que resulte se le aplicará el coaseguro que le corresponda, dando como resultado el importe de gastos médicos procedentes.

Nosotros nos obligamos a cubrir hasta el monto que resulte menor de entre el importe de gastos médicos procedentes y la suma asegurada vigente al momento de ocurrencia del siniestro para la cobertura de gastos médicos, para cada uno de Usted(es).

Únicamente serán cubiertos los honorarios de enfermeras y médicos, así como los gastos de internación efectuados en sanatorios u hospitales.

No se harán pagos a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

Enfermedades graves (SEVI)

Usted tendrá derecho a recibir la suma asegurada contratada para esta cobertura, siempre y cuando el diagnóstico sea de forma definitiva expedido por un médico o en su caso, a partir de la fecha en que dicho diagnóstico hubiere sido corroborado por Nosotros, siempre y cuando dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura. Nos reservamos el derecho, cuando lo estimemos necesario, de exigir que se nos compruebe a Nuestra costa el diagnóstico presentado, solicitándole se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que consideremos necesarias. En caso de que Usted y/ o su cónyuge o concubina(rio) se negara(n) injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone la presente cobertura. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

Pérdida de miembros

Cuando sean varias las pérdidas durante la vigencia de esta póliza en uno o varios accidentes, Nosotros pagaremos la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

7.3. Pago directo

Aplicable sólo a la Cobertura básica, Emergencia internacional y Cobertura internacional.

En caso de accidente o enfermedad cubierto en esta póliza, Usted(es) podrá(n) solicitar a nuestro módulo de atención veinticuatro horas la autorización por escrito para efectuar el pago directo. Nosotros realizaremos el pago de los gastos cubiertos por esta póliza a los prestadores de servicio, siempre y cuando el médico y el hospital pertenezcan a la Red Médica. Quedando a cargo de Usted(es) los gastos no cubiertos, así como el deducible y coaseguro que correspondan.

Es obligación de Usted(es) verificar en Nuestro módulo de atención veinticuatro horas o en Nuestra página de Internet en la dirección electrónica www.inbursa.com.mx, previo a recibir la atención médica u hospitalaria, que el prestador cuyos servicios requiere pertenezca a la Red Médica, ya que de lo contrario no procederá el pago directo.

7.4 Pago por reembolso

¿Cuánto tiempo deberá transcurrir para que ustedes paguen las indemnizaciones reclamadas por reembolso?

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas, en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que recibamos los documentos e informes que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exija la ley y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en nuestro poder.

¿Se requiere presentar alguna identificación al efectuar la reclamación?

Se solicitará una identificación oficial vigente con fotografía y firma. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga Usted o su cónyuge o concubina(rio).

¿A quién se le pagarán los gastos reclamados?

Gastos médicos

Si las reclamaciones se hacen a través de reembolso, serán liquidadas a Usted, a Su representante legal o quien demuestre haber efectuado los gastos. En caso de ser pago directo, Nosotros pagaremos directamente al prestador de servicios.

Cobertura de emergencia internacional / cobertura internacional

El pago de las reclamaciones serán liquidadas a Usted, a Su representante legal o quien demuestre haber efectuado los gastos a través del pago por reembolso.

Nosotros pagaremos la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de la erogación de los gastos cubiertos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

Gastos funerarios

Las reclamaciones de esta cobertura serán pagadas a la persona que acredite haber hecho los gastos respectivos, proporcione la documentación que compruebe el fallecimiento y entregue los comprobantes de los gastos funerarios.

Si el importe total de gastos funerarios resultara menor que la suma asegurada para esta cobertura, ¿podrán mis beneficiarios reclamar la diferencia?

Si el monto total de gastos efectuados fuese menor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, el remanente será distribuido a los beneficiarios designados por usted en esta póliza, en el porcentaje señalado para cada uno de ellos. En caso de fallecimiento de beneficiarios se observarán las disposiciones que al respecto se contienen en el numeral 7.14 de esta póliza.

Si el monto total de gastos efectuados fuese mayor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, ¿qué pasará con los beneficiarios?

En este caso, únicamente se cubrirá el reembolso hasta el monto de la suma asegurada amparada por esta cobertura, quedando sin efecto la aplicación de la distribución porcentual de la suma asegurada a los beneficiarios designados por Usted.

Enfermedades graves (SEVI)

La suma asegurada contratada para esta cobertura será pagada a Usted y/o a su cónyuge o concubina(rio) y deberán presentarnos una declaración del médico o médicos que los hayan atendido, así como todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de las enfermedades estipuladas, inmediatamente después de conocerlo.

Muerte accidental

La reclamación será pagada a los beneficiarios designados por el asegurado afectado, presentando copia certificada del acta de defunción, y de la(s) averiguación(es) previa(s) o del acta levantada por las autoridades que intervengan en el siniestro, lo anterior en forma enunciativa mas no limitativa.

Pérdida de miembros/ previsión familiar

Las indemnizaciones correspondientes a estas coberturas se las pagaremos a Usted.

7.5 Deducible

En reclamaciones, ¿en qué coberturas no se pagará deducible?

En reclamaciones por coberturas adicionales como son gastos funerarios, enfermedades graves (SEVI), muerte accidental, pérdida de miembros, y previsión familiar, no se deberá pagar deducible alguno.

7.6 Coaseguro

¿Existe algún monto de reclamación sobre el que no pague coaseguro?

Si el monto de reclamación excede al límite indicado en la carátula de esta póliza, su participación se aplicará hasta el importe resultante de aplicar el porcentaje de coaseguro al límite indicado en dicho inciso, por lo que sobre el excedente del límite mencionado no se paga coaseguro.

En reclamaciones, ¿en qué coberturas no se pagará coaseguro?

En reclamaciones por coberturas adicionales como son emergencia internacional, gastos funerarios, enfermedades graves (SEVI), muerte accidental, pérdida de miembros y previsión familiar, no se pagará coaseguro.

7.7 Otros seguros

¿Qué ocurrirá si tengo contratada otra póliza en ésta u otra compañía que me otorga beneficios similares a ésta?

Gastos médicos

Si las coberturas de Gastos Médicos aseguradas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagadas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza. Cuando haya sido cubierta parte de la reclamación por otra(s) Aseguradora(s), es Su obligación presentarnos fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Gastos funerarios

En caso de que los gastos funerarios hayan sido reembolsados o cubiertos por otro seguro, Nosotros pagaremos a sus beneficiarios la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

7.8 Moneda

¿En qué moneda debo efectuar el pago de las primas?

El pago de la prima a que haya lugar, será liquidable en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago, quedando pactado que el lugar para efectuar el pago será el de Nuestras oficinas.

¿El pago de indemnizaciones también será en moneda nacional?

Nosotros pagaremos la(s) indemnización(es) correspondiente(s) en moneda nacional en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha en que se realizaron los gastos. Los gastos erogados en el extranjero serán reembolsados en el equivalente en moneda nacional en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

7.9 Edad

¿Cuáles son los límites de edad de admisión?

Nosotros podremos aceptar el ingreso a esta póliza de personas con las siguientes características:

Cobertura básica, Emergencia internacional y Cobertura internacional

Menores de 65 (sesenta y cinco) años de edad, garantizando la renovación vitalicia de su póliza siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones de esta póliza.

Gastos funerarios

A partir de 1 (un) año de edad y hasta antes de cumplir los 65 (sesenta y cinco) años, esta cobertura se renovará para cada asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada uno alcance los 84 (ochenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

Enfermedades graves (SEVI)

A partir de los 20 (veinte) años de edad y hasta antes de cumplir los 56 (cincuenta y seis) años, esta cobertura se renovará hasta que esta póliza llegue al aniversario en que Usted y/o su cónyuge o concubina(rio) alcancen los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza. En caso de que sea su cónyuge o concubina(rio) quien alcance primero los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, esta cobertura podrá renovarse solo para Usted, hasta que alcance dicha edad.

Muerte accidental / pérdida de miembros

A partir de los 12 (doce) años de edad y hasta antes de cumplir los 65 (sesenta y cinco) años, esta cobertura se renovará para cada asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada asegurado alcance los 69 (sesenta y nueve) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

Previsión familiar

A partir de los 20 (veinte) años de edad y hasta antes de cumplir los 60 (sesenta) años, esta cobertura se renovará hasta que esta póliza llegue al aniversario en que Usted alcance los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a estas condiciones generales.

Cobertura de maternidad

Menores de 65 (sesenta y cinco) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

En caso de inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados, ¿qué sucede?

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados; no podremos rescindir el contrato, a no ser que su edad real al momento de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión, de acuerdo a esta póliza, pero en este caso, le devolveremos a Usted la prima no devengada correspondiente a la fecha de rescisión, salvo cuando se trate de menores de 12 (doce) años o personas en estado de interdicción para la cobertura de muerte accidental, ya que el seguro es nulo. En este caso Nosotros le devolveremos la prima menos los gastos de administración. Así mismo se aplicarán las siguientes reglas:

- A) Cuando a consecuencia de la declaración inexacta de Su(s) edad(es), Usted pagare una prima menor de la que correspondería a Su(s) edad(es) real(es), Nuestra obligación se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- B) Si ya hubiéramos satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre Su(s) edad(es), tendremos derecho a pedir que nos devuelva(n) lo que hubiéramos pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- C) Si a consecuencia de la inexacta indicación de Su(s) edad(es), estuviere Usted pagando una prima más elevada que la correspondiente a Su(s) edad(es) real(es), estaremos obligados a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para Su(s) edad(es) real(es) en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- D) Si con posterioridad a Su fallecimiento se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, estaremos obligados a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con Su edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

7.10 Alta de asegurados

Previa aceptación Nuestra, Usted podrá incluir a sus dependientes económicos en esta póliza. En el caso de la cobertura adicional de Enfermedades graves (SEVI), sólo podrá incluir a su cónyuge o concubina(rio).

Los hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, debiendo darnos el aviso correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, siempre y cuando nazcan 12 (doce) meses o más después de la fecha de inicio de vigencia de este seguro para la madre asegurada.

¿Qué se requiere para asegurar al recién nacido?

Únicamente que nos dé aviso por escrito, acompañado del acta de nacimiento, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al parto. De no haberse hecho así, la inclusión estará condicionada a Nuestra aceptación.

7.11 Primas

La forma de pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de la póliza.

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida.

No obstante lo anterior, para efectuar el pago de la prima, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima correspondiente a cada periodo de pago anual o, en caso de que la forma de pago sea fraccionada, a partir de la fecha de vencimiento de la fracción correspondiente. Dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo expedido por la Compañía.

Si el contratante no liquida la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término.

El contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de la póliza, o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o Asegurado tengan original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar de los asegurados el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

¿De qué conceptos está formada la prima neta?

La prima neta del primer año de vigencia de esta póliza, es la suma de las correspondientes a cada uno de Ustedes, de acuerdo con Su sexo, domicilio, ocupación y edad, en la fecha de emisión, debiendo ser cubierta en la fecha de celebración del contrato.

En cada renovación, la prima neta será la suma de las correspondientes a cada uno de Ustedes, de acuerdo con Su sexo, domicilio, ocupación, y edad alcanzada en la fecha de renovación, aplicando las tarifas en vigor de esa fecha, debiendo ser cubierta en la fecha de renovación del contrato.

¿Cómo está formada la prima total?

Es la suma de la prima neta, el financiamiento por pago fraccionado, los gastos de expedición y el impuesto (I.V.A.).

7.12 Renovación

¿Mi póliza se renovará automáticamente?

Esta póliza se considerará renovada, por periodos de un año, si dentro de los últimos 60 (sesenta) días de vigencia de cada periodo anual, Usted no nos da aviso por escrito de su voluntad de no renovarla.

El pago de la prima acreditado mediante el original del recibo oficial expedido por Nosotros, extendido en las formas usuales, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

7.13 Contrato

¿Qué documentos forman mi contrato de seguro?

Sus declaraciones proporcionadas por escrito en la solicitud de seguro, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, su carátula y los endosos constituyen prueba del contrato del seguro celebrado entre la Compañía y Usted(es).

«Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, Usted podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones» (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Este derecho se hace extensivo al contratante.

¿Qué debo hacer para efectuar modificaciones a mi póliza?

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre el Contratante y Nosotros y se harán constar mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, emitiéndose así un endoso adicional que formará parte del contrato.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Nosotros carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones, salvo que Nosotros otorguemos la autorización expresa.

¿Mi póliza sufrirá alguna modificación?

En ejercicio del derecho que le confiere el artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, Usted(es) acepta(n) que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le(s) aplique(n) las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante o Usted(es) estarán obligados a cubrir el equivalente que corresponda.

7.14 Beneficiarios

Usted(es) deberá(n) designar beneficiarios para la cobertura de gastos funerarios y muerte accidental.

Si deseo cambiar de beneficiarios, ¿puedo hacerlo?

Usted(es) podrán, en cualquier tiempo, hacer nueva designación de sus beneficiarios, siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, nos deberán hacer una notificación, por escrito, expresando con claridad el nombre del (los) nuevo(s) beneficiario(s) para su anotación en esta póliza.

Nosotros pagaremos al último beneficiario de que hayamos tenido conocimiento la indemnización correspondiente, sin responsabilidad alguna para Nosotros.

Si Usted(es) renuncia(n) a la facultad de cambiar de beneficiario, cada uno tendrá que hacer una designación irrevocable, notificándolo por escrito al beneficiario y a Nosotros y se hará constar en esta póliza el carácter irrevocable de la designación.

¿Podemos designar como beneficiarios a menores de edad?

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y, a la falta de ellos, a los abuelos paternos o maternos, en el orden que determine la ley o el juez competente.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad y discernimiento de esos cargos por el juez competente, con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

¿Qué pasa si no se designa a ningún beneficiario?

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado que hubiere fallecido; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado afectado y no existiese designación de nuevo beneficiario. Lo anterior en términos del Artículo 164 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

¿Qué pasa si teniendo varios beneficiarios y alguno fallece antes que alguno de Nosotros?

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno antes que Usted(es), la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los supervivientes de cada uno de Usted(es), salvo indicación en contrario de Usted(es) o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) beneficiario(s).

7.15 Omisiones o inexactas declaraciones

Si por alguna razón mis (nuestras) declaraciones son omisas o inexactas, ¿cómo procederán ustedes?

Usted(es), está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8º, 9º, 10º y 47º de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

7.16 Comunicaciones

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo que consta en la carátula de esta póliza, Usted(es) deberá(n) comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si Usted(es) omitiera(n) el aviso o si Usted(es) provocara(n) una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho Nuestras obligaciones en lo sucesivo.

En el caso de que tenga que comunicarles algo con respecto a mi (nuestro) seguro, ¿a dónde me (nos) dirijo(ímos)?

Cualquier declaración o comunicación relacionada con la presente póliza deberá efectuarse por escrito, precisamente en el domicilio de Nosotros, indicado en la carátula de la póliza.

En el caso de que usted(es) tenga(n) que comunicarme(nos) algo acerca de mi (nuestro) seguro, ¿a dónde lo harán?

Cualquier comunicación nuestra le(s) será enviada al último domicilio del cual tengamos conocimiento.

7.17 Competencia

En caso de controversia, ¿quién podrá resolver la misma?

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que deberá hacer dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta Institución de Seguros a satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

7.18 Arbitraje médico

¿Cómo se resolverá una improcedencia para el caso de padecimientos y/o enfermedades preexistentes?

En caso de desacuerdo entre Usted(es) y la Compañía respecto de si un padecimiento y/o enfermedad es preexistente o no, será sometido a la decisión de un árbitro, que deberá ser perito médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán dos, uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser perito médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro, o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de Nosotros.

Si por causas imputables a Usted(es) no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que Usted(es) acepta(n) la determinación de Nosotros respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de Nosotros, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

7.19 Prescripción

¿Tiene alguna prescripción esta póliza?

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios, se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

7.20 Interés moratorio

En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización o capital, ¿qué sucede?

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

7.21 Comisiones

¿Se puede conocer la comisión o compensación directa que le corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato?

Sí, durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución 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.

