

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO O UNA ENFERMEDAD AMPARADA, EL ASEGURADO INCURRIERE EN CUALQUIERA DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, SEGUROS INBURSA, S.A., (LA COMPAÑÍA) REEMBOLSARÁ O, EN CASO DE EXISTIR CONVENIO, PAGARÁ DIRECTAMENTE EL COSTO DE LOS MISMOS, AJUSTÁNDOLOS PREVIAMENTE A LAS LIMITACIONES CONSIGNADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y CLÁUSULAS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA Y EL CERTIFICADO DEL ASEGURADO AFECTADO SE ENCUENTREN EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE OCURRA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS.

CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTA PÓLIZA, SE SUMARÁN LAS CANTIDADES RECLAMADAS QUE PROCEDAN, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES Y CLÁUSULAS ADICIONALES. DEL IMPORTE ASI DETERMINADO SE DESCONTARÁ PRIMERO LA CANTIDAD QUE SE INDICA EN EL RUBRO DE DEDUCIBLE EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y, DESPUÉS, A LA CIFRA RESTANTE, LA CANTIDAD QUE RESULTE DE APLICAR EL PORCENTAJE DE GASTOS A CARGO DE CADA ASEGURADO (COASEGURO). LAS CANTIDADES POR COASEGURO Y DEDUCIBLE SE APLICARÁN A CADA ENFERMEDAD.

EN CASO DE GASTOS EFECTUADOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE NI EL COASEGURO.

EL TOTAL DE LAS CANTIDADES QUE PAGUE LA COMPAÑÍA, POR RECLAMACIONES ORIGINADAS A CAUSA DE UN PADECIMIENTO QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO NO SERÁ SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA QUE SE HAYA CONTRATADO. EN CASO DE CONTRATARSE LA SUMA ASEGURADA EN FUNCIÓN DEL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, EL NÚMERO DE VECES DE SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL DE SUMA ASEGURADA VIGENTE A LA FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO PERMANECERÁ FIJO DURANTE TODO EL TIEMPO DE COBERTURA, INCREMENTÁNDOSE ÚNICAMENTE POR LAS VARIACIONES QUE SUFRA EL CITADO SALARIO MÍNIMO.

1. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN LA REPÚBLICA MEXICANA POR SERVICIOS Y/O MATERIALES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE CUALQUIER ACCIDENTE AMPARADO O ENFERMEDAD AMPARADA, QUE POR PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO, SEAN NECESARIOS PARA TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO, Y QUE EFECTUE EL ASEGURADO, POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1.1 HONORARIOS QUIRÚRGICOS

1.1.1 LOS HONORARIOS DE MÉDICOS Y AYUDANTES, POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O CONSULTA MÉDICA, QUEDARÁN SUJETOS, COMO MÁXIMO, A LOS PORCENTAJES QUE APARECEN ANOTADOS EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, APLICADOS SOBRE LA CIFRA BASE DEL PLAN CONTRATADO CONSIGNADA EN LA CLÁUSULA DE COBERTURA LIMITADA, SALVO ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO.

1.1.2 CUANDO EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA EL CIRUJANO PRACTIQUE AL ASEGURADO DOS O MÁS OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ÚNICAMENTE EL IMPORTE DE LA MAYOR, O UNA DE ELLAS CUANDO LAS CANTIDADES ESTIPULADAS SEAN IGUALES.

1.1.3 SI EL CIRUJANO EFECTUA OTRA INTERVENCIÓN DIFERENTE A LA PRINCIPAL, EN UNA REGIÓN DISTINTA DEL CUERPO DEL PACIENTE EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA, LOS HONORARIOS DE LA SEGUNDA INTERVENCIÓN SE PAGARÁN AL CINCUENTA POR CIENTO DE LO QUE MARCA EL CATÁLOGO; CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN ADICIONAL QUEDARÁ EXCLUIDA.

1.1.4 SI SE REQUIERE OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DIFERENTE ESPECIALIDAD, EN LA MISMA SESIÓN, LOS HONORARIOS DEL SEGUNDO CIRUJANO SE CUBRIRÁN AL CIENTO POR CIENTO DE ACUERDO AL MONTO MARCADO EN EL CATÁLOGO. EN CASO DE UN POLITRAUMATIZADO, EL PAGO SE HARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LOS INCISOS 1.1.2 Y 1.1.3.

1.1.5 SI HUBIERA NECESIDAD DE UNA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SE LE DARÁ TRATAMIENTO NORMAL, COMO SI SE TRATARÁ DE OTRA AFECCIÓN, SIEMPRE QUE SE REALICE DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS VEINTICUATRO HORAS DE HABERSE EFECTUADO LA PRIMERA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

1.1.6 CUANDO SEA NECESARIA LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE VARIOS ELEMENTOS (NEURORRAFIAS, ARTERIORRAFIAS, TENORRAFIAS) EN LA MISMA SESIÓN Y POR LA MISMA INCISIÓN, SE PAGARÁ EL CINCUENTA POR CIENTO DEL PORCENTAJE ESTIPULADO PARA LA MÁS ELEVADA Y EL VEINTICINCO POR CIENTO DEL PORCENTAJE ESTIPULADO PARA LAS RESTANTES.

1.1.7 LAS INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS REALIZADAS, QUE NO SE ENCUENTREN EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS SE VALUARÁN POR SIMILITUD A LAS CONTENIDAS EN EL.

1.1.8 HONORARIOS DE ANESTÉSISTA, PAGÁNDOSE COMO MÁXIMO, HASTA EL TREINTA POR CIENTO DE LOS CORRESPONDIENTES AL MÉDICO CIRUJANO TITULAR.

- 1.1.9 HONORARIOS DE AYUDANTES; PAGÁNDOSE COMO MÁXIMO, PARA EL PRIMER AYUDANTE HASTA EL VEINTE POR CIENTO DE LOS HONORARIOS DEL MÉDICO TITULAR; PARA EL SEGUNDO AYUDANTE HASTA EL DIEZ POR CIENTO DE LOS HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO TITULAR.**
- 1.2 HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS.- LOS HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS POST-OPERATORIAS QUEDARÁN COMPRENDIDAS EN EL PAGO TOTAL INDICADO EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS.**
- 1.3 EL PAGO DE LOS HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE DEBE EFECTUAR LA COMPAÑÍA, EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ EL CIENTO POR CIENTO DE LA CIFRA BASE DEL PLAN CONTRATADO POR EL ASEGURADO.**
- 1.4 GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN, REPRESENTADOS POR EL COSTO DEL CUARTO PRIVADO STANDARD, CON BAÑO Y ALIMENTOS, ASÍ COMO MEDICINAS CONSUMIDAS EN EL MISMO POR EL ASEGURADO.**
- 1.5 GASTOS DE ANESTESIA Y SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN, O DE CURACIONES.**
- 1.6 GASTOS ORIGINADOS POR LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA, Y UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.**
- 1.7 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO, NO ESTÉTICO, QUE RESULTEN INDISPENSABLES, A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS.**
- 1.8 HONORARIOS DE ENFERMERAS, PRESCRITAS POR EL MÉDICO TRATANTE, CON UN MÁXIMO DE TRES TURNOS POR DÍA. EN CASO DE CONTRATARSE FUERA DE UN HOSPITAL, SE PAGARÁ POR UN MÁXIMO DE TREINTA DÍAS, POR CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD, CON MÁXIMO, POR TURNO DE OCHO HORAS.**
- 1.9 MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS FUERA DEL HOSPITAL O SANATORIO, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y SE ACOMPAÑE LA NOTA ORIGINAL DE LA FARMACIA, CON LA RECETA CORRESPONDIENTE.**
- 1.10 ANÁLISIS DE LABORATORIOS, ESTUDIOS DE RAYOS X, ISÓTOPOS RADIOACTIVOS, DE ELECTROCARDIOGRAFÍA, DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, O DE CUALQUIERA OTROS INDISPENSABLES PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CUBIERTOS.**
- 1.11 TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIONES DE PLASMA, SUEROS, U OTRAS SUSTANCIAS SEMEJANTES.**
- 1.12 GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXÍGENO.**
- 1.13 GASTOS ORIGINADOS POR LA RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO.**
- 1.14 GASTOS ORIGINADOS POR TRATAMIENTOS DE RADIO, TERAPIA-RADIOACTIVA, TERAPIA-FÍSICA, O INHALOTERAPIA, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO.**
- 1.15 GASTOS QUE RESULTEN DE LA COMPRA DE APARATOS DE PRÓTESIS, PRESCRITOS POR EL MÉDICO, QUEDARÁN CUBIERTOS, HASTA UN MÁXIMO, DEL DIEZ POR CIENTO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA:**
- A) SÓLO ESTARÁN CUBIERTAS LAS PRÓTESIS DENTALES, COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE AMPARADO.**
- B) QUEDARÁ EXCLUIDA LA REPOSICIÓN DE APARATOS DE PRÓTESIS YA EXISTENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD.**
- 1.16 GASTOS DE TRANSPORTE TERRESTRE, PROPORCIONADO POR SERVICIOS PROFESIONALES DE AMBULANCIA, HACIA O DESDE UN HOSPITAL.**
- 1.17 GASTOS POR TRATAMIENTOS DE PADECIMIENTOS CONGÉNITOS DE LOS HIJOS DE LOS ASEGURADOS, NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO TITULAR.**
- 1.18 LOS HONORARIOS Y CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, REALIZADOS POR QUIROPRACTICOS, SIEMPRE Y CUANDO ESTEN RECOMENDADOS POR UN MÉDICO, Y TENGAN CÉDULA PROFESIONAL.**
- 1.19 LOS GASTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, QUE OCURRÁN DESPUÉS DEL PERÍODO DE ESPERA, ES DECIR, QUE SU TRATAMIENTO INICIAL (MÉDICO O QUIRÚRGICO), SEA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA PARA CADA ASEGURADA:**
- A) LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON MOTIVO DE EMBARAZOS EXTRAUTERINOS.**
- B) LOS ESTADOS DE FIEBRE PUERPERAL.**
- C) LOS ESTADOS DE ECLAMPSIA Y TOXICOSIS GRAVIDICA.**
- D) LA OPERACIÓN CESÁREA, CUANDO SEA EFECTUADA POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA,**

INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE. SE CUBRE COMO ENFERMEDAD CON DEDUCIBLE DE CINCO VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, A LA FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

E) EMBARAZO MOLAR.

CUALQUIER OTRA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO NO QUEDA CUBIERTA.

- 1.20** COSTO DE LA CAMA EXTRA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO, DURANTE LA INTERNACIÓN DE ESTE EN UN SANATORIO U HOSPITAL.
- 1.21** EN CASO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA: RENTA DE EQUIPO PARA RECUPERACIÓN, INCLUYENDO CAMA TIPO HOSPITAL, SILLA DE RUEDAS, VENTILADORES, RESPIRADORES ARTIFICIALES, PULMÓN DE ACERO, O CUALQUIER OTRO EQUIPO MECÁNICO USADO PARA EL TRATAMIENTO DE PARÁLISIS RESPIRATORIA O PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.
- 1.22** ESTARÁN CUBIERTOS, DESPUÉS DEL PERÍODO DE ESPERA, ES DECIR, A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA PARA CADA ASEGURADO AFECTADO, LOS GASTOS RESULTANTES DE: AMIGDALITIS, AMIGDALECTOMIA, ADENODITIS, ADENOIDECTOMIA, EVENTRACIONES, HERNIOPLASTIAS, HEMORROIDECTOMIAS, CUALQUIER PADECIMIENTO ANORRECTAL, TRATAMIENTO DE PROLAPSOS Y CUALQUIER OPERACIÓN RECONSTRUCTIVA DEL PISO PERINEAL, TUMORACIONES MAMARIAS, HISTERECTOMIAS, MIOMECTOMIAS, ENDOMETRIOSIS, PADECIMIENTOS GINECOLÓGICOS, INSUFICIENCIA VENOSA Y VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, LITOTRIPSIAS.

NOTA: EN TODO CASO Y TODA VEZ QUE EL GASTO MÉDICO INCLUYE EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), LA INDEMNIZACIÓN RESPECTIVA LO COMPRENDERÁ.

2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

EL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS RESULTANTES DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

- 2.1 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES (ACCIDENTE O ENFERMEDAD), ENTENDIÉNDOSE POR ESTOS, AQUELLOS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO AFECTADO, QUE FUERON DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO, APARENTES A LA VISTA, Y LOS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUEDEN PASAR DESAPERCIBIDOS. ASÍ MISMO, AQUELLOS POR LOS CUALES SE HAYAN EROGADO GASTOS, CON ANTERIORIDAD A DICHA FECHA.**
- 2.2 EROGACIONES FUERA DE LA REPÚBLICA MEXICANA.**
- 2.3 TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, ESTADOS DE DEPRESIÓN PSÍQUICA O NERVIOSA, HISTERIA, NEUROSIS, O PSÍCOSIS, CUALESQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ASÍ COMO TRATAMIENTOS PARA CORREGIR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA, EL APRENDIZAJE, O EL SUEÑO.**
- 2.4 AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO; ABORTOS, A MENOS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE; PARTOS PREMATUROS O PARTOS NORMALES O ANORMALES, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO, QUE NO SEA PRECISAMENTE DE LAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA EN EL INCISO 1.19 DEL CAPÍTULO GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.**

- 2.5 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DERIVADOS DEL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SUS COMPLICACIONES.**
- 2.6 PADECIMIENTOS DE ALCOHOLISMO O QUE RESULTEN POR EL USO O ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE ALGUNA DROGA, ESTIMULANTE, O SIMILARES, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- 2.7 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES CUALQUIERA QUE SEA SU NATURALEZA Y ORIGEN, EXCEPTO AQUELLOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE CUBIERTO, QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO AFECTADO.**
- 2.8 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARACTER ESTÉTICO.**
- 2.9 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CON EL FIN DE CORREGIR EL ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, HIPERMETROPIA, O MIOPIA.**
- 2.10 ESTRABISMO DE LOS ASEGURADOS NACIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO TITULAR.**
- 2.11 TRATAMIENTOS DE CALVICIE, OBESIDAD, REDUCCIÓN DE PESO, O TABAQUISMO.**
- 2.12 CIRCUNCISIÓN, EXCEPTO EN LOS CASOS EN QUE SEA PRESCRITA POR UN MÉDICO.**
- 2.13 EXAMENES DE LA VISTA, ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, O APARATOS AUDITIVOS.**
- 2.14 CURAS DE REPOSO O EXAMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DE ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE CHECK-UP.**
- 2.15 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA CONTROL DE NATALIDAD O ESTERILIDAD.**
- 2.16 CIRUGÍAS DE NARIZ O SENOS PARANASALES, SALVO LOS CASOS EN QUE SEA INDISPENSABLE, A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO PARA EL ASEGURADO AFECTADO.**
- 2.17 TRATAMIENTOS ORIGINADOS POR CUALQUIER AFECCIÓN, O COMPLICACIÓN EN LA PERSONA DEL ASEGURADO, QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE RADIACIONES ATÓMICAS O NUCLEARES, O DERIVADOS DE ESTAS, SIEMPRE QUE CONSTITUYAN RIESGOS CATASTRÓFICOS, POR AFECTAR A TODA UNA COLECTIVIDAD.**

- 2.18 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DERIVADAS DE: INTENTOS DE SUICIDIO O LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGESTIÓN DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS, EXCEPTO LOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO.**
- 2.19 EROGACIONES REALIZADAS POR ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO DURANTE LA INTERNACIÓN DE ESTE EN SANATORIO U HOSPITAL, TALES COMO CUARTO O ALIMENTOS EXTRA, ADICIONALES A LOS CONSIGNADOS EN ESTA PÓLIZA EN EL INCISO 1.20 DEL CAPÍTULO DE GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.**
- 2.20 PAGO DE SERVICIOS A ACOMPAÑANTES EN EL TRASLADO DEL ASEGURADO EN CALIDAD DE PACIENTE, O GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN HOSPITALES, DENTRO O FUERA DEL PAÍS.**
- 2.21 LESIONES PROVOCADAS EN RIÑA, ÚNICAMENTE CON PROVOCACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO.**
- 2.22 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, O INSURRECCIONES.**
- 2.23 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA CUANDO PARTICIPE EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA, O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.**
- 2.24 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS HAGA USO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR, SALVO QUE DICHO USO SE DERIVE DE UNA COMISIÓN LABORAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR SU PATRÓN O QUE SEA OCASIONAL O AMATEUR.**
- 2.25 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA DURANTE LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE, EN DONDE EL ASEGURADO RECIBA INGRESOS POR SU PARTICIPACIÓN.**
- 2.26 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS SE ENCUENTRE A BORDO DE UNA AERONAVE, COMO PÍLOTO, MECÁNICO DE VUELO, MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, O EN CUALQUIER TIPO DE ENTRENAMIENTO EN VUELO.**
- 2.27 CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA O QUE PUEDA SURGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES, AFECCIONES O INTERVENCIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS EN ESTE CONTRATO, SIEMPRE QUE DICHAS COMPLICACIONES SEAN COMPROBADAS POR LA COMPAÑÍA.**
- 2.28 LESIONES ORIGINADAS EN ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES EN QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.**

2.29 NO ESTARAN CUBIERTOS EN EL PERIODO DE ESPERA, O SEA, DENTRO DEL PRIMER AÑO QUE SIGUE A LA FECHA DE ALTA DE CADA ASEGURADO O REHABILITACIÓN DEL CERTIFICADO LOS GASTOS RESULTANTES DE: AMIGDALITIS, AMIGDALECTOMÍA, ADENOIDITIS, ADENOIDECTOMÍA, EVENTRACIONES, HERNIOPLASTÍAS, HEMORROIDECTOMÍAS, CUALQUIER PADECIMIENTO ANORRECTAL, TRATAMIENTO DE PROLAPSOS Y CUALQUIER OPERACIÓN RECONSTRUCTIVA DEL PISO PERINEAL, TUMORACIONES MAMARIAS, HISTERECTOMIAS, MIOMECTOMIAS, ENDOMETRIOSIS, PADECIMIENTOS GINECOLÓGICOS, INSUFICIENCIA VENOSA Y VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, LITOTRIPSÍAS, ASI COMO GASTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO:

- LOS ESTADOS DE FIEBRE PUERPERAL.
- LOS ESTADOS DE ECLAMPSIA Y TOXICOSIS GRAVIDICA.
- LA OPERACIÓN CESÁREA INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE.
- EMBARAZO MOLAR.
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON MOTIVO DE EMBARAZO EXTRAUTERINO.

2.30 PELUQUERÍA, BARBERÍA, PEDICURISTA, LA COMPRA O ALQUILER DE APARATOS Y/O SERVICIOS PARA LA COMODIDAD PERSONAL.

2.31 TRATAMIENTOS DE NATURALEZA EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN.

3. CLÁUSULAS GENERALES

DEFINICIONES

3.1 ACCIDENTE.- AQUEL ACONTECIMIENTO PROVENIENTE DE UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA Y VIOLENTA QUE PRODUZCA LESIONES CORPORALES EN LA PERSONA DEL ASEGURADO. POR LO TANTO, NO SE CONSIDERARÁ ACCIDENTE CUANDO LAS LESIONES SEAN PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.

ACCIDENTE AMPARADO.- SE CONSIDERARÁ COMO TAL, SIEMPRE QUE AL OCURRIR SE ENCUENTRE VIGENTE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, PARA EL ASEGURADO AFECTADO.

3.2 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 ESTA PÓLIZA SÓLO LAS ENFERMEDADES QUE AMERITEN TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.

ENFERMEDAD AMPARADA.- TODA AQUELLA CUYO INICIO OCURRA MIENTRAS SE ENCUENTRE VIGENTE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO AFECTADO.

LAS RECAÍDAS, COMPLICACIONES, O SECUELAS, SE CONSIDERARÁN COMO LA MISMA ENFERMEDAD AMPARADA QUE LES DIO ORIGEN.

3.3 PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.- 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 UN 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 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 DENOMINADA ARBITRAJE MÉDICO.

SI USTED(ES) SE SOMETIÓ(ERON) A EXAMEN MÉDICO A SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA, NO PODRÁN APLICARSE(S) 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.

- 3.4 URGENCIA O EMERGENCIA.-** NECESIDAD IMPOSTERGABLE DE SUMINISTRAR SERVICIOS MÉDICOS, AL ASEGURADO O A CUALQUIERA DE SUS DEPENDIENTES, PARA EVITAR LA MUERTE O UN DAÑO INMINENTE Y GRAVE A SU SALUD O INTEGRIDAD FÍSICA.

- 3.5 PLAN CONTRATADO.-** SE REFIERE AL PLAN QUE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE SE HA CONTRATADO. ESTE PUEDE SER AMPLIO O LIMITADO (AAA, AA, A).

LAS ESPECIFICACIONES DEL PLAN LIMITADO EN LO QUE SE REFIERE AL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS Y NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, SE ESTABLECEN EN LA CLÁUSULA DE COBERTURA LIMITADA QUE SE ANEXA A LA PÓLIZA.

DICHAS ESPECIFICACIONES NO OPERAN EN EL PLAN AMPLIO.

- 3.6 MÉDICO.-** PERSONA QUE EJERCE LA MEDICINA, TITULADO, Y LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y PUEDE SER: MÉDICO GENERAL, MÉDICO ESPECIALISTA, O CIRUJANO.
SE ENTENDERÁN COMO HONORARIOS MÉDICOS, LA SUMA DE LOS GASTOS EROGADOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: HONORARIOS POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, AYUDANTES E INSTRUMENTISTAS, ASÍ COMO LAS VISITAS POSTOPERATORIAS.

- 3.7 ANESTESISTA.-** MÉDICO ESPECIALIZADO EN LA PREPARACIÓN Y SUMINISTRO DE ANESTESIA.

- 3.8 ENFERMERA.-** PERSONA QUE EJERCE LA ENFERMERÍA, CON TÍTULO Y LEGALMENTE AUTORIZADA PARA LA PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN.

- 3.9 HOSPITAL.-** ESTABLECIMIENTO CON SERVICIO LAS VEINTICUATRO HORAS DEL DÍA, PARA LA ESTANCIA DE ENFERMOS, CON SALAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CON MÉDICOS Y ENFERMERAS TITULADOS, QUE ESTEN LEGALMENTE ESTABLECIDOS.
LOS HOSPITALES SE CLASIFICAN CONFORME A SUS COSTOS Y CAPACIDADES TÉCNICAS INSTALADAS EN AAA (NIVEL MÁXIMO), AA (NIVEL MEDIO) O A (NIVEL BÁSICO), TENIENDO O NO CONVENIO FIRMADO CON LA COMPAÑÍA.

LA CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES POR PLAN CONTRATADO PUEDE SER CONSULTADA CON EL MÉDICO DICTAMINADOR DE LA COMPAÑÍA, EN LAS OFICINAS DE LA MISMA, O BIEN, PUEDE SOLICITARSE LA INFORMACIÓN TELEFÓNICAMENTE.

- 3.10 DEPENDIENTES ECONÓMICOS O FAMILIA DEL ASEGURADO TITULAR.-** EL CÓNYUGE, LOS HIJOS QUE SEAN SOLTEROS, QUE NO TENGAN INGRESOS POR TRABAJO PERSONAL, Y QUE SEAN MENORES DE VEINTICINCO AÑOS DE EDAD. SOLAMENTE ESTARÁN CUBIERTOS A SOLICITUD EXPRESA DEL CONTRATANTE Y PREVIA ACEPTACIÓN DE LA COMPAÑÍA.

- 3.11 CONTRATANTE.-** ES AQUELLA PERSONA MORAL QUE APARECE COMO REPRESENTANTE DE LA COLECTIVIDAD Y QUE SE COMPROMETE A REALIZAR EL PAGO DE LAS PRIMAS.

CUANDO HAYA CAMBIO DE CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ RESCINDIR EL CONTRATO DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO DE ESE HECHO Y SUS OBLIGACIONES TERMINARÁN TREINTA DÍAS DESPUES DE HABER SIDO NOTIFICADA LA RECISIÓN POR ESCRITO, AL NUEVO CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ A ESTE LA PARTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO QUE FALTE PARA LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA INICIALMENTE PACTADA.

- 3.12 DEDUCIBLE.-** LA CANTIDAD FIJA QUE EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR POR CADA ENFERMEDAD AMPARADA.

- 3.13 COASEGURO.-** PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS, UNA VEZ DESCONTADO EL DEDUCIBLE, QUE QUEDARÁ A CARGO DEL ASEGURADO. SOLAMENTE SE APLICA POR ENFERMEDAD.
EN CASO DE QUE EL ASEGURADO TUVIERA QUE RECURRIR A ALGÚN HOSPITAL DE MAYOR NIVEL A LOS DEL PLAN CONTRATADO, PARTICIPARÁ CON EL DEDUCIBLE Y COASEGURO PACTADOS, AUMENTADO ESTE ÚLTIMO EN VEINTE PUNTOS PORCENTUALES.

EL COASEGURO MÁXIMO ABSOLUTO A CARGO DEL ASEGURADO SERÁ DE TREINTA VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DEL PRIMER GASTO DE UN PADECIMIENTO, INDEPENDIENTEMENTE DEL PLAN CONTRATADO.

- 3.14 CONVENIO DE PAGO DIRECTO.-** DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL LA COMPAÑÍA ACUERDA EL PAGO DE SERVICIOS Y HONORARIOS A MÉDICOS Y HOSPITALES QUE PREVIAMENTE HAYAN ACORDADO FIRMAR Y PARTICIPAR, POR PROPIA CUENTA Y EN SUSTITUCIÓN DEL ASEGURADO, RESPECTO A ENFERMEDADES Y ACCIDENTES CUBIERTOS, HASTA EL MONTO AMPARADO. EN CASO DE QUE EL MÉDICO NO ACEPTE EL PAGO DIRECTO, EL ASEGURADO PAGARÁ LOS HONORARIOS, LOS CUALES LE SERÁN REEMBOLSADOS POSTERIORMENTE POR LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA.

- 3.15 REEMBOLSO.** ESTE SISTEMA CONSISTE EN QUE LOS GASTOS REALIZADOS COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS POR LA PÓLIZA, DEBERÁN SER LIQUIDADOS POR EL ASEGURADO DIRECTAMENTE AL PRESTADOR DE SERVICIOS.

EN CASO DE QUE LA RECLAMACIÓN PROCEDIERA A TRAVÉS DE ESTE SISTEMA, EL ASEGURADO DEBERÁ COMPROBAR A LA ASEGURADORA LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO. EL RECLAMANTE DEBERÁ ENTREGAR LOS COMPROBANTES ORIGINALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS FISCALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS, HISTORIA CLÍNICA, RADIOGRAFÍAS, ESTUDIOS Y/O CUALQUIER OTRO ELEMENTO QUE CONFIRME LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

LOS GASTOS QUE PROCEDAN SERÁN REEMBOLSADOS POR LA COMPAÑÍA AL ASEGURADO O A QUIEN ESTE DESIGNE.

- 3.16 HOSPITALIZACIÓN.** PARA EFECTOS DE ESTA POLIZA, ES LA ESTANCIA CONTINUA EN UN HOSPITAL O SANATORIO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA SEA JUSTIFICADA Y COMPROBABLE, PARA EL PADECIMIENTO, A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO INGRESE COMO PACIENTE INTERNO.

- 3.17 CATALOGO DE HONORARIOS MEDICOS O QUIRURGICOS.** RELACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRATAMIENTOS MEDICOS, DONDE SE DETERMINA EL MONTO MAXIMO QUE PAGARA LA COMPAÑÍA PARA CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS.

4. BASES DEL CONTRATO

- 4.1 CONTRATO.-** LAS DECLARACIONES DEL CONTRATANTE PROPORCIONADAS, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA EN LA SOLICITUD, CONFORME A LAS CUALES HAN SIDO CLASIFICADOS LOS RIESGOS, ESTA POLIZA, LOS ENDOSOS QUE LLEVA ANEXOS, EL REGISTRO DE ASEGURADOS, LOS CERTIFICADOS, Y CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES, FORMAN PARTE Y CONSTITUYEN TESTIMONIO DEL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXPEDIR ENDOSOS DE EXCLUSION, MEDIANTE LOS CUALES SE EXCLUYA LA COBERTURA DE DETERMINADOS PADECIMIENTOS QUE, POR SU NATURALEZA, INFLUYAN EN LA AGRAVACION DEL RIESGO.

- 4.2 MODIFICACIONES AL CONTRATO.-** LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA SOLAMENTE PODRAN MODIFICARSE, PREVIO ACUERDO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA, EL CUAL DEBERA CONSTAR POR ESCRITO, MEDIANTE ENDOSOS O CLAUSULAS ADICIONALES, REGISTRADAS ANTE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, COMO LO PREVIENE EL ARTICULO 19 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

EN CONSECUENCIA, LOS AGENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA NO AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA, CARECEN DE FACULTADES PARA HACER MODIFICACIONES O CONCESIONES.

SI EL CONTENIDO DE LA POLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRA PEDIR LA RECTIFICACION CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS TREINTA DIAS QUE SIGAN AL DIA EN QUE RECIBA LA POLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERARAN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA POLIZA O DE SUS MODIFICACIONES (ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO) ESTE DERECHO SE HACE EXTENSIVO AL CONTRATANTE.

- 4.3 OMISION O INEXACTA DECLARACION.-** EL CONTRATANTE Y LOS ASEGURADOS ESTAN OBLIGADOS A DECLARAR, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LOS CUESTIONARIOS RELATIVOS, TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES QUE SE LE PREGUNTAN PARA LA APRECIACION DEL RIESGO, QUE PUEDAN INFLUIR EN LAS CONDICIONES CONVENIDAS, TAL COMO LOS CONOZCAN O DEBAN CONOCER EN EL MOMENTO DE LA DECLARACION. LA OMISION O INEXACTA DECLARACION DE LOS HECHOS IMPORTANTES, FACULTARA A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACION DEL SINIESTRO (ARTICULOS 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

- 4.4 RENOVACION.-** ESTA POLIZA SE CONSIDERARA RENOVADA, POR PERIODOS DE UN AÑO, SI DENTRO DE LOS ULTIMOS SESENTA DIAS DE VIGENCIA DE CADA PERIODO, ALGUNA DE LAS PARTES NO DA AVISO A LA OTRA, POR ESCRITO, DE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLA. EL PAGO DE LA PRIMA ACREDITADO MEDIANTE EL RECIBO, EXTENDIDO EN LAS FORMAS USUALES DE LA COMPAÑÍA, SE TENDRA COMO PRUEBA SUFICIENTE DE TAL RENOVACION.

NO QUEDARAN CUBIERTOS A PARTIR DE CUALQUIER RENOVACION, LOS ASEGURADOS CUYA EDAD, A LA FECHA DE RENOVACION, ESTE FUERA DE LOS LIMITES ESTABLECIDOS EN ESTA POLIZA.

LA TARIFA DEL CONTRATO APLICABLE, SERA LA QUE RIJA EN LA FECHA DE RENOVACION, SOMETIDA A REGISTRO Y VIGILANCIA DE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

4.5 EDAD.

- A) LA COMPAÑIA NO ACEPTARA EL INGRESO A ESTA POLIZA DE PERSONAS MAYORES DE SESENTA Y CUATRO AÑOS. EN LOS CASOS DE RENOVACION, LA POLIZA PODRA ESTAR EN VIGOR HASTA UN LIMITE DE SESENTA Y NUEVE AÑOS DE EDAD DE CADA ASEGURADO.
- B) CUANDO SE COMPRUEBE QUE HUBO INEXACTITUD EN LA INDICACION DE LA EDAD DEL ASEGURADO, LA EMPRESA NO PODRA RESCINDIR EL CONTRATO, A NO SER QUE LA EDAD REAL AL TIEMPO DE SU CELEBRACION ESTE FUERA DE LOS LIMITES DE ADMISION FIJADOS POR LA EMPRESA. EN ESTE CASO SE DEVOLVERA AL ASEGURADO LA RESERVA DEL CONTRATO, EXISTENTE EN LA FECHA DE SU RESCISION.
- C) SI LA EDAD DEL ASEGURADO ESTUVIERE COMPRENDIDA DENTRO DE LOS LIMITES DE ADMISION FIJADOS POR LA COMPAÑIA, SE APLICARAN LAS SIGUIENTES REGLAS:
- CUANDO A CONSECUENCIA DE LA INDICACION INEXACTA DE LA EDAD, SE PAGARE UNA PRIMA MENOR DE LA QUE CORRESPONDERIA POR LA EDAD REAL, LA OBLIGACION DE LA COMPAÑIA SE REDUCIRA EN LA PROPORCION QUE EXISTA ENTRE LA PRIMA ESTIPULADA Y LA PRIMA DE TARIFA PARA LA EDAD REAL, VIGENTE EN LA ULTIMA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA ANUAL DE LA POLIZA.
 - SI LA COMPAÑIA HUBIERE SATISFECHO YA EL IMPORTE DEL SEGURO AL DESCUBRIRSE LA INEXACTITUD DE LA INDICACION SOBRE LA EDAD DEL ASEGURADO, TENDRA DERECHO A REPETIR LO QUE HUBIERE PAGADO DE MAS CONFORME AL CALCULO DE LA FRACCION ANTERIOR, INCLUYENDO LOS INTERESES RESPECTIVOS, USANDO UNA TASA IGUAL AL PROMEDIO DEL COSTO PORCENTUAL PROMEDIO DE CAPTACION QUE PUBLICA MENSUALMENTE EL BANCO DE MEXICO.
 - SIA CONSECUENCIA DE LA INEXACTA DECLARACION DE LA EDAD, SE ESTUVIERE PAGANDO UNA PRIMA MAS ELEVADA QUE LA CORRESPONDIENTE A LA EDAD REAL, LA COMPAÑIA ESTARA OBLIGADA A REEMBOLSAR LA DIFERENCIA ENTRE LA RESERVA EXISTENTE Y LA QUE HABRIA SIDO NECESARIA PARA LA EDAD DEL ASEGURADO EN LA ULTIMA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA. LAS PRIMAS ULTERIORES DEBERAN REDUCIRSE DE ACUERDO CON ESTA EDAD.
- D) LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR, EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPROBACION DE LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS ASEGURADOS, EN CUYO CASO, HARA LA ANOTACION CORRESPONDIENTE, Y NO TENDRA DERECHO A EXIGIR NUEVAS PRUEBAS PARA DICHA COMPROBACION.

4.6 MOVIMIENTOS

ALTAS DE ASEGURADOS.- LA COMPAÑIA, MIENTRAS ESTE EN VIGOR LA POLIZA, PODRA INCLUIR BAJO LA PROTECCION DE LA MISMA, NUEVOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE, PARA LO CUAL EL CONTRATANTE DEBERA SOLICITARLO, POR ESCRITO, DE ACUERDO CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS EN ESTA POLIZA. LAS ALTAS DE PERSONAS QUE SE SOLICITEN CON POSTERIORIDAD A LOS PRIMEROS TREINTA DIAS DE HABER ADQUIRIDO EL DERECHO DE FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA QUEDARAN SUJETAS A LA ACEPTACION PREVIA DE LA COMPAÑIA, CONFORME A LAS PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD QUE, EN TAL CASO, QUEDA FACULTADA A SOLICITAR. EL CONTRATANTE DEBERA ENVIAR A LA COMPAÑIA ALGUN DOCUMENTO QUE PRUEBE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA COLECTIVIDAD.

CUANDO LA COLECTIVIDAD ASEGURADA INCLUYA A LOS DEPENDIENTES ECONOMICOS DEL ASEGURADO TITULAR Y ESTOS ADQUIERAN DERECHOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA, QUEDARAN CUBIERTOS A PARTIR DE LA FECHA DEL MATRIMONIO CIVIL O DEL NACIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA COMPAÑIA RECIBA AVISO POR ESCRITO DEL CONTRATANTE DURANTE LOS PRIMEROS TREINTA DIAS SIGUIENTES A DICHA FECHA, DEBIENDO ADJUNTAR EL ACTA DE MATRIMONIO O NACIMIENTO RESPECTIVA Y PAGAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE. DE NO HABERSE HECHO ASI, SU INCLUSION QUEDARA CONDICIONADA A LA ACEPTACION PREVIA DE LA COMPAÑIA.

EN CASO DE ALTA DE UN ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, LA COMPAÑIA COBRARA UNA PRIMA DE ACUERDO CON LA EDAD, DOMICILIO, SEXO, Y OCUPACION DE DICHO ASEGURADO, CALCULADA EN PROPORCION, DESDE LA FECHA DE INGRESO HASTA EL PROXIMO VENCIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA.

CANCELACION DE ASEGURADOS.-SE CANCELARAN EN ESTA POLIZA AQUELLAS PERSONAS QUE SE SEPAREN DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA, PARA LO CUAL EL CONTRATANTE SE OBLIGA A AVISAR SU CANCELACION, DE INMEDIATO, Y POR ESCRITO A LA COMPAÑIA. LOS BENEFICIOS DEL SEGURO PARA ESTAS PERSONAS CESARAN DESDE EL MOMENTO DE LA SEPARACION, EXCEPTO POR SINIESTROS OCURRIDOS ANTES DE LA CANCELACION CONFORME AL PERIODO DE

BENEFICIO.

EN CASO DE CANCELACION DE UN ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, LA COMPAÑIA DEVOLVERA AL CONTRATANTE LA PRIMA NETA NO DEVENGADA CORRESPONDIENTE A DICHO ASEGURADO.

CUANDO UN MIEMBRO DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA NO CUBRA AL CONTRATANTE LA PARTE DE LA PRIMA A QUE SE HUBIESE OBLIGADO, ESTE PODRA SOLICITAR SU CANCELACION A LA COMPAÑIA.

- 4.7 OBLIGACION DE ASEGURAR.-** EL CONTRATANTE SE OBLIGA A SOLICITAR SEGURO PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE EN EL MOMENTO DE LA EXPEDICION DE LA POLIZA REUNAN LAS CARACTERISTICAS NECESARIAS PARA FORMAR PARTE DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE DEFINIDA EN LA CARATULA. ASIMISMO, SE OBLIGA A SOLICITAR SEGURO EN LOS TERMINOS DE ESTA POLIZA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE, CON POSTERIORIDAD, LLEGAREN A CUMPLIR DICHAS CARACTERISTICAS, DENTRO DE LOS TREINTA DIAS SIGUIENTES A QUE LAS CUMPLAN.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACION, POR PARTE DEL CONTRATANTE, FACULTARA A LA COMPAÑIA A DAR POR TERMINADO EL CONTRATO, MEDIANTE AVISO POR ESCRITO AL CONTRATANTE, COMUNICADO CON TREINTA DIAS DE ANTICIPACION A LA FECHA EFECTIVA DE TERMINACION.

- 4.8 REHABILITACION.-** NO OBSTANTE LO DISPUESTO EN LA CLAUSULA DE PRIMAS DE LAS CONDICIONES GENERALES, EL ASEGURADO O CONTRATANTE PODRAN, DENTRO DE LOS TREINTA DIAS SIGUIENTES AL ULTIMO DIA DEL PLAZO DE GRACIA SEÑALADO EN DICHA CLAUSULA, PAGAR LA PRIMA DE ESTE SEGURO O LA PARTE CORRESPONDIENTE DE ELLA, SI SE HA PACTADO SU PAGO FRACCIONADO. EN ESTE CASO, POR EL SOLO HECHO DEL PAGO MENCIONADO LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE REHABILITARAN A PARTIR DE LA HORA Y DIA SEÑALADOS EN EL COMPROBANTE DE PAGO Y LA VIGENCIA ORIGINAL SE PRORROGARA AUTOMATICAMENTE POR UN LAPSO IGUAL AL COMPRENDIDO ENTRE EL ULTIMO DIA DEL MENCIONADO PLAZO DE GRACIA Y LA HORA Y DIA EN QUE SURTA EFECTO LA REHABILITACION.

SIN EMBARGO, SI, A MAS TARDAR AL HACER EL PAGO DE QUE SE TRATA, EL ASEGURADO SOLICITA, POR ESCRITO, QUE ESTE SEGURO CONSERVE SU VIGENCIA ORIGINAL, LA COMPAÑIA AJUSTARA Y, EN SU CASO, DEVOLVERA DE INMEDIATO, A PRORRATA, LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PERIODO DURANTE EL CUAL CESARON LOS EFECTOS DEL MISMO, CONFORME AL ARTICULO 40 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO CUYOS MOMENTOS INICIAL Y TERMINAL SE INDICAN AL FINAL DEL PARRAFO PRECEDENTE.

EN CASO DE QUE NO SE CONSIGNE LA HORA EN EL COMPROBANTE DE PAGO, SE ENTENDERA REHABILITADO EL SEGURO DESDE LAS CERO HORAS DE LA FECHA DE PAGO.

SIN PERJUICIO DE SUS EFECTOS AUTOMATICOS, LA REHABILITACION A QUE SE REFIERE ESTA CLAUSULA DEBERA HACERLA CONSTAR LA COMPAÑIA, PARA FINES ADMINISTRATIVOS, EN EL RECIBO QUE SE EMITA CON MOTIVO DEL PAGO CORRESPONDIENTE Y EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE SE EMITA CON POSTERIORIDAD A DICHO PAGO.

- 4.9 NOTIFICACIONES.-** CUALQUIER COMUNICACION O NOTIFICACION RELACIONADA CON ESTA POLIZA DEBERA HACERSE A LA COMPAÑIA, POR ESCRITO, PRECISAMENTE A SU DOMICILIO SOCIAL.
- 4.10 MONEDA.-** TANTO EL PAGO DE LA PRIMA COMO LAS INDEMNIZACIONES A QUE HAYA LUGAR POR ESTA POLIZA, SON LIQUIDABLES, EN MONEDA NACIONAL, DE ACUERDO CON LA LEY MONETARIA VIGENTE EN LA FECHA DE PAGO, EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA COMPAÑIA EN LA REPUBLICA MEXICANA.
- 4.11 COMPETENCIA.-** EN CASO DE CONTROVERSIDAD, 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.
- 4.12 ARBITRAJE MEDICO.-** EN CASO DE DESACUERDO ENTRE USTED(ES) Y LA COMPAÑIA RESPECTO DE SI UN PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD ES PREEXISTENTE O NO, USTED(ES) PODRÁ(N) ACUDIR A UN PROCEDIMIENTO ARBITRAL. EN ESTE CASO, LA CONTROVERSIDAD SERÁ SOMETIDA 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 HICIERE 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 HICIERE 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 USTED(ES) OPTÓ(ARON) POR ACUDIR AL PROCEDIMIENTO ARBITRAL Y 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.

- 4.13 PRESCRIPCIÓN.-** TODAS LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBIRÁN EN 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 EL; 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 ESTOS TENGAN CONOCIMIENTO DEL DERECHO CONSTITUIDO A SU FAVOR.

ES NULO EL PACTO QUE ABREVE O EXTIENDA EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR.

ADEMÁS DE LAS CAUSAS ORDINARIAS DE INTERRUPCIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, ESTA SE INTERRUMPIRA 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.

- 4.14 PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.** EL CONTRATANTE Y EL ASEGURADO, EN SU CASO, PODRÁN PARTICIPAR DE LAS UTILIDADES QUE OBTENGA LA COMPAÑÍA EN LA CARTERA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, DE ACUERDO CON LAS FÓRMULAS REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS. EL PAGO DE DICHA PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES NO QUEDARÁ CONDICIONADO A LA RENOVACIÓN.

5. 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 PERÍODO DE PAGO. SE ENTIENDE POR PERÍODO 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 PERÍODO 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.

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.

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.).

6. SINIESTROS

6.1 AVISO.- ES OBLIGACION DEL ASEGURADO DAR AVISO, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA, EN EL CURSO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYA PRESENTADO CUALQUIER ACCIDENTE O ENFERMEDAD, QUE PUEDA SER MOTIVO DE INDEMNIZACIÓN.

6.2 RECLAMACIONES.- EN TODA RECLAMACION DEBERA COMPROBARSE A LA COMPAÑÍA, POR CUENTA DEL ASEGURADO LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO. EL ASEGURADO DEBERA PRESENTAR A LA COMPAÑÍA LAS FORMAS DE DECLARACION CORRESPONDIENTES QUE PARA EL EFECTO SE LE PROPORCIONEN, ASÍ COMO TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS INDEMNIZABLES, QUE DEBERAN REUNIR LOS REQUISITOS QUE PARA LOS DE SU CLASE EXIJAN LAS LEYES Y REGLAMENTOS FISCALES VIGENTES. TALES DOCUMENTOS QUEDARÁN EN PODER DE LA COMPAÑÍA, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO SE HARÁ POR PARTE DE LA COMPAÑÍA PAGO ALGUNO A ESTABLECIMIENTOS DE CARIDAD, BENEFICIENCIA, ASISTENCIA SOCIAL, O CUALESQUIERA OTROS SEMEJANTES EN DONDE NO SE EXIGE REMUNERACIÓN.

LA COMPAÑÍA PODRÁ NOMBRAR A ALGUNA PERSONA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO LA VERIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIONES Y LA DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN EL SANATORIO U HOSPITAL, Y LA COMPROBACIÓN DE LOS GASTOS.

6.3 PAGO DE INDEMNIZACIONES

A) LAS INDEMNIZACIONES QUE RESULTEN CONFORME A ESTE CONTRATO SERÁN LIQUIDADAS EN EL CURSO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA RECIBA LOS DOCUMENTOS E INFORMACIONES QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN.

B) TODAS LAS INDEMNIZACIONES CUBIERTAS POR LA COMPAÑÍA SERÁN LIQUIDADAS EN LAS OFICINAS DE LA MISMA.

C) CUALQUIER PAGO REALIZADO INDEBIDAMENTE POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, A CAUSA DE OMISIÓN O NEGLIGENCIA EN EL AVISO POR PARTE DEL CONTRATANTE, OBLIGA A ESTE A REINTEGRAR DICHO PAGO A LA COMPAÑÍA.

- D) EL PAGO DEL IVA SERA CUBIERTO POR LA COMPAÑIA. CUALQUIER OTRO IMPUESTO QUEDARA A CARGO DEL ASEGURADO.
- E) EN DEFECTO DEL ASEGURADO, POR MUERTE O INCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS CIVILES, EL PAGO SE HARA AL BENEFICIARIO ASIGNADO Y, EN DEFECTO DE ESTE O EN CASO DE QUE NO EXISTIESE DESIGNACION DE NUEVO BENEFICIARIO, A QUIEN ACREDITE LA LEGAL REPRESENTACION DEL ASEGURADO INCAPAZ O A LA SUCESION DEL ASEGURADO.
- F) EN CASO DE QUE EL PLAN CONTRATADO SEA UN PLAN LIMITADO (AAA, AA, A), EL PAGO DE LA RECLAMACION SE EFECTUARA DE ACUERDO AL CATALOGO DE HONORARIOS MEDICOS O QUIRURGICOS CORRESPONDIENTE A DICHO PLAN.
- G) EN CASO DE QUE EL PLAN CONTRATADO SEA AMPLIO, NO EXISTIRA LA LIMITANTE CITADA EN EL PARRAFO ANTERIOR.

SIN EMBARGO, EL MONTO QUE SE PAGARA POR LOS GASTOS MEDICOS O QUIRURGICOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA, PARA HOSPITALES Y MEDICOS CON QUIENES NO SE TENGA CONVENIO DE PAGO DIRECTO, NO PODRA SER SUPERIOR EN MAS DE UN 10 % AL QUE CORRESPONDA PARA SERVICIOS MEDICOS O QUIRURGICOS EN HOSPITALES DE CATEGORIA SIMILAR, CON LOS QUE EXISTA DICHO CONVENIO.

CUANDO LA ATENCION MEDICA SE REALICE CON UN PRESTADOR DE SERVICIOS CON EL QUE NO SE TENGA CONVENIO DE PAGO DIRECTO, SE PODRAN CONSULTAR LAS TARIFAS FIJADAS CON LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CON LOS QUE EXISTA DICHO CONVENIO, CON EL MEDICO DICTAMINADOR DE LA COMPAÑIA, EN LAS OFICINAS DE LA MISMA, O BIEN, PUEDE SOLICITARSE DICHA INFORMACION TELEFONICAMENTE.

LA OBLIGACION MAXIMA DE LA COMPAÑIA, POR PADECIMIENTO, NO SERA SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, ESPECIFICADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

6.4 OTROS SEGUROS. EN CASO DE RECLAMACION, SI LAS COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA POLIZA ESTUVIESEN AMPARADAS EN TODO O EN PARTE POR OTROS SEGUROS, EN ESTA U OTRAS ASEGURADORAS, LAS INDEMNIZACIONES PAGADERAS EN TOTAL POR TODAS LAS POLIZAS NO EXCEDERAN A LOS GASTOS REALES INCURRIDOS, PARA LO CUAL, EN CASO DE QUE OTRA COMPAÑIA ASEGURADORA YA HAYA CUBIERTO DE MANERA PARCIAL LOS GASTOS REALIZADOS, EL ASEGURADO DEBERA PRESENTAR FOTOCOPIA DE TODOS LOS COMPROBANTES, ASI COMO DEL FINIQUITO ELABORADO POR LA OTRA ASEGURADORA.

6.5 DEDUCCIONES.- CUALQUIER PRIMA VENCIDA Y NO PAGADA DE ESTA POLIZA, PODRA SER DEDUCIDA DE CUALQUIER INDEMNIZACION.

6.6 INDEMNIZACION POR MORA.- SI LA COMPAÑIA NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN ESTE CONTRATO DE SEGURO AL HACERSE EXIGIBLES LEGALMENTE, DEBERA PAGAR AL ACREEDOR UNA INDEMNIZACION POR MORA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

6.7 DE ACUERDO AL TIPO DE EXPERIENCIA EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SE APLICARA UNA DE LAS SIGUIENTES MODALIDADES PARA LA TERMINACION DE OBLIGACIONES EN CASO DE QUE NO SE RENUEVE LA POLIZA:

A) EXPERIENCIA GENERAL: LA COMPAÑIA SOLAMENTE REEMBOLSARA EL COSTO DE LOS GASTOS EFECTUADOS, PARA PADECIMIENTOS EN CURSO DE PAGO A LA TERMINACION DE VIGENCIA DE LA POLIZA, DURANTE UN PERIODO MAXIMO DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DIAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE OCURRA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA, LOQUE OCURRA PRIMERO.

B) EXPERIENCIA PROPIA: EN CASO DE QUE NO SE RENUEVE LA POLIZA CON SEGUROS INBURSA, S.A. SE LIMITARA LA OBLIGACION AL PAGO DE LAS RECLAMACIONES O COMPLEMENTARIAS CORRESPONDIENTES A EROGACIONES POR CONCEPTO DE GASTOS MEDICOS CUBIERTOS, EFECTUADAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA TERMINACION DE VIGENCIA DE LA POLIZA, QUEDANDO, EN ESTE CASO, EXCLUIDAS LAS EROGACIONES REALIZADAS EN FECHAS POSTERIORES A DICHA FECHA.

7. REVELACIÓN DE COMISIONES

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.

"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 EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B, Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO REGISTRO NÚMERO DVA-S-91/2001 DE FECHA 12/03/2001, OF. NO. 06-367-I-1.1/25677 DE FECHA 12/09/1994, OF. 06-367-II-1.1/12119 EXP. 732.1(S-128)/1 DE FECHA 17/08/2001, CNSF-S0022-0700-2003 DE FECHA 30/09/2003, CGEN-S0022-0092-2005 DE FECHA 29/06/2005, CGEN-S0022-0287-2005 DE FECHA 16/12/2005, CGEN-S0022-0282-2006 DE FECHA 16/05/2006 Y CGEN-S0022-0321-2006 DE FECHA 08/08/2006."

AV. INSURGENTES SUR 3500 COL. PEÑA POBRE C.P. 14060 MEXICO, D.F. APDOS 22-365 Y 22-366

