



**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS
MAYORES**

Pan-American *World Access* 2019

V.mayo.2018

INDICE

I. DEFINICIONES

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

A. Cobertura Única: Seguro de Gastos Médicos Mayores

1. Hospitalización

- a. Habitación y Alojamiento**
- b. Unidad de Cuidados Intensivos**
- c. Honorarios del cirujano y del Médico asistente**
- d. Honorarios del anesthesiólogo**
- e. Medicamentos Recetados**
- f. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes**
- g. Tratamiento de cáncer**
- h. Diálisis**
- i. Prótesis e instrumentos correctivos**
- j. Acompañante de un Asegurado Hospitalizado**
- k. Trasplante de Órganos**

2. Tratamientos Ambulatorios

- a. Visitas a Médicos y especialistas**
- b. Visitas a la sala de emergencia**
- c. Tratamiento de cáncer**
- d. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes**
- e. Diálisis**
- f. Medicamentos Recetados**
- g. Terapia Física y Rehabilitación**
- h. Cuidados de Salud en el Hogar**
- i. Equipo Médico Duradero**

3. Otros Beneficios

- a. Maternidad y cuidados del Recién Nacido**
 - b. Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido Enfermo**
 - c. Ambulancia (Aérea y Terrestre)**
 - d. Condiciones Congénitas y Hereditarias**
 - e. Gastos Médicos sin patología.**
 - f. Pasatiempos Riesgosos**
 - g. Tratamiento dental de Urgencia Médica**
 - h. Cuidados con Fines Paliativos**
 - i. VIH/SIDA**
 - j. Terapias Complementarias (quiropático, psiquiatra o psicólogo)**
 - k. Tratamientos de Podología**
 - l. Tratamiento de Urgencia Médica**
-

- m. Repatriación de restos mortales**
- n. Extensión de las Coberturas**

B. Reglas especiales con respecto a la cobertura por Maternidad y Recién Nacidos

III. EXCLUSIONES GENERALES

IV. CLAÚSULAS GENERALES

- A. De los Asegurados**
 - 1. Elegibilidad**
 - 2. Elegibilidad del Recién Nacido**
 - 3. Incorporación de Asegurados**
 - 4. Baja de Asegurados**
 - 5. Edad de Aceptación**
 - 6. Omisiones o Inexactas Declaraciones**
 - 7. Agravación esencial**
- B. De la Póliza**
 - 1. Fecha Efectiva de la Póliza**
 - 2. Periodo de Espera**
 - 3. Deducible Anual**
 - 4. Concurrencia de Beneficios**
 - 5. Modificaciones y Cambio de Plan**
 - 6. Derecho de los Contratantes de Conocer la Comisión o Compensación Directa que le Corresponda al Intermediario de Seguros**
 - 7. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**
 - 8. Contratación del Seguro por Medios Electrónicos**
 - 9. Padecimientos Preexistentes**
- C. De la Prima**
 - 1. Pago de la Prima**
 - 2. Reembolso de Primas**
 - 3. Modificación de la Prima**
 - 4. Periodo de Gracia**
 - 5. Rehabilitación**
 - 6. Renovaciones Anuales**
 - 7. Impuestos y Contribuciones**
- D. Del Proceso de Siniestro y Reclamación**
 - 1. Aviso de Siniestro**
 - 2. Autorización Previa de Beneficios**
 - 3. Reclamante Sustituto**
 - 4. Pago o Reembolso de Indemnizaciones**

- 5. Revisión de Reclamaciones**
- 6. Subrogación**
- 7. Interés moratorio**

E. Terminación de la Póliza

- 1. Terminación del Seguro**
- 2. Prescripción**

F. Disposiciones Legales

- 1. Confidencialidad**
- 2. Moneda**
- 3. Resolución de Controversias**
- 4. Comunicaciones**
- 5. Jurisdicción y Competencia**

CONDICIONES GENERALES Pan-American Acceso Mundial (Pan-American World Access)

Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (la "**Compañía**"), es la compañía de seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas responsable de pagar las indemnizaciones previstas en estas Condiciones Generales y los demás elementos de la Póliza.

I. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones utilizadas, ya sea en singular o en plural, corresponden a los términos, condiciones y restricciones de la Póliza:

ACCIDENTE: Evento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que pueda resultar en lesiones o en la incapacidad del Asegurado.

AMBULANCIA AÉREA: Aeronave con licencia para operar como vehículo de emergencia, con el personal médico y equipada para proporcionar cuidados médicos durante una transportación de emergencia. Este servicio lo presta una entidad autorizada por la Compañía.

AMBULANCIA TERRESTRE: Vehículo terrestre con licencia para operar como vehículo de emergencia, con el personal médico y equipada para proporcionar cuidados médicos durante una transportación de emergencia. Este servicio lo presta una entidad autorizada por la Compañía para dicho propósito.

AÑO PÓLIZA: Es el periodo de doce (12) meses consecutivos que inicia en la Fecha Efectiva de la Póliza y termina a la Fecha del Aniversario.

ASEGURADO: Persona a la que la Compañía ha aceptado otorgarle la cobertura bajo la Póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: Persona física que ha sido designado como tal en la Póliza y que le corresponde realizar la administración de la Póliza respecto de los demás Asegurados y el cumplimiento de las obligaciones que le han sido designadas en el Seguro.

BENEFICIARIO: La(s) persona(s) designada(s) por el Contratante o el Asegurado Principal para recibir cualquier Reembolso o solicitar cualquier beneficio después del Fallecimiento del Asegurado Principal.

CARÁTULA: Documento que forma parte integral de la Póliza y que detalla, entre otras cosas, el plan contratado por el Asegurado, nombre del contratante, número de Póliza, núcleos asegurados y Cuadro de Beneficios Cubiertos.

CIRUGÍA: Operación invasiva ejecutada por Médicos especialistas mediante la cual se pretende restaurar la salud del Asegurado por la curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y HEREDITARIA: Patología o condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada antes o después del mismo.

CONTRATANTE: Es la persona física o moral, ya sea el Asegurado Principal o una tercera persona, que celebra con la Compañía, por cuenta propia o por cuenta del Asegurado Principal, el Seguro, y que adicionalmente es directamente responsable ante la Compañía por el pago de la prima.

El Contratante, en caso de no ser el Asegurado Principal, no podrá solicitar ni recibir información de los Asegurados en relación a su estado de salud presente o futuro a menos que el Asegurado lo autorice por escrito. Asimismo el Contratante únicamente gozará de los derechos que se mencionen expresamente en la Póliza.

CUADRO DE BENEFICIOS CUBIERTOS: Condiciones bajo las cuales la Póliza fue aprobada para cada uno de los Asegurados contenidas en la Carátula de la Póliza y que contiene la Fecha Efectiva de la Póliza, el Plan que fue aprobado, el monto del Deducible, así como las coberturas, beneficios y cualquier restricción específica a la cobertura del Asegurado en particular o de la Póliza en general.

CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR: Asistencia al Asegurado que sea (i) Medicamento Necesaria, (ii) prescrita por un Médico y (iii) prestada por personal calificado.

DEDUCIBLE: Monto establecido en el Cuadro de Beneficios Cubiertos que marca la suma límite a partir de la cual, la Compañía asume la responsabilidad por el pago de los Gastos Médicos Cubiertos producto de una reclamación procedente. Esta cantidad no será reembolsada por la Compañía.

Se considerará comprendido dentro del Deducible las cantidades pagadas por otras instituciones de seguro autorizadas en México para operar el ramo de gastos médicos respecto de reclamaciones procedentes para la Compañía, lo cual deberá acreditarse con el correspondiente finiquito e información médica necesaria.

DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE NASAL: **El tratamiento quirúrgico de nariz y tabique nasal, estará cubierto** cuando sea necesario para tratar una Lesión sufrida durante un Accidente cubierto por esta Póliza, siempre y cuando dicho trauma sea evidenciado radiológicamente a través de Rayos-X o Tomografía (CAT Scan). El accidente deberá ser notificado y/o contar con comprobante de gasto dentro de los 30 días posteriores al evento. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

DEPENDIENTES: Podrán considerarse, según sea aplicable, el cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal; hijos, hijastros y nietos bajo tutela del Asegurado Principal y del cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal y padres del Asegurado Principal.

DEPORTISTA PROFESIONAL: Son deportistas profesionales quienes, en virtud de una relación establecida con carácter regular, se dediquen voluntariamente a la práctica del deporte por cuenta

y dentro del ámbito de organización y dirección de un club o entidad deportiva, a cambio de una retribución.

DONANTE: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Asegurado.

EMBARAZO CUBIERTO: Embarazo en el que la fecha del parto ocurre al menos diez (10) meses después de la Fecha Efectiva de la cobertura de la Asegurada de la Póliza. Este beneficio solo aplica a los Planes I y II del Seguro y se encuentra sujeto a lo señalado en la cobertura correspondiente.

ENDOSO: Modelo de cláusula registrada ante la Comisión Nacional de Seguros que amplía, aclara, modifica o restringe las presentes condiciones generales cobertura de esta Póliza.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud de una persona, la cual afecta el funcionamiento normal del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico médico.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Son aquellas Enfermedades debidas a un defecto presente desde el momento del nacimiento, que fue adquirido durante la etapa gestacional.

ENFERMERO(A): Persona autorizada para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.

FALLECIMIENTO: La muerte causada como consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza.

FECHA EFECTIVA: Es la fecha en la que la Compañía acepta la oferta del Contratante o Asegurado Principal de asegurar a los Asegurados y por lo tanto, comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de los Asegurados bajo el Seguro.

FECHA DEL ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la Fecha Efectiva de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: Es la fecha en la que la prima tiene que ser efectivamente pagada..

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Cargos por servicios hospitalarios y/o médicos establecidos en el Cuadro de Beneficios Cubiertos que se encuentran contemplados dentro de las coberturas de la Póliza y han sido expresamente aceptados por la Compañía.

GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO: Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde son efectuadas, considerando que las prestaciones son las que generalmente se suministran para **(i)** el tratamiento de la incapacidad, **(ii)** la Lesión o Enfermedad; **(iii)** las características y el nivel de los tratamientos y servicios otorgados; **(iv)** el prestigio, **(v)** la experiencia, y **(vi)** el nivel de las personas encargadas de la atención. No implica límites ni topes reducidos como lo son en las pólizas que operan con base a Tabuladores para los diferentes padecimientos cubiertos. Su método de cálculo contempla mínimos y máximos, cuyos importes el asegurado y/o contratante podrá tener acceso incondicionalmente,

siempre que lo solicite por escrito a la Aseguradora, a fin de que tenga certeza de los montos a los que puede ascender los costos de su procedimiento.

HABITACIÓN ESTÁNDAR: Es una habitación privada o semiprivada de un Hospital o Clínica para el uso de uno o más pacientes.

HOSPITAL O CLÍNICA: Institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y/o quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y/o enfermas bajo la supervisión de personal médico. Para los efectos de esta Póliza, no se considerarán Hospitales, los asilos de ancianos, casas de descanso o reposo, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

HOSPITALIZACIÓN: Estancia continua de veinticuatro (24) horas como mínimo, bajo supervisión médica, a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente en un Hospital o Clínica para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

INFORME MÉDICO: Documento emitido por el Médico tratante o por un comité médico, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al Evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la reclamación o para la evaluación de la cobertura médica solicitada. En los casos en que aplique, el comité médico estará conformado por el Médico del Asegurado, un perito Médico nombrado por la Compañía, y un tercer perito Médico nombrado por los dos primeros.

LESIÓN: Daño infligido al cuerpo humano por una causa externa.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el Médico del Asegurado, ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico: **(i)** es proporcionado por simple preferencia o deseo del Asegurado, su familia o el proveedor y no es indispensable para el bienestar físico del Asegurado; **(ii)** no es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado; **(iii)** excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica; y **(iv)** está fuera del alcance de la práctica médica estándar.

MÉDICO: Profesional autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde ha establecido su práctica y que actúa dentro de los parámetros normados para el ejercicio de su profesión.

NÚCLEO ASEGURADO: Cualquiera de los siguientes núcleos que estén cubiertos bajo la misma Póliza: **(i)** Núcleo 1: Asegurado Principal, cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal; hijos, hijastros y nietos bajo tutela del Asegurado Principal y del cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal, o **(ii)** Núcleo 2: padres del Asegurado Principal.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Cualquier síntoma y/o signo que se presente antes de la Fecha Efectiva de la Póliza, o la rehabilitación de ésta y que de haberse consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

b) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

PAÍS DE RESIDENCIA: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía el documento que lo acredite.

PASATIEMPOS RIESGOSOS: Actividades que aumentan el riesgo de muerte o Enfermedad de las personas que las practican. Se consideran como pasatiempos riesgosos, de manera enunciativa más no limitativa: el buceo, el alpinismo, el paracaidismo, el salto en bungee, el parapente y el ciclismo de montaña.

PERIODO DE ESPERA: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza contado a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza.

PERIODO DE GRACIA: Es el periodo de tiempo de 30 días naturales que la Compañía otorga para el pago de la prima o cada una de sus fracciones.

PLAN: Hace referencia a la Póliza y su clasificación de costo, de acuerdo con el Deducible seleccionado por el Contratante en la Solicitud del Seguro, la cual se encuentra debidamente registrada y se acompaña a las presentes Condiciones Generales en documento por separado.

La Compañía maneja cinco (5) Planes dependiendo del monto del Deducible escogido por el Contratante en la Solicitud de Seguro, los cuales se especificarán en la Carátula de la Póliza.

PÓLIZA: Está constituida por éstas Condiciones Generales, el Cuadro de Beneficios Cubiertos, la Carátula, la Solicitud de Seguro misma que se encuentra debidamente registrada y que se

acompaña en documento por separado, los Endosos, los formularios y cuestionarios suscritos por la Compañía y/o los Asegurados, y demás documentación contractual en donde se establecen los derechos y obligaciones de la Compañía y de los Asegurados.

PROVEEDORES DE TRASPLANTES: Grupo de Hospitales o Clínicas en los Estados Unidos de América o en México que han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los Asegurados.

RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un donante.

RECIÉN NACIDO: Persona considerada como tal desde el momento de su nacimiento hasta cumplidos treinta (30) días de vida.

REEMBOLSO: Proceso mediante el cual, la Compañía pagará al Asegurado las cantidades erogadas por concepto de Gastos Médicos Cubiertos por esta Póliza, previa documentación del Siniestro o Evento, de conformidad con los términos y condiciones de la Póliza. El reembolso no aplica a pagos directos realizados a proveedores por la Compañía.

SEGURO: El contrato de seguro celebrado directamente por el Contratante con la Compañía para cubrir los riesgos previstos en la Póliza.

SINIESTRO O EVENTO: Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o el diagnóstico de una Enfermedad, así como todas las Lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones y Hospitalizaciones que son derivadas del mismo.

SOLICITUD DE SEGURO: Declaración escrita contenida en el cuestionario diseñado por la Compañía y firmada por el Asegurado Principal y/o Contratante, la cual contiene información sobre el Asegurado Principal y los dependientes de su Núcleo Asegurado, para ser usada por la Compañía con el propósito de determinar su asegurabilidad. Dicho documento se encuentra debidamente registrado y se acompaña por separado a las presentes Condiciones Generales.

SUMA ASEGURADA MÁXIMA DE LA PÓLIZA: Monto máximo contratado por Año Póliza para cubrir todos los Eventos amparados por la Póliza, por cada Asegurado. Este monto será renovado cada año. Dentro de cada periodo de Año Póliza este monto se irá reduciendo con cada reclamación presentada y efectivamente pagada.

SUMA ASEGURADA MÁXIMA POR BENEFICIO: Monto máximo y único contratado de por vida para cubrir determinados beneficios amparados en la Póliza, sin tener en cuenta si la cobertura del Seguro de dicho Asegurado ha sido interrumpida o no, o incluso, si hubiese sido dado por terminada y subsecuentemente rehabilitada. Este monto irá reduciéndose con cada reclamación presentada y efectivamente pagada.

SUMA ASEGURADA MÁXIMA POR EVENTO: Límite de responsabilidad que tendrá la Compañía frente a un Asegurado por cada Evento o Siniestro que no se encuentre comprendido dentro de los Beneficios.

TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO: Documento de identificación otorgado por la Compañía a cada Núcleo Familiar de Asegurados bajo la Póliza.

TRATAMIENTOS AMBULATORIOS: Servicios médicos que no requieren Hospitalización y que son prestados en un Hospital o Clínica, centro o consultorio médicos dentro de un periodo de duración de menos de veinticuatro (24) horas.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Área del Hospital o Clínica designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

URGENCIA MÉDICA: la aparición fortuita de una Enfermedad aguda que no se derive de un Padecimiento Preexistente y ponga en peligro la vida, un órgano o una función del Asegurado o un Accidente que requiera atención inmediata.

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos Cubiertos que a continuación se enumeran, incluyendo el Impuesto al Valor Agregado (IVA) (si aplicare), que se generen del costo de las reclamaciones, hasta el monto correspondiente al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado, sujeto a los límites correspondientes a aquellas coberturas cuyo monto máximo a indemnizar se especifica en la Carátula de la Póliza.

La Compañía aplicando sus políticas efectuará pagos directos a Médicos y Hospitales en todo el mundo siempre que sea posible. Si este hecho no es viable, la Compañía reembolsará al Asegurado Principal los Gastos Médicos que haya generado, conforme al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Principal.

A. Cobertura Única: Seguro de Gastos Médicos Mayores:

Si durante la vigencia de la Póliza, dentro del área de cobertura, como consecuencia de un Accidente o una Enfermedad cubierta o de un Evento específicamente señalado como amparado bajo este Seguro, que no sea un Padecimiento Preexistente ni forme parte de las Exclusiones, el Asegurado se viera precisado a someterse a un tratamiento médico o quirúrgico Médicamente Necesario, la Compañía se obliga a reembolsar los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra una vez superado el Deducible aplicable, ajustando éstos en su caso, a la Suma Asegurada Máxima de la Póliza, la Suma Asegurada Máxima por Evento, y a toda delimitación que específicamente sea consignada en la Carátula o en el Cuadro de Beneficios Cubiertos de la Póliza.

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos Cubiertos una vez superado el Deducible aplicable hasta el agotamiento de la Suma Asegurada Máxima de la Póliza contratada anualmente, considerándose en cada caso toda delimitación en algún servicio por Suma Asegurada Máxima por Beneficio, la Suma Asegurada Máxima por Evento, que se señalan de manera específica en el Cuadro de Beneficios Cubiertos.

Las Condiciones Particulares incluidas en la Carátula de la Póliza prevalecerán sobre estas Condiciones Generales. El "Cuadro de Beneficios Cubiertos" solamente es un resumen de la cobertura.

Los Beneficios de la Cobertura Básica que se indican a continuación son por Asegurado y están sujetos a los términos y limitaciones de la Póliza y al Deducible correspondiente. Todos los gastos y honorarios a pagar serán los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados por servicios médicos o quirúrgicos proporcionados en determinada zona geográfica.

Área de cobertura.	El seguro brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional, con la salvedad que este seguro no tendrá cobertura en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América. El beneficio de trasplante de órganos debe ser realizado dentro de los Proveedores de Trasplantes. https://www.treasury.gov/about/organization-al-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx
Suma Asegurada Máxima de la Póliza por Asegurado por Año Póliza	USD \$5'000,000.00
Suma Asegurada Máxima por Evento	USD \$8,000,000.00

1. Hospitalización	
Habitación y Alojamiento (por día).	100%
Unidad de Cuidados Intensivos (por día).	100%
Honorarios del cirujano y del Médico asistente.	100%.
Honorarios del anesthesiólogo.	100%.
Medicamentos Recetados.	100%.
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.	100%.
Tratamiento de cáncer.	100%.
Diálisis.	100%.
Prótesis e Instrumentos Correctivos.	100%.
Acompañante de un Asegurado Hospitalizado.	Hasta USD \$300.00 Cobertura máxima por noche hasta 30 días. Por año póliza.
Trasplante de Órganos (Incluye: etapa previa al Trasplante, etapa del Trasplante, y etapa posterior al Trasplante).	Hasta USD \$1'000,000.00 Suma Asegurada Máxima por beneficio.

Gastos del proceso de donación de órganos.	Hasta USD \$50,000.00. (Ésta suma, se descontará del valor total de la Suma Asegurada Máxima por el Beneficio del Trasplante de Órganos, y está destinado a cubrir los gastos derivados del proceso de donación).
2. Tratamientos Ambulatorios	
Visitas a Médicos y especialistas.	100%
Visitas a la sala de emergencia.	100%.
Tratamiento de cáncer.	100%.
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.	100%.
Diálisis.	100%.
Medicamentos Recetados (excepto cáncer y trasplante que tienen tope de acuerdo a la Suma Asegurada).	100% hasta GURA por Año Póliza por Asegurado.
Terapia Física y Rehabilitación.	100%. Máximo sesenta (60) sesiones por Año Póliza por Asegurado.
Cuidados de Salud en el Hogar. Enfermería	100%. Máximo sesenta (60) días por Año Póliza por Asegurado.
Equipo Médico Duradero.	100% hasta GURA por Año Póliza.
3. Otros Beneficios	
Maternidad y cuidados del Recién Nacido. Sólo para Planes I y II, (no aplica Deducible).	Hasta USD \$7,500.00 por Evento.
Complicación del Embarazo Cubierto y cuidados del Recién Nacido enfermo sólo para Planes I y II, (no aplica Deducible).	Hasta USD \$1'000,000.00. Suma Asegurada Máxima por Beneficio.
Ambulancia Aérea y Terrestre. (No aplica Deducible).	Hasta USD \$150,000.00 por Año Póliza por Asegurado.
Condiciones congénitas y hereditarias detectadas antes de los dieciocho (18) años de edad.	Hasta USD \$1'500,000.00 Suma Asegurada Máxima por Beneficio.
Condiciones congénitas y hereditarias detectadas a partir de los dieciocho (18) años de edad.	100% Hasta la Suma Asegurada Máxima por Año Póliza.
Gastos médicos sin patología. No aplica Deducible.	Hasta USD \$300.00 por Año Póliza por Asegurado.
Pasatiempos Riesgosos.	100%.
Tratamiento dental de Urgencia Médica.	100%. de acuerdo al GURA
Cuidados con fines paliativos.	100% máximo 6 meses por Asegurado.
VIH/SIDA, con Periodo de Espera de dos (2) años.	Hasta USD \$500,000.00 de Suma Asegurada Máxima por Beneficio.

Terapias Complementarias (quiropráctico, psiquiatra o psicólogo).	100%. Hasta Veinte (20) Sesiones por Año Póliza por Asegurado.
Tratamientos de Podología.	100% hasta GURA
Tratamiento de Urgencia Médica.	100%. de acuerdo al GURA
Repatriación de restos mortales.	100%.
Extensión de las Coberturas.	Dos (2) años de cobertura bajo esta Póliza para los Asegurados que pertenezcan al Núcleo familiar del Asegurado Principal en caso de Fallecimiento del Asegurado Principal por cualquiera de las causas cubiertas bajo esta Póliza.

Si la Compañía no realiza el pago directo, los Asegurados deberán pagar por el servicio recibido y posteriormente a la prestación del servicio, presentar su reclamación de reembolso a la Compañía. En caso de ser procedente la reclamación, será reembolsada al porcentaje definido en la Carátula, teniendo en cuenta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA) de la zona geográfica donde se utilizaron los servicios

1. La Compañía aplicará las siguientes reglas y restricciones a la cobertura: **Hospitalización:**
 - a. **Habitación y Alojamiento.** Corresponde a la habitación Estándar privada o semiprivada de un Hospital o Clínica, la cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la Hospitalización. Se cubrirá al 100% por día. Este beneficio deberá ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.** Tratándose de Hospitalizaciones por Cirugía programada, se cubrirá la Hospitalización a partir de las 24 horas antes de que se realice la Cirugía programada.
 - b. **Unidad de Cuidados Intensivos.** Área del Hospital o Clínica designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. Se cubrirá al 100% por día.. Este Beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
 - c. **Honorarios del cirujano y del Médico asistente.** Son los cargos del Médico cirujano y del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo. Se cubrirá al 100%, hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con

anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**

- d. Honorarios del anestesiólogo.** Son los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor. Se cubrirá al 100%, hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación de la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- e. Medicamentos Recetados.** Serán cubiertos al 100% si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza, La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Para el caso de la cobertura internacional de este beneficio, la efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América o por la agencia equivalente si el servicio es prestado en un país diferente a los mencionados, solo para el caso de urgencia médica.
- f. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán estos procedimientos, ya sean cubiertos en un Hospital o de manera ambulatoria, siempre que sean prescritos por el Médico.
- g. Tratamiento de cáncer.** El Asegurado recibirá cobertura para los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del Hospital o Clínica que se incurran en el tratamiento del cáncer. Se cubrirá al 100%, según hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- h. Diálisis.** Se cubrirá al 100% la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el Hospital o de manera ambulatoria,.. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- i. Prótesis e instrumentos correctivos.** Serán cubiertos al 100%, siempre que sean Medicamento Necesarios e implantados durante una Cirugía. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**

- j. Acompañante de un Asegurado Hospitalizado.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos por año póliza, por noche, por cargos incluidos en la factura del Hospital o Clínica, por la estancia durante la noche de un acompañante en la misma habitación que ocupe un Asegurado que esté hospitalizado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- k. Trasplante de Órganos.** Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un Donante son implantados en un Receptor. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funcionará como Donante y Receptor.

Los Trasplantes de Órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones dentro del listado de Proveedores de Trasplantes de la Compañía. La Suma Asegurada Máxima por Beneficio es la señalada en el Cuadro de Beneficios Cubiertos por Asegurado, vitalicio. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios**, quien puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un Médico haya determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano. La Suma Asegurada Máxima por Beneficio para procedimientos de trasplantes incluye las tres etapas siguientes: **(i)** etapa previa al trasplante: Esta incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el trasplante de órgano o de tejido. **(ii)** etapa del trasplante: incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el trasplante; y **(iii)** etapa posterior al trasplante: incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano o tejido trasplantado, tales como medicamentos inmuno-reguladores.

Para los costos de los procedimientos Médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos en que incurra el Donante humano vivo, así como el transporte y almacenamiento de los órganos, tejidos o células donadas, la Compañía cubrirá hasta USD \$50,000.00 por trasplante, vitalicio, cantidad que se resta de la Suma Asegurada Máxima por Beneficio de Trasplante de órganos. El Donante humano vivo no necesita estar Asegurado por la Compañía.

2. Tratamientos Ambulatorios:

- a. Visitas a Médicos y especialistas.** Los honorarios por visitas en el Hospital o Clínica y ambulatorias de Médicos y especialistas serán pagadas, hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA).
- b. Visitas a la sala de emergencia.** Cuando sea Médicamente Necesario, debido a la severidad de una Enfermedad o Lesión, las visitas a la sala de Emergencia serán cubiertas hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA).
- c. Tratamiento de cáncer.** Se cubrirán al 100% los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del Hospital o Clínica que se incurran en el tratamiento del cáncer, hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- d. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán al 100% estos procedimientos, ya sean cubiertos en un Hospital o de manera ambulatoria, siempre que sean prescritos por el Médico.
- e. Diálisis.** Se cubrirá al 100% la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el Hospital o de manera ambulatoria. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- f. Medicamentos Recetados.** Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza, Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos de la Póliza, por Año Póliza por Asegurado. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante o después de un Tratamiento Ambulatorio. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con la reclamación. La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Para el caso de la cobertura internacional de este beneficio, la efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América o por la agencia equivalente si el servicio es prestado en un país diferente a los mencionados, solo para el caso de urgencia médica. Este beneficio no aplica para el diagnóstico de Cáncer y/o Trasplante de Órganos, ya que sus beneficios y

condiciones de cobertura se encuentran señalados en los incisos k) del precepto 1. Hospitalización y c) de Tratamientos ambulatorios.

- g. Terapia Física y Rehabilitación.** Procedimientos practicados por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una Lesión, Enfermedad o tratamiento quirúrgico cubiertos por la Póliza, así como tratamientos para controlar el dolor. Se cubrirá hasta el límite señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA), por un periodo inicial de hasta sesenta (60) sesiones por cada Año Póliza, por Asegurado. **Para su aprobación, debe presentarse a la Compañía un plan de tratamiento por parte de un Médico o terapeuta físico o de rehabilitación debidamente acreditado.** Si se considera Médicamente Necesario, la Compañía puede aprobar una extensión del plan de tratamiento. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- h. Cuidados de Salud en el Hogar.** Cuidados prestados al Asegurado en su hogar por un profesional en Enfermería. Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos, por un periodo inicial de hasta treinta (30) días por Año Póliza por Asegurado y hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). **Para su aprobación, debe presentarse a la Compañía un plan de tratamiento por parte de un Médico.** Puede aprobarse una extensión si se considera Médicamente Necesario. Este beneficio y cualquier extensión otorgada deben ser coordinados y aprobados con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- i. Equipo Médico Duradero.** Cuando sea Médicamente Necesario, se cubrirán al 100% los aditamentos, órtesis, prótesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad, equipos médicos duraderos que incluyen, pero sin limitarlos a, sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y andaderas.. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**

3. **Otros Beneficios:**

- a. Maternidad y cuidados del Recién Nacido.** La Compañía pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos de la Póliza, por Evento, considerando como evento el parto normal o cesárea electiva y cuidados prenatales.

Para este beneficio, la asegurada deberá cumplir con un periodo de espera de 10 meses a la fecha probable de parto. **contados a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura de la Asegurada.** Este Periodo de Espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea eximido por escrito por la Compañía. **Esta cobertura sólo está disponible para los Planes I. y II.** Para este beneficio no aplica Deducible.

- b. Complicación del Embarazo y cuidados del Recién Nacido Enfermo.** La Compañía pagará hasta la Suma Asegurada Máxima por Beneficio, que indica el Cuadro de Beneficios Cubiertos por complicaciones del embarazo y los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros treinta (30) días de vida. Bajo este beneficio **no se cubrirán Lesiones ni Enfermedades de Recién Nacido que estén relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, estas se cubren bajo el beneficio de enfermedades congénitas y hereditarias. Existe un Periodo de Espera de diez (10) meses para esta cobertura, contados desde la Fecha Efectiva de la cobertura de la Asegurada bajo esta Póliza.** Este Periodo de Espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea eximido por escrito por la Compañía. **Esta cobertura sólo está disponible para los Planes I. y II.** Para este beneficio no aplica Deducible.
- c. Ambulancia (Aérea y Terrestre).** Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos de la Póliza por Año Póliza por Asegurado por la transportación aérea o terrestre de emergencia del Asegurado cuando: **(i)** el diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza, **(ii)** las necesidades técnico-científicas y la complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico-científica del sitio donde se encuentre el Asegurado en el momento que se requiera el beneficio, **(iii)** el transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado, **(iv)** el transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito, o **(v)** el Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.
- i. Toda transportación vía Ambulancia Aérea debe ser coordinada y aprobada con anterioridad por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.** Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su País de Residencia por medio de una Ambulancia Aérea pagada por la Compañía, ésta última, a su juicio, y sólo cuando sea Medicamento Necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su País de Residencia vía Ambulancia Aérea. **La Compañía no pagará**

indemnizaciones por Ambulancia (Aérea o Terrestre) cuando el servicio no haya sido previamente autorizado por ésta.

Para este Beneficio no aplica Deducible.

- ii. La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo, cuya prestación del servicio no forme parte de los beneficios y coberturas ofrecidas por estas Condiciones Generales.

- d. Condiciones Congénitas y Hereditarias.** Patología o condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada antes o después del mismo. Se pagará una Suma Asegurada Máxima por Beneficio de USD \$1'500,000.00 por Asegurado, vitalicio, por Condiciones Congénitas y Hereditarias que se manifiesten por primera vez antes que el Asegurado cumpla dieciocho (18) años de edad.

Las Condiciones Congénitas o Hereditarias que se manifiesten por primera vez a partir de la fecha en que el Asegurado cumpla dieciocho (18) años estarán cubiertas hasta la Suma Asegurada Máxima por Año Póliza. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**

- e. Gastos Médicos sin patología.** la Compañía reembolsará los gastos médicos comprobados incurridos por el Asegurado en la valoración de su estado de salud realizados por la presencia de algún malestar o sospecha de Enfermedad, que no deriven en el diagnóstico de una patología. hasta el monto señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos.
- f. Pasatiempos Riesgosos.** Los costos por Lesiones relacionadas con Pasatiempos Riesgosos serán cubiertos al 100%. Ningún cargo derivado de la práctica de deportes como Deportista Profesional será cubierto bajo los términos de esta Póliza.
- g. Tratamiento dental de Urgencia Médica.** Esta Póliza solamente cubrirá tratamientos dentales Médicamente Necesarios para restaurar dientes dañados debido a un Accidente cubierto Se cubrirá al 100 % de acuerdo al GURA. **El tratamiento deberá iniciar dentro del periodo de ciento veinte (120) días naturales siguientes a la fecha del Accidente cubierto y deberá sustentarse con estudios radiológicos.**

- h. Cuidados con Fines Paliativos.** Cuidados para el paciente crónico somático que sufre un proceso patológico incurable que, para mejorar su calidad de vida, conviene tratarlo en forma integral, fundamentalmente a nivel de su domicilio y/o unidad de cuidados paliativos, con la participación activa del núcleo familiar, el cual comprende cuidados físicos, psicológicos y de enfermería. Se cubrirán al 100% hasta el periodo señalado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos, hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios. Se considera este beneficio para pacientes en estadio terminal con menos de seis (6) meses de vida.**
- i. VIH/SIDA.** Los gastos por Enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y sus complicaciones, tendrán cobertura hasta la Suma Asegurada Máxima por Beneficio, vitalicio a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura del Asegurado, si se comprueba médicamente que el virus fue adquirido una vez transcurrido el **Periodo de Espera de veinticuatro (24) meses el cual nunca será eximido.** Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- j. Terapias Complementarias (quiropático, psiquiatra o psicólogo).** Se pagarán hasta un máximo de veinte (20) sesiones por Año Póliza por Asegurado para los servicios de un quiropático, psiquiatra o psicólogo, que sean necesarios debido a la complicación de una condición cubierta por esta Póliza hasta los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (GURA). Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios**
- k. Tratamientos de Podología.** Se pagará al 100% la Cirugía y los tratamientos de los pies en caso de fascitis plantar, juanetes, trauma, tumores, verrugas plantares, hallux valgus, neuroma de Morton, pies planos y dedo de martillo. Dicho Beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**
- l. Tratamiento de Urgencia Médica.** La Compañía cubrirá al 100% todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de Urgencia.
- m. Repatriación de restos mortales.** Si un Asegurado fallece fuera de su País de Residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por la

Póliza, la Compañía cubrirá todos los costos estándar en que se incurran en el proceso de repatriación de sus restos mortales o de sus restos mortales cremados hasta el País de Residencia permanente del Asegurado o al que indique el Beneficiario, de acuerdo a lo que requieran las autoridades pertinentes. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía de conformidad con la cláusula **IV.D.2. Autorización Previa de Beneficios.**

- n. Extensión de las Coberturas.** En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la Compañía extenderá sin costo los beneficios previstos en la Póliza por dos (2) años para los Asegurados que pertenezcan a su Núcleo Familiar en el momento de la muerte del Asegurado Principal. Para que este beneficio surta efectos, la muerte del Asegurado Principal deberá haber sido causada por una Lesión, condición o Enfermedad elegible para un Gasto Médico Cubierto. Este beneficio terminará automáticamente para el cónyuge o concubino(a) sobreviviente, y sus descendientes, si el cónyuge o concubino contrae matrimonio o entra en estado de concubinato; y para el caso de otros Asegurados que pertenezcan a su Núcleo Familiar, este que deje de ser elegible.

En caso de Reembolso, la Compañía pagará los Gastos Médicos Cubiertos al Asegurado que haya generado dichos gastos.

Cuando los gastos le correspondan al Asegurado Principal y éste hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser reembolsados al último Beneficiario designado y en caso que el anterior no existiere se realizará el Reembolso atendiendo al procedimiento sucesorio establecido por la legislación aplicable.

B. Reglas especiales con respecto a la cobertura por Maternidad y Recién Nacidos:

La Póliza provee cobertura para cuidados normales del embarazo y del Recién Nacido y sus complicaciones, así como cuidados de rutina del Recién Nacido, bajo las siguientes reglas:

- 1. Esta cobertura sólo está disponible para los planes I. y II.**
- 2. Existe un Periodo de Espera de diez (10) meses a la fecha probable de parto contados a partir de la Fecha Efectiva de la Cobertura de la Asegurada.**
- 3. El embarazo de las Dependientes menores de 24 años estará cubierto siempre que (i) haya cubierto el Periodo de Espera arriba señalado y (ii) solicite cobertura bajo su propia Póliza dentro de los primeros 4 (cuatro) meses de gestación. En la nueva Póliza no habrá selección de riesgos y la**

Asegurada deberá mantener el mismo plan, debiendo pagar la prima correspondiente.

4. Los Beneficios cubiertos no tienen Deducible.
5. Embarazos que lleguen a término sin complicación y Recién Nacidos: Se pagará un máximo de USD \$7,500.00 por Evento, considerando como evento el parto normal o la cesárea electiva y los tratamientos prenatales. Asimismo, se pagará un máximo de cinco (5) visitas para el Recién Nacido bajo el beneficio del cuidado de rutina del Recién Nacido, siempre que exista remanente de suma asegurada y hasta el valor máximo señalado. **Esta cobertura sólo está disponible para los planes I. y II.**
6. Complicaciones del embarazo y gastos del Recién Nacidos enfermos: Se pagará hasta una Suma Asegurada Máxima por Beneficio de USD \$1'000,000.00 por Póliza, en caso de complicaciones del embarazo, y complicaciones del Recién Nacido al nacer (no causadas por Enfermedad Congénita o Hereditaria) tales como dificultades respiratorias, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y trauma del nacimiento. **Esta cobertura sólo está disponible para los planes I. y II.**
7. **Estarán excluidos de esta cobertura por Maternidad y Recién Nacidos los siguientes Eventos:**
 - a) **Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por la Póliza;**
 - b) **Complicaciones de la maternidad o del Recién Nacido en embarazos resultantes de métodos de fertilización asistida o de tratamientos por infertilidad;**
 - c) **Terminación voluntaria del embarazo, excepto cuando éste ponga en peligro la vida de la Asegurada; y**
 - d) **Complicaciones relacionadas con cualquier condición excluida o no cubierta por esta Póliza.**

III. EXCLUSIONES GENERALES

Estarán excluidos de las coberturas previstas bajo el seguro los siguientes Eventos:

1. **Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de Enfermedad o Lesión que no sea:**
 - a) **Medicamento Necesario de conformidad con la definición señalada en la sección I. Definiciones de éstas Condiciones Generales;**

- b) Indicado por un Médico;**
- c) Prestado por un Médico o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica;**
- d) Probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en proceso de ensayo clínico, así como que no haya sido aprobado por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América o por la Agencia equivalente si el servicio es prestado en un país diferente a los mencionados, solo en caso de urgencia médica.**

2. Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud del Seguro;

3. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza;

4. Costos médicos no relacionados con una Urgencia Médica dentro de los primeros sesenta (60) días posteriores a la Fecha Efectiva de la Póliza, a no ser que el Periodo de Espera haya sido expresamente renunciado por la Compañía.

5. Costos que excedan el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado por un servicio o suministro médico determinado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo y únicamente por el monto en exceso.

6. Tratamiento de Lesiones o Enfermedades y sus complicaciones y secuelas causadas por participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.

7. Tratamiento de Lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública, policial o militar, y dichas Lesiones y secuelas sean consecuencia de la actividad profesional del Asegurado;

8. Medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos prescritos que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una Cirugía ambulatoria;

9. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto cuando esté estipulado

bajo las coberturas de esta Póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas;

10. Tratamiento de Lesiones o Enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental;

11. Tratamiento por Lesiones o Enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea estando en su juicio o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, drogas, sustancias ilegales, o uso inapropiado de medicamentos;

12. Tratamiento de epidemias que estén bajo el control y dirección del gobierno correspondiente;

13. Gastos médicos incurridos en los países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tuvieren interrumpidas o suspendidas sus relaciones comerciales, como son los casos de los países que de tiempo en tiempo aparecen en los programas de sanción de OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América;;

14. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria;

15. Hospitalizaciones de más de veinticuatro (24) horas previas a una Cirugía programada, independientemente de que la Hospitalización sea por más de 24 horas;

16. Cuidados en el hogar prestados por personal no calificado o por personal doméstico y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar;

17. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente;

18. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado;

- 19. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta Póliza;**
- 20. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual, quedando cubierto el lente intraocular;**
- 21. Tratamientos quiroprácticos, homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto según lo que se establece en la presente Póliza;**
- 22. Tratamiento dental no relacionado con un Accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental cubierto por la Póliza comienza después de ciento veinte (120) días de la fecha del Accidente cubierto por la Póliza;**
- 23. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un Accidente cubierto por esta Póliza;**
- 24. La esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, tratamiento de infertilidad, el control de la natalidad, métodos anticonceptivos o micro abortivos, los procedimientos para el cambio de sexo y tratamiento de disfunción eréctil, aun cuando los mismos sean secundarios a una condición cubierta por la Póliza;**
- 25. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano y las Enfermedades de transmisión sexual, salvo por el beneficio de VIH/SIDA que sí se encontrará cubierto, una vez transcurrido el Periodo de Espera;**
- 26. El tratamiento de Lesiones o Enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes o la práctica de deportes por la que se reciba compensación;**
- 27. Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje;**

- 28. Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto medicamentos prescritos para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza según definen los términos y limitaciones de la misma;**
- 29. Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal y sus complicaciones y secuelas;**
- 30. Cirugía electiva de carácter cosmética y sus complicaciones y secuelas, o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas. La exclusión comprende cualquier tratamiento por Deformidades Nasales o del Tabique Nasal que no esté relacionado con un Accidente cubierto por esta Póliza;**
- 31. Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento y sus complicaciones y secuelas;**
- 32. Servicios Médicos proporcionados por el cónyuge o por parientes del Asegurado hasta el segundo grado por consanguinidad o por afinidad o por cualquiera otra persona que viva con el Asegurado;**
- 33. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. No se encuentran cubiertos los costos de la criopreservación por espacio de más de veinticuatro (24) horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según lo establezca esta Póliza bajo sus términos y restricciones;**
- 34. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza;**
- 35. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad; y**
- 36. Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre, o sea permitido legalmente.**

IV. CLÁUSULAS GENERALES

A. De los Asegurados:

1. Elegibilidad:

Serán elegibles para cobertura dentro de esta Póliza como Asegurado Principal, las personas que residan legalmente en México y que tengan entre dieciocho (18) y menos de setenta y seis (76) años de edad a la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

El Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía la inclusión dentro de su Póliza, previo pago de las primas correspondientes, a otras personas relacionadas que se encuentren dentro de los siguientes núcleos:

- a. **Núcleo 1:** Asegurado Principal, cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal, los hijos, hijastros y nietos bajo tutela del Asegurado Principal y del cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal; o
- b. **Núcleo 2:** Asegurado Principal y padres del Asegurado Principal;

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar hasta un máximo de dos (2) Núcleos Asegurados.

Los Dependientes del Asegurado Principal son elegibles para solicitar cobertura bajo la Póliza del Asegurado Principal.

Adicionalmente, para su inclusión en la Póliza, las personas indicadas anteriormente deberán contar con una edad menor a setenta y seis (76) años a la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

No existe edad máxima para la renovación de ningún Asegurado.

Respecto de los Dependientes del Núcleo 1, con excepción del cónyuge o concubino del Asegurado Principal, al cumplir dieciocho (18) años aplicarán las siguientes reglas:

Dichas personas son elegibles para obtener una cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos, pagando la prima correspondiente, con un Deducible igual o mayor bajo la cual estaban cubiertos, con las mismas condiciones y restricciones establecidas en la Póliza anterior. Si el Dependiente desea cambiar a un Deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, requerirá una nueva evaluación de riesgos. La Solicitud del Seguro para una nueva Póliza debe ser recibida por la Compañía mientras se encuentre vigente la Póliza bajo la cual estaban cubiertos los Dependientes.

Los Dependientes mayores de dieciocho (18) años de edad que no sean dependientes económicamente del Asegurado Principal podrán mantenerse asegurados dentro de la Póliza original, cubriendo la tarifa correspondiente a su edad. En caso de que decidan no solicitar su propia Póliza y no sean dependientes económicamente del Asegurado Principal, podrán mantenerse

asegurados dentro de la Póliza original, sin embargo deberá pagarse la tarifa correspondiente a su edad. En caso de que decidan no solicitar su propia Póliza, sean dependientes económicamente del Asegurado Principal y sean solteros, se les continuará proporcionando la cobertura, debiéndose pagar una prima igual a la correspondiente a los Dependientes menores de 18 (dieciocho) años. Este beneficio se podrá otorgar hasta que cumplan veinticuatro (24) años de edad. La Compañía se reserva el derecho de solicitar en cualquier momento un comprobante de dependencia económica.

2. Elegibilidad del Recién Nacido:

Los costos médicos por Lesiones y Enfermedades resultantes de cualquier complicación del parto que sean diagnosticadas durante los primeros treinta (30) días de vida del Recién Nacido y que no estén relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, se cubrirán bajo el beneficio de Complicaciones del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido Enfermo. Las condiciones diagnosticadas después de los primeros treinta (30) días de vida del Recién Nacido serán cubiertas de acuerdo a los términos y límites de estas Condiciones Generales. Para que la Compañía provea dichos beneficios, deberá darse de alta en la Póliza al Recién Nacido, y pagar la prima correspondiente.

Un Recién Nacido puede ser elegible para la cobertura de la Póliza de dos formas diferentes:

- a) Adición automática:** La persona nacida de un Embarazo Cubierto por la Póliza, será agregada a la Póliza como Dependiente desde su nacimiento, sin evaluación de riesgos ni Periodo de Espera, siempre y cuando la Compañía reciba una notificación en la cual se detalle al nombre, sexo y fecha de nacimiento del Recién Nacido, dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente. La notificación puede hacerse vía correo electrónico o mediante comunicación escrita en las oficinas de la Compañía. **Esta cobertura sólo está disponible para los planes I. y II.**
- b) Adición sujeta a evaluación de riesgos:** Cuando la notificación de un nacimiento o el pago de la prima sean recibidos por la Compañía después de los noventa (90) días siguientes a la fecha del nacimiento, o cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza, se requerirá una Solicitud de Seguro para procesar la adición del Recién Nacido a la Póliza, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. **Si la cobertura del Recién Nacido es aprobada, la misma tendrá un Periodo de Espera de sesenta (60) días naturales después de su Fecha Efectiva.** Durante este Periodo de Espera, sólo aquellos Eventos resultantes de Urgencias Médicas tendrán cobertura.

3. Incorporación de Asegurados:

En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá solicitar incorporar nuevos Asegurados elegibles mediante la presentación de la Solicitud de Seguro y el pago de la Prima adicional correspondientes. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de

la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Asegurado Principal la aceptación o rechazo de su Solicitud dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su recepción. En caso de aceptación, emitirá una Tarjeta de Identificación del Asegurado que lo avalará como un miembro más de la Póliza.

Cualquier ingreso al Núcleo Asegurado durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

4. Baja de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente de la Póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la Compañía, quedando sin validez alguna la Tarjeta de Identificación del Asegurado expedida respecto de esa(s) persona(s). En este caso, la Compañía restituirá al Contratante el 60% de la prima de Tarifa (carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional. En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Principal dirigido a la Compañía. El Reembolso correspondiente se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la solicitud.

En caso que un Asegurado no estuviere satisfecho por cualquier motivo con su cobertura, podrá solicitar a la Compañía su exclusión de la Póliza dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al día en que fue notificada su aceptación, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia. El reembolso de la prima se efectuará dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la solicitud.

En caso de que el Asegurado Principal desee cancelar esta Póliza dentro de los 30 (treinta) días de haber recibido la Póliza, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

5. Edad de Aceptación:

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en la Solicitud de Seguro. No obstante lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida a la fecha en que la Solicitud del Seguro sea firmada o la de la renovación posterior de la Póliza.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Seguro a no ser que la edad real al momento de firmar la Solicitud del Seguro, esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, pero en este caso se devolverá al Contratante el 60% de la prima de Tarifa (carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional al Asegurado.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se estará a lo siguiente:

Si el asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante el 100% de la prima que hubiese pagado en exceso calculada a partir de la fecha en la que la Compañía tenga conocimiento. El nuevo monto de la prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este caso se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del contrato.

La Compañía asumirá todas las obligaciones establecidas en la Póliza para con aquellos que se incorporen a la Póliza pero cuya edad se encontrare fuera de los límites de admisión, siempre y cuando dichos individuos hubiesen declarado verazmente su edad en la Solicitud de Seguro y la Compañía haya manifestado su conformidad por escrito.

6. Omisiones o Inexactas Declaraciones:

Los solicitantes están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de conformidad con el cuestionario incluido en la Solicitud del Seguro para la contratación del Seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean del conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Seguro.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la Solicitud de Seguro, aun cuando no haya influido en la realización del siniestro, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Seguro. La Compañía comunicará de forma auténtica al Contratante o Asegurado Principal la rescisión del Seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del Contratante o del Asegurado Principal al celebrar el Seguro, deberá ser reintegrado inmediatamente a la Compañía por el Contratante.

7. Agravación esencial

En términos de lo dispuesto en la fracción III del Artículo 58 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la Compañía renuncia a su derecho de rescindir el contrato de seguro por causa de agravación esencial del riesgo.

Lo anterior sin perjuicio de las exclusiones arriba señaladas.

B. De la Póliza:

1. Fecha Efectiva de la Póliza:

La Póliza se considera emitida y entregada al ser recibida por el Contratante y/o Asegurado Principal. La Póliza será efectiva a las 00.01 horas de la Fecha Efectiva y no en la fecha en que la Solicitud del Seguro fue firmada.

2. Periodo de Espera:

El Periodo de Espera es de sesenta (60) días naturales contados a partir del momento de la Fecha Efectiva de la Póliza. Durante este término sólo se cubrirán Urgencias Médicas.

La Compañía podrá exonerar este Periodo de Espera si:

- El Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de seguro de gastos médicos o salud (individual o colectiva) por espacio de un periodo ininterrumpido de por lo menos 12 meses anteriores a la contratación de esta Póliza.
- La Fecha Efectiva de esta Póliza ocurre dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que expira la póliza anterior.
- Se le somete a la Compañía antes de la aprobación de esta Póliza una copia del certificado de cobertura o carátula del seguro de la póliza anterior, así como prueba del pago de la prima correspondiente a dicha póliza de los últimos 12 meses.

Cuando la Compañía exonera el Periodo de Espera de 60 días, la cobertura de la Póliza comenzará en la Fecha Efectiva de la misma. La exoneración del Periodo de Espera de 60 días no implica la exoneración del Periodo de Espera para cobertura de maternidad, complicaciones de maternidad, cobertura de Recién Nacido, sus complicaciones y cobertura de VIH / SIDA, que mantienen sus respectivos Periodos de Espera.

Cuando se exonera el Periodo de Espera de 60 días, los síntomas, signos o enfermedades que se manifiesten en los primeros 60 días posteriores a la Fecha Efectiva de la cobertura quedarán cubiertos de por vida por el menor de los beneficios que ofrezca esta Póliza o la póliza anterior tomada como referencia para exonerar el Periodo de Espera. Si no se exonera el Periodo de

Espera, las condiciones no relacionadas con Urgencias Médicas que ocurran en los primeros 60 días posteriores a la Fecha Efectiva nunca estarán cubiertas por esta Póliza.

La Compañía puede exonerar este Periodo de Espera a su discreción.

3. Deducible Anual:

Es la porción predeterminada de dinero indicada en la Carátula de la Póliza que asume el Asegurado por las prestaciones médicas y hospitalarias cubiertas por la Póliza y que debe pagarse directamente al proveedor médico o que será deducida de la indemnización otorgada por la Compañía, en caso de Reembolso. El Deducible será anual y se aplicará de la siguiente forma:

- a.** Un Deducible por Asegurado por Año Póliza, de acuerdo al Plan aprobado. No se aplicará un Deducible por cada padecimiento o tratamiento, salvo en aquellos casos que, derivado del proceso de suscripción, en la Carátula de la Póliza se especifique que se aplicará un Deducible anual especial para determinada condición, mismo que podrá ser sujeto a revisión una vez transcurrido un Año Póliza. Se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles por Núcleo Asegurado, por Año Póliza.
- b.** Los Gastos Médicos Cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos tres (3) meses del Año Póliza serán aplicados al Deducible en ese Año Póliza y trasladados y aplicados al Deducible del Asegurado del siguiente año. Este beneficio no aplica para deducibles especiales o vitalicios que deba cubrir el Asegurado por otras enfermedades según lo estipulados en las condiciones particulares señaladas en la carátula de la póliza.
- c.** No se aplicará Deducible alguno en caso de Accidentes debiéndose considerar las siguientes definiciones:
 - i.** En caso de Accidente, se eliminará únicamente el Deducible en el Año Póliza en que ocurrió el Evento. Si en el siguiente Año Póliza el Asegurado requiriera alguna atención médica relacionada a dicho Accidente, se aplicaría el Deducible anual definido en las condiciones de la Póliza.
 - ii.** El Deducible eliminado en caso de Accidente, no acumula, ni se aplica al Deducible correspondiente a ese Año Póliza para cualquier otra condición médica que se presente.
 - iii.** Se realizará pago directo al proveedor solamente en caso de Accidentes que requieran una atención hospitalaria mayor a 24 horas. En caso de que la atención sea proporcionada en un tiempo menor, los gastos deberán tramitarse vía Reembolso ante la Compañía.
 - iv.** Para tener el beneficio de eliminación del Deducible en caso de Accidente, el Asegurado deberá recibir la primera atención médica que genere gasto dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales de haber ocurrido el Accidente.

- d. El Deducible está indicado en el Cuadro de Beneficios Cubiertos. Algunos beneficios de la Póliza estarán exentos del Deducible, tal y como se indica en éstas Condiciones Generales y en el Cuadro de Beneficios Cubiertos.

Una vez cubierto el Deducible, en caso de ser aplicable, para esta Póliza no existe Participación del Asegurado en el Riesgo (Coaseguro). Reducción del Deducible: Cada Asegurado que se mantenga sin reclamaciones cubiertas por un periodo de tres (3) Años Póliza consecutivos, tendrá el derecho a una reducción del 50% del Deducible correspondiente a su primera reclamación cubierta. Las reclamaciones subsiguientes estarán sujetas al Deducible total. El Asegurado contará con el beneficio de reducción del Deducible por cada vez que acumule un periodo de tres (3) años Póliza consecutivos sin que existan reclamaciones.

No aplican como reclamaciones no cubiertas durante los tres años consecutivos para hacer efectivo el presente beneficio de reducción de deducible, aquellas que se someten a la Compañía para acumular gastos al Deducible contratado en la póliza, aun y cuando no haya tenido el asegurado cantidades a su favor por no haber superado el mismo.

Las reclamaciones no procedentes, así como las reclamaciones por gastos médicos sin patología previa no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. **La reducción del Deducible sólo está disponible en los Planes I., II. y III.**

4. Concurrencia de Beneficios:

El pago de los beneficios de esta Póliza no se duplicará con los beneficios de ninguna otra póliza de seguros para la cual un Asegurado pueda ser elegible. Por lo tanto, cuando la Compañía efectúe el pago o Reembolso de una indemnización que también sea elegible para cobertura por otra aseguradora, la Compañía tendrá el derecho de repetir contra dicha aseguradora por la proporción de las sumas aseguradas respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la Suma Asegurada del Asegurado, siempre y cuando el Asegurado haya otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

5. Modificaciones y Cambio de Plan:

Éste contrato de seguro se podrá cambiar, modificar o exentar mediante la incorporación de cláusulas adicionales a través de Endosos. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún agente de seguros o cualquier otro intermediario, sea persona física o moral, o ninguna otra persona. En virtud de lo anterior, los agentes de seguros carecen de facultades de representación para modificar la Póliza.

El Asegurado Principal deberá informar a la Compañía cualquier situación que pueda implicar una modificación a la Póliza, tales como ingresos o bajas a los Núcleos Asegurados, cambios de residencia, adopciones, fallecimientos, cambios de profesión u oficio, de estado civil, así como

datos generales de los miembros de los Núcleos Asegurados, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la ocurrencia de la situación.

El Asegurado Principal puede solicitar por escrito a la Compañía cambios de plan después de que la Póliza entre en vigor. La Compañía se reserva el derecho de aprobar el cambio solicitado. Los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo plan los contemple; lo anterior no limitará a la Compañía para llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

El cambio de plan surtirá efectos a partir de la fecha efectiva de aprobación por parte de la Compañía, salvo el caso de adición automática de recién nacido en el que el cambio de plan surtirá sus efectos una vez transcurrido un plazo de 90 (noventa) días.

Si durante el plazo del Seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones, pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente de la Prima que corresponda.

6. Derecho de los Contratantes de Conocer la Comisión o Compensación Directa que le Corresponda al Intermediario de Seguros:

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

7. Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado Principal podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

8. Contratación del Seguro por Medios Electrónicos:

La Compañía, de conformidad con el Artículo 1803 del Código Civil Federal, podrá poner a disposición del Asegurado medios electrónicos para la contratación de este Seguro y para la solicitud de un duplicado de la Póliza, entendiéndose que la oferta se realiza entre presentes, por vía telefónica o a través de cualquier otro medio electrónico, sin fijación de plazo para aceptarla. Entre los medios electrónicos que la Compañía y el Contratante reconocen se encuentra la vía

telefónica y la grabación que se realice de la llamada realizada con tal fin así como por internet (en adelante los "Medios Electrónicos").

Al acordar la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, la Compañía, proporcionará al Contratante, la siguiente información:

- a. El número de Póliza y/o folio de confirmación que corresponda a su solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
- b. El nombre comercial del Seguro o los datos de identificación del mismo;
- c. Dirección de la página electrónica en Internet en donde el Contratante y los Asegurados puedan identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
- d. Los datos de contacto de la Compañía para la atención de dudas, Siniestros o quejas; y
- e. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Los medios y las claves de identificación, como se define a continuación, serán validados tanto por la Compañía como por el posible Contratante durante la contratación del Seguro. Por claves de identificación (las "Claves de Identificación") se entiende aquellos datos personales del posible Contratante y/o Asegurados que los identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio y teléfono(s) de contacto, entre otros.

En caso de que se realice la contratación del Seguro a través de Medios Electrónicos, se deberán cumplir con los requisitos y proporcionar los medios de autenticación requeridos conforme a las disposiciones aplicables, incluyendo sin limitar contraseñas o claves de acceso y al finalizar la operación, se generará como medio de confirmación un documento y/o un número de referencia y/o un folio que acreditará la existencia, validez y efectividad de las operaciones realizadas a través de los Medios Electrónicos. Dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante material de la operación realizada tendrá todos los efectos que las leyes atribuyen a los mismos.

El uso de dichos Medios Electrónicos y Claves de Identificación son de exclusiva responsabilidad del Contratante y, en su caso, de los Asegurados, quienes reconocen y aceptan desde el momento en que comiencen a usarlos, como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mencionados Medios Electrónicos y las Claves de Identificación, y para todos los efectos legales a que haya lugar, expresamente también reconocen y aceptan el carácter personal e intransferible de las Claves de Identificación que en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

La utilización de los Medios Electrónicos implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Contratante y los Asegurados llegaren a hacer uso de los Medios Electrónicos, en este acto reconocen y aceptan que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos Medios Electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los

documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

El Contratante y los Asegurados reconocen y aceptan que el uso de los Medios Electrónicos representa grandes beneficios para ellos, no obstante, su uso inadecuado representa también algunos riesgos de seguridad, riesgos que pueden ser mitigados siguiendo ciertas pautas básicas de protección de información personal.

Mecanismo de Entrega de la Póliza

La Póliza y las condiciones generales de su seguro, incluyendo el folleto explicativo serán enviadas vía correo electrónico en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante, contratante o asegurado, de conformidad con la opción elegida para la entrega de su póliza y éstas Condiciones Generales, en la Solicitud del Seguro, documento que se acompaña por separado al presente; o bien, al domicilio proporcionado por el Contratante, a elección del solicitante, contratante o asegurado, en un plazo de 30 días naturales a partir de la contratación del seguro.

En caso de que no sea recibida la Póliza, el Contratante podrá contactar a la Compañía para el envío correspondiente.

9. Padecimientos Preexistentes:

La Compañía no cubrirá los Padecimientos Preexistentes de conformidad con las reglas estipuladas bajo la definición de Padecimientos Preexistentes incluida en el Capítulo I. DEFINICIONES de estas Condiciones Generales.

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un padecimiento es o no un Padecimiento Preexistente y por lo tanto susceptible de estar cubierto bajo el Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto en la Disposición 4.5.12 de la Circular Única de Seguros y Fianzas emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. A fin de garantizar dicha independencia, las partes acordarán la designación de manera conjunta, pudiendo apoyarse en alguna Institución de carácter privada, o bien Pública Gubernamental debidamente facultada para ello, que mediante consulta expresa le sea planteada la posibilidad de desahogar el procedimiento arbitral o bien pudiera recomendar opciones de otras instituciones o profesionistas calificados para llevar a cabo dicha instancia arbitral.

Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por la Compañía.

Todo Padecimiento Preexistente que no haya sido declarado en la Solicitud de Seguro o sea revelado de manera inexacta, con omisión o falsedad, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el Seguro, aun y cuando dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del Siniestro.

C. De la Prima:

1. Pago de la Prima:

El Asegurado Principal o Contratante pagará la prima en la Fecha de Vencimiento correspondiente para la emisión y respecto de las renovaciones, dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, así como las primas necesarias para la adición de sus Dependientes a la Póliza. Los pagos podrán efectuarse mediante tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque o transferencia electrónica de fondos a una cuenta de la Compañía. En relación a los mencionados medios de pago, queda estipulado, de manera enunciativa, más no limitativa, que el Estado de Cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del mismo, hasta en tanto la Compañía entregue el comprobante correspondiente. La prima se calculará en forma anual y el Contratante deberá pagar la prima a la Compañía en un sólo pago. No obstante lo anterior, las partes podrán acordar el pago fraccionado de las primas, de acuerdo a las políticas vigentes de la Compañía, y pagando el recargo correspondiente al modo de pago. En caso de Siniestro, cuando el pago de la prima sea fraccionado, la Compañía tendrá derecho a exigir el pago del saldo pendiente de cubrir de la prima anual previamente a que se efectúe el Reembolso.

Mediante petición escrita, el Contratante puede solicitar modificación en el plazo de pago de la prima, con el ajuste apropiado del caso; en el entendido de que ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

2. Reembolso de Primas:

En caso de que el Asegurado Principal desee cancelar esta Póliza dentro de los 30 (treinta) días de haber recibido la Póliza, y la prima ya hubiere sido pagada, y si no se han hecho reclamaciones contra la Póliza durante dicho periodo, se le devolverá al Contratante el importe de la prima pagada más el correspondiente impuesto, menos el derecho de Póliza y sus correspondientes impuestos, quedando la Póliza nula y sin valor alguno desde el inicio de vigencia.

Adicionalmente, si el Asegurado Principal opta por la terminación anticipada de su Contrato después de los primeros 30 días de vigencia de la Póliza, la Compañía efectuará la devolución del 60% de la prima de Tarifa (carátula de póliza: Prima Neta) no devengada sin incluir derecho de

Póliza, más el impuesto proporcional. En caso de que la Póliza haya sido afectada por un Siniestro durante la vigencia a cancelar no procederá la devolución de primas. Dicha terminación deberá llevarse a cabo mediante escrito del Contratante y/o Asegurado Principal dirigido a la Compañía.

El fallecimiento de cualquiera de los Asegurados distinto del Asegurado Principal dará derecho a la devolución del 60% de la prima de Tarifa (carátula de póliza: Prima Neta) no devengada a partir de la fecha de recibo de la respectiva comunicación, sin incluir derecho de Póliza, más el impuesto proporcional, salvo que se le hayan reconocido Siniestros, en cuyo caso la Compañía tendrá derecho a exigir el valor de la prima total.

3. Modificación de la Prima:

La Compañía se reserva el derecho, a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, de modificar el monto de la prima de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para lo cual se dará aviso al Contratante con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza, con el fin de que durante dicho plazo el Contratante manifieste por escrito su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones.

4. Periodo de Gracia:

La prima o cada una de sus fracciones, vencerá al inicio de cada periodo para el que resulte calculada. A partir de esa Fecha de Vencimiento, el Contratante tendrá un "periodo de gracia" de treinta días naturales para efectuar el pago correspondiente. Si durante este plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán de forma automática los efectos del contrato a las veinticuatro horas del último día de dicho plazo.

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o del Asegurado Principal. La prima debe ser pagada en la Fecha de Vencimiento o dentro del Periodo de Gracia establecido.

5. Rehabilitación:

No obstante lo dispuesto por la cláusula **IV.E.1 Terminación del Seguro**, si la causa que pone término a la cobertura de la Póliza es la falta de pago de la Prima, la Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la rehabilitación de la Póliza conforme a las políticas vigentes. Para iniciar el proceso de rehabilitación se requiere solicitarlo por escrito a la Compañía, acompañando pruebas de asegurabilidad que estarán sujetas al proceso de evaluación de riesgos de la Compañía.

6. Renovaciones Anuales Garantizadas:

Al finalizar la vigencia del seguro estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la Póliza por un nuevo periodo de igual duración, en el entendido de que se deberá realizar el pago de la prima correspondiente para el periodo que inicia en la fecha de su vencimiento o dentro del Periodo de Gracia según lo señalado en la sección **IV.C.4 Periodo de Gracia** de este Seguro.

Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan para el contrato en la fecha de renovación y que están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mismas que deberán ser congruentes con las originalmente contratadas por lo que la Compañía no podrá cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar Periodos de Espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado. Asimismo, el nuevo contrato deberá prever un servicio de red médica y hospitalaria con una calidad, servicio y ubicación que sea similar con la originalmente contratada.

El incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Compañía informará al Contratante el valor de la Prima y Deducible aplicables con al menos treinta (30) días naturales de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la Póliza.

Ningún Asegurado individual será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, basado solamente en un historial desfavorable de reclamaciones.

7. Impuestos y Contribuciones:

Salvo disposición legal en contrario, todos los impuestos y contribuciones que gravaren la presente Póliza y el pago de sus primas y beneficios serán responsabilidad del Contratante o el Asegurado Principal.

D. Del Proceso de Siniestro y Reclamación

1. Aviso de Siniestro:

El Aviso de Siniestro deberá ser dado a la Compañía tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, teniendo como límite el plazo de 2 años.

Para coordinar el pago directo, así como la Coordinación de Beneficios, se requiere la Pre-notificación de los Servicios Médicos. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas, salvo para el caso de Urgencias Médicas, en cuyo caso la notificación deberá efectuarse tan pronto sea posible realizarlo.

Cuando el Deducible haya sido satisfecho, la Compañía hará el pago directo a los proveedores, siempre que sea posible. La Compañía emitirá al proveedor una carta de pre-autorización

confirmando que el Asegurado cuenta con una Póliza vigente con la Compañía señalando los procedimientos y montos autorizados y realizará el pago directo, sujeto a los términos y condiciones de las presentes Condiciones Generales y de la carta correspondiente. **En caso de que no se haya emitido dicha carta al proveedor, no operará el pago directo.**

Cuando no sea posible establecer el pago directo al proveedor, la Compañía evaluará el siniestro y, en caso de ser procedente reembolsará los Gastos Médicos Cubiertos una vez cubierto el Deducible, teniendo como límite los Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

La reclamación se hará del conocimiento de la Compañía para que inicie el procesamiento del Siniestro y será necesario adjuntar los siguientes documentos:

- a. Las facturas emitidas por los proveedores médicos que cumplan los requisitos fiscales vigentes y que estén a nombre del Contratante. Tratándose de proveedores que emitan facturas electrónicas, se deberá remitir el archivo digital que contenga el comprobante fiscal digital (XML) y su representación impresa, cuando ésta cumpla con los requisitos establecidos por la autoridad fiscal. Para el pago del beneficio de medicamentos por prescripción, se debe presentar además, el original de la receta médica expedida por un Médico o copia simple en caso de que ésta sea retenida en la farmacia;
- b. Informes médicos correspondientes; y
- c. Un formulario de reclamación por cada Evento, debidamente llenado y firmado. El formulario está disponible para los Asegurados en las oficinas de la Compañía.

Adicionalmente, la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya Enfermedad o Lesión es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de Fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otro de los Asegurados y/o terceros. La información contenida en expedientes, dictámenes e informes médicos no podrá ser modificada una vez emitidos, salvo que se encuentre debidamente justificados los cambios. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones, y será mantenida en total confidencialidad.

En caso de Siniestro, la Compañía podrá deducir de la indemnización el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de esta no liquidadas.

2. Autorización Previa de Beneficios:

En caso de Hospitalización, tratamientos de cáncer, Diálisis, prótesis o instrumentos correctivos, Equipos Médicos Duraderos, Trasplante de Órganos, Terapia Física y Rehabilitación, Cuidados de Salud en el Hogar, Ambulancia Aérea o Terrestre, Condiciones Congénitas y Hereditarias, Cuidados

con Fines Paliativos, VIH /SIDA, Terapias Complementarias, Tratamientos de Podología, Deformidades Nasales o del Tabique Nasal relacionados con un Accidente cubierto bajo esta Póliza, acompañante de un Asegurado Hospitalizado y repatriación de restos mortales, se requerirá autorización previa de la Compañía.

En el caso que los Eventos cubiertos por la Póliza requieran autorización previa por parte de la Compañía, se seguirá el siguiente procedimiento, salvo para el caso de Emergencias, en cuyo caso se deberá seguir el procedimiento una vez que se encuentre en capacidad de hacerlo:

- a. El Asegurado deberá comunicar a la Compañía su intención de someterse al tratamiento u obtener el servicio correspondiente. Dicha comunicación deberá efectuarse por escrito en las oficinas de la Compañía, o mediante el número telefónico o dirección electrónica suministrados por la Compañía en la Carátula de la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación mínima de setenta y dos (72) horas.
- b. La Compañía podrá requerir una segunda opinión para evaluar la necesidad e idoneidad de los procedimientos quirúrgicos electivos, no de Urgencia Médica.

Si no se cumple con el requisito de autorización previa, la Compañía podrá reducir el monto del Gasto Médico Cubierto hasta la suma que habría importado si se hubiera notificado en el tiempo requerido.

En caso que el Siniestro no proceda, la Compañía negará la cobertura.

3. Reclamante Sustituto:

Cuando se demuestre mediante un dictamen médico verificado por la Compañía, que por razones atribuibles a su condición de salud el Asegurado no puede reclamar directamente los derechos adquiridos por la cobertura contratada, podrá actuar en su nombre y representación la persona denominada como "Reclamante Sustituto".

El Reclamante Sustituto deberá designarse en el formulario que para este fin proporcionará la Compañía, teniendo el Contratante o el Asegurado Principal en todo momento la opción de modificar su designación y comunicar por escrito una nueva designación a la Compañía. La Compañía tomará como válida la designación del último Reclamante Sustituto del que haya tenido conocimiento.

La designación del Reclamante Sustituto realizada por el Contratante o al Asegurado Principal únicamente lo autoriza para realizar los trámites de reclamación, ya que el pago de Reembolsos se efectuará siempre a nombre del Asegurado Principal, por lo que al efectuar el pago atribuible al Asegurado Principal o, en su caso, a sus Beneficiarios, la Compañía habrá satisfecho la indemnización correspondiente.

4. Pago o Reembolso de Indemnizaciones:

La Compañía efectuará el pago de las indemnizaciones debidas por siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Seguro a quien acredite legalmente su derecho teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada Máxima por Evento o por Año Póliza
- b) El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza y el periodo de beneficio; o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Para efectos de lo dispuesto en el inciso b) anterior, el periodo de beneficio es de 30 (treinta) días naturales contados a partir del día en que surte efectos la terminación o cancelación de la Póliza.

Cuando el tratamiento o procedimiento médico que se lleve a cabo por un proveedor a quien la Compañía no le pueda efectuar el pago directo, el Asegurado deberá pagar la totalidad de los gastos y posteriormente enviar un Formulario de Reclamación de la Compañía, por cada Evento. Los pagos o Reembolsos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Asegurado con motivo de esta Póliza, se efectuarán en las oficinas de la Compañía. La Compañía hará los pagos de Reclamaciones directamente a los proveedores siempre que esto sea posible.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujetos a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días naturales después de haberse recibido y aprobado toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo adicional al original para resolver la reclamación y efectuar el pago de la indemnización.

En caso de reclamos por Reembolso, la Compañía pagará los Gastos Médicos Cubiertos al Asegurado Principal. Cuando los gastos le correspondan al Asegurado Principal y este hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser reembolsados al último Beneficiario designado y, en caso que el anterior no existiere, se realizara el Reembolso atendiendo al procedimiento sucesorio establecido por la legislación aplicable.

El Asegurado autoriza a la Compañía para solicitar toda la información que considere necesaria a los Médicos y/o Hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del Siniestro, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por otra causa prevista por ley.

5. Revisión de Reclamaciones:

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza podrá enviar por escrito una reclamación a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días naturales, la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Independientemente de lo anterior, el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones que tiene derecho de conformidad con lo dispuesto en las cláusulas en **IV.F.3 Resolución de Controversias** y **IV. F.5. Jurisdicción y Competencia** de este Seguro.

6. Subrogación:

El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperación de los pagos efectuados por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, Lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichos gastos, Lesiones o daños, o del Asegurado Principal y/o cualquier otro Asegurado, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía de conformidad con esta Póliza, les hayan sido entregados directamente al Asegurado Principal y/o a cualquier otro Asegurado por dichos terceros.

7. Interés moratorio:

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada por el Asegurado, no cumpla con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente dentro de un plazo de treinta (30) días naturales, la Compañía pagará al Asegurado un interés por mora de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas transcrito a continuación:

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

I. *Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.*

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. *Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en*

dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

E. Terminación de la Póliza:

1. Terminación del Seguro:

La cobertura indicada en esta Póliza terminará a las 24:00 hrs. del día en que se declare la ocurrencia de cualquiera de las siguientes causales:

- a.** Falta de pago de la prima pactada al vencimiento del Periodo de Gracia, de conformidad con las cláusulas **IV.C.1. Pago de Prima y IV.C.4. Periodo de Gracia;**
- b.** Fallecimiento del Asegurado Principal y la terminación del beneficio de extensión de las coberturas, en caso de que hubiere sido aplicable; respecto de sus Dependientes el Seguro continuará siempre que se designe a un nuevo Asegurado Principal y continúen con el pago de la prima que corresponda,
- c.** Traslado permanente del Asegurado a un nuevo País de Residencia en virtud de que el Asegurado ha perdido uno de los requisitos de asegurabilidad.

Para fines de lo anterior, se entiende por traslado permanente a un nuevo País de Residencia si el Asegurado permanece durante más de 180 (ciento ochenta) días continuos fuera de México.

No obstante lo anterior, la Compañía podrá autorizar, dependiendo las circunstancias de cada caso, la continuidad de la cobertura del seguro mediante solicitud hecha a la Compañía previamente a que ocurra el traslado o dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que ocurra tal situación, salvo que se trate de traslado permanente a los Estados Unidos de América.

Tratándose de hijos, hijastros o nietos bajo tutela del Asegurado Principal que sean sus Dependientes que residan o residarán en Estados Unidos de América exclusivamente como estudiantes, éstos podrán continuar como Asegurados, siempre que el aviso de cambio de residencia sea dado a la Compañía de manera previa o dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al cambio de País de Residencia y se provea a la Compañía con los documentos que

acrediten que el Asegurado realiza o realizará estudios en una institución educativa y en su caso, una copia de la visa de estudiante.

- d. Cuando el Asegurado decida dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía. La Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar al Asegurado la prima no devengada, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente; y
- e. La Compañía podrá rescindir y dar por terminada la Póliza en cualquiera de los casos indicados en la cláusula **IV.A.6. Omisiones o Inexactas Declaraciones**, así como en todos aquellos demás casos en que la legislación aplicable lo autorice.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las obligaciones de la Aseguradora quedarán extinguidas, si se demuestra que el Contratante, y/o cualquier Asegurado o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Con la terminación del Seguro, terminará al mismo tiempo la cobertura bajo la Póliza.

2. Prescripción:

Todas las acciones que se deriven del Seguro prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicho plazo se suspenderá en el caso de que se presente la reclamación correspondiente ante la Unidad Especializada de la Compañía, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se interrumpirá: **(i)** por el nombramiento de los peritos que con motivo de la realización del Siniestro, sea necesaria para demostrar las características y causas del mismo; **(ii)** en caso de reclamaciones en contra de la Compañía, por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y **(iii)** en los casos que se establecen el Artículo 1041 del Código de Comercio.

F. Disposiciones Legales:

1. Confidencialidad:

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o

perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizadas, complementadas o suprimidas, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

2. Moneda:

La prima se cobrará en pesos, moneda de los Estados Unidos Mexicanos. Los beneficios de la cobertura así como el Deducible se expresarán en dólares, moneda de los Estados Unidos de América; en el entendido de que (i) los Reembolsos e indemnizaciones por Gastos Médicos incurridos dentro del territorio nacional se efectuarán en pesos, moneda de los Estados Unidos Mexicanos y (ii) los Reembolsos correspondientes a Gastos Médicos incurridos en el extranjero se efectuarán en pesos, Moneda de los Estados Unidos Mexicanos utilizando, para tal efecto, el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, el día en el que se hayan pagado los Gastos Médicos correspondientes al Reembolso respectivo.

3. Resolución de Controversias:

En caso de que el Asegurado y/o Contratante se inconformen por los servicios previstos bajo el Seguro, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, el Asegurado y/o el Contratante, podrán hacer valer sus derechos presentando su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros ("**CONDUSEF**"), en sus oficinas centrales o en cualquier delegación de la misma que se encuentre más próxima a su domicilio, o en su defecto, en la Unidad Especializada de la Compañía. Dicha reclamación deberá presentarse dentro del plazo de dos (2) años contados a partir de que acontezca el hecho que haya dado motivo a la inconformidad, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del Asegurado y/o Contratante.

En caso de que alguna de las partes previstas bajo el Seguro decida no someterse al arbitraje de la CONDUSEF o en su caso, al árbitro que haya sido nombrado de común acuerdo, se dejarán a salvo los derechos del reclamante o de la Compañía para que los hagan valer, a elección del reclamante, ante los tribunales competentes ubicados en el domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a

asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>.

4. Comunicaciones:

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante o los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F Las comunicaciones que la Compañía dirija a los Asegurados serán efectuadas en el domicilio consignado en sus respectivas Solicitudes de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por hecha cuando se dirija a la última dirección física o electrónica notificada.

5. Jurisdicción y Competencia:

El presente Contrato se rige por las Leyes de los Estados Unidos Mexicanos. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF pudiendo seguir previamente los procedimientos establecidos en la cláusula **IV.F.3. Resolución de Controversias.**

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 07 de junio de 2019, con el número PPAQ-S0119-0044-2019/CONDUSEF- 003826-01."

Para atención al Asegurado:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 44 y 01800 212 5577

De lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Atención de urgencias las 24 hrs. (52 55)50 47 25 46 y 01800 212 5588
Gratuito desde EE.UU (855) 725-4472 y resto del mundo (305) 961-1606

Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com;
Página de Internet: www.palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del.,
Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México. de lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com;

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del.,
Cuauhtémoc, Ciudad de México de lunes a viernes de 9 a 17 horas.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México. C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx/index.php>.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de **Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.