



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE SALUD
INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR "MI DOC VITAL"

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano





Índice:

I. DEFINICIONES.....	6
Accidente.....	6
Accidente Cubierto	6
Asegurado	6
Asegurado Titular	6
Carátula de la póliza	6
Cirugía Ambulatoria.....	6
Compañía	6
CONDUSEF.....	6
Contratante.....	6
Contrato de Seguro o Póliza.....	6
Copago	7
Diagnóstico	7
Dependientes económicos	7
Endoprótesis	7
Endoso	7
Enfermedad y/o Padecimiento cubierto	7
Enfermera	7
Exclusiones	7
Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)	7
Hernia	7
Honorarios médicos	8
Hospital o Sanatorio	8
Hospitalización	8
Medicina Preventiva	8
Médico de primer contacto	8
Médico tratante.....	8
Padecimientos Congénitos.....	8
Padecimientos Preexistentes	8



Pago Directo	9
Pase Médico	9
Periodo de Espera	9
Periodo de Gracia	9
Práctica profesional de cualquier deporte	10
Prótesis	10
Radioterapia	10
RECAS	10
Red o Red de Prestadores de Servicios	10
Reembolso.....	10
Rehabilitación física	10
Servicios Médicos Especializados.....	10
Signo	10
Síntoma	10
Suma Asegurada	10
Tarjeta de Identificación	11
Tratamiento médico.....	11
Urgencia Médica	11
Vigencia.....	11
II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS.....	11
1. OBJETO DEL SEGURO	11
2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	12
A. CONSULTA EXTERNA DE PRIMER CONTACTO	12
B. CONSULTA EXTERNA DE SEGUNDO CONTACTO O DE ESPECIALIDAD	12
C. MEDICAMENTOS	12
D. CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA	12
E. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	13
F. HOSPITALIZACIÓN	13
G. AMBULANCIA	14
H. PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS	14

I.	TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y ENFERMERA.....	14
J.	URGENCIAS MÉDICAS	14
K.	MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO	15
L.	ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE NO TIENE LA COMPAÑÍA	15
M.	CONSULTAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS ATENDIDOS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS....	16
N.	PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA	16
O.	MEDICINA PREVENTIVA	16
P.	COBERTURA DENTAL.....	17
III.	COBERTURA ADICIONAL	18
	URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO	18
IV.	EXCLUSIONES GENERALES Y GASTOS NO CUBIERTOS.....	19
V.	CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO	22
1.	CONTRATO.....	22
2.	PERIODO DE BENEFICIO.....	22
3.	MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	22
4.	RECTIFICACION DE PÓLIZA.....	22
5.	EDAD	22
6.	ZONA DE ATENCIÓN	23
7.	REPORTE DE MOVIMIENTOS	23
8.	PRIMA	24
9.	INTERÉS MORATORIO.....	25
10.	RENOVACIÓN	26
11.	CANCELACIÓN	27
12.	REHABILITACIÓN	27
13.	RESIDENCIA	28
14.	PRESCRIPCIÓN	28
15.	SUBROGACION	28
16.	MONEDA.....	28
17.	COMPETENCIA	28



18.	DERECHOS DE LOS ASEGURADOS.....	29
19.	PAGO DE INDEMNIZACIONES	29
20.	MODIFICACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	31
21.	COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS	31
22.	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	31
23.	COMISIONES	32
24.	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS	32
25.	ARBITRAJE MÉDICO	32

I. DEFINICIONES

Son aplicables, de acuerdo a las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza, los siguientes términos:

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica o quirúrgica. No se considerará accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Accidente Cubierto

Accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y cuya primera atención médica ocurra dentro de los 30 días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los 30 días siguientes al accidente se considerará como enfermedad.

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

Asegurado

Persona física que radica en Territorio Nacional, cubierta por el contrato de seguro. Para efectos de esta póliza, se entenderá como Asegurado, el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes económicos.

Asegurado Titular

Persona física que radica en Territorio Nacional, quien podrá extender la cobertura del contrato de seguro a cualquiera de sus dependientes económicos, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca.

Carátula de la póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene, entre otros datos, las características del plan contratado, coberturas, sumas aseguradas, copagos, prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza.

Cirugía Ambulatoria

Es aquella cirugía de baja o mediana complejidad que requiere vigilancia post operatoria por un tiempo no mayor a seis horas.

Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C. V.

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del pago de las primas.

Contrato de Seguro o Póliza

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, el folleto explicativo y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la celebración del contrato de seguro.

MDV CG-001

6

Copago

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la atención médica (consulta médica, medicamentos, etc.), que representa una parte del valor de los servicios médicos.

Esta participación es una cantidad previamente establecida que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El copago para cada tipo de atención médica se encontrará estipulado en la carátula de la póliza.

Diagnóstico

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas y mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio.

Dependientes económicos

Cualquier persona que dependa económicamente del Asegurado Titular.

Endoprótesis

Objetos metálicos o plásticos destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo.

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro, modificando y/o adicionando sus condiciones, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad y/o Padecimiento cubierto

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico, diagnosticada por un médico profesionalmente autorizado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Enfermera

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos. La enfermera(o) no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Exclusiones

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Para los efectos de la cobertura de esta póliza, se entiende como tal, los honorarios que usualmente cobra el Médico Tratante, hospital o cualquier otro recurso médico de la Red de Prestadores de Servicios con base a los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos, los cuales podrán ser consultados en la página www.sisnova.com.mx, con excepción de la cobertura de Urgencias Médicas en el Extranjero, para la cual el GUA equivale al costo promedio que resulte de los honorarios regulares de los médicos, especialistas y hospitales que ejercen la medicina en la ciudad, región o país donde se haya generado el gasto.

Hernia

Es una protrusión y/o eventración de un órgano, que sale de su estructura normal. La idea de protrusión alude a un desplazamiento hacia delante, haciendo que una parte del cuerpo sobresalga de su límite habitual.

Honorarios médicos

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los Asegurados.

Hospital o Sanatorio

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

Hospitalización

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

Medicina Preventiva

Es la serie de acciones generales, específicas, de limitación del daño y de control, que evitan la ocurrencia o evolución de un daño a la salud por efecto de la presencia de padecimientos potenciales o presentes en la población asegurada.

Médico de primer contacto

Son aquellos Médicos que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios con los que puede acudir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad y/o accidente, y definen si es necesario que el Asegurado sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- a) Medicina General
- b) Medicina Familiar
- c) Medicina Interna
- d) Pediatría
- e) Odontología
- f) Ginecología y Obstetricia
- g) Urgencias
- h) Oftalmología

Médico tratante

Es el médico de primer contacto o especialista, titulado y con cédula profesional, que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, que brinda control y tratamiento médico o quirúrgico al Asegurado, siendo el responsable médico del mismo.

Padecimientos Congénitos

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de esta póliza, ya sea mediante los síntomas o signos.
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de esta póliza.

- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de esta póliza.

No aplicará reconocimiento de antigüedad para padecimientos preexistentes.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando 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 los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. La Compañía quedará liberada de sus obligaciones derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione a la Compañía la información requerida para continuar con el trámite de la reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos que juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8°. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza.

Pago Directo

Beneficio mediante el cual la Compañía coordina y paga directamente a la Red de Prestadores de Servicios, por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación.

Pase Médico

Es el documento de autorización que otorga el Médico tratante, ya sea en papel o por autorización electrónica, para que el Asegurado asista a una consulta de especialidad o a la toma de un estudio de laboratorio o gabinete.

Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de la póliza, a fin de que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas. Este periodo no aplica para accidentes o urgencias médicas.

Periodo de Gracia

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

MDV CG-001

9

Práctica profesional de cualquier deporte

Dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se reciba cualquier tipo de retribución.

Prótesis

Extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo humano faltante.

Radioterapia

Tratamiento médico de algunas enfermedades, que consiste en la utilización y la aplicación de todo tipo de rayos, especialmente los rayos x.

RECAS

Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF.

Red o Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, servicios de hospitalización, servicios de rehabilitación y apoyos médicos con los que la Compañía mantiene convenio para brindar servicios de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del Asegurado.

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, sin previo aviso. La Compañía informará al Asegurado por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de hospitales de la Red de Prestadores de Servicios.

Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número 800 022 6436 desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana, o bien, revisar dentro del siguiente sitio en Internet: www.sisnova.com.mx los proveedores que integran la Red, ya que ésta será actualizada continuamente.

Reembolso

Es el reintegro que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales y hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado (GUA), de los gastos erogados por el Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Rehabilitación física

Es aquella que ayuda a recobrar la condición o el estado que perdió el Asegurado a causa de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza. Es decir, el objetivo es el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.

Servicios Médicos Especializados

Son los servicios proporcionados por los médicos especialistas de la Red de Prestadores de Servicios y que, en razón del padecimiento específico del Asegurado, lo atiende una vez que es turnado por un médico de primer contacto, o bien, por otro especialista.

Signo

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

Síntoma

Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada

MDV CG-001

10

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada año Póliza. La Suma Asegurada se encontrará estipulada en la Carátula de la Póliza.

Tarjeta de Identificación

Documento expedido por la Compañía al Asegurado, indispensable para identificarse en la obtención de los servicios médicos brindados a través de la Red y para acreditar su derecho al uso de los mismos.

Tratamiento médico

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas a proteger, promover y restaurar la salud del Asegurado, a causa de una enfermedad o accidente amparado por la póliza.

Las actividades de atención médica son las siguientes:

- a) Preventivas. - son aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica a la salud.
- b) Curativas. - son aquellas que, derivadas de un diagnóstico, proporcionan un tratamiento oportuno ante una enfermedad.
- c) De rehabilitación. - son aquellas acciones tendientes a lograr el restablecimiento de las funciones orgánicas.

Urgencia Médica

Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o una función y que requiera atención inmediata (Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

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

Vigencia

Período durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza.

II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

1. OBJETO DEL SEGURO

Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, la Compañía, ofrece este Plan de Salud Mi Doc Vital dentro del territorio nacional a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, consistente en el otorgamiento de atención médica integral de alta calidad, eficaz y humana, que sea confiable, y que brinde seguridad a través de recursos humanos, físicos y tecnológicos de excelencia. Por lo cual, si el Asegurado incurre en cualquiera de los gastos cubiertos por la presente póliza en el momento que se presente una enfermedad y/o accidente o al recibir alguna consulta o tratamiento de Medicina Preventiva que requiera tratamiento médico o quirúrgico, la Compañía pagará el costo de los mismos, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza, así como a las condiciones generales y endosos, siempre y cuando ocurra durante el período de cobertura del Asegurado y la póliza se encuentre en vigor al momento del accidente y/o enfermedad.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el copago contratado hasta por el límite de suma asegurada contratada, conforme a lo especificado en la carátula de la póliza.

A. CONSULTA EXTERNA DE PRIMER CONTACTO

Es la atención que proporciona cualquier médico, a través de la cual se pretende detectar y tratar oportunamente cualquier alteración de la salud, y en caso de ser necesario referir al especialista adecuado.

Bajo esta cobertura el Asegurado podrá acudir directamente a los Médicos pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios de las siguientes especialidades:

- Medicina General
- Medicina Familiar
- Medicina Interna
- Pediatría
- Odontología
- Urgencias
- Oftalmología
- Ginecología: Esta cobertura únicamente se otorga a las Aseguradas que cuenten con 15 años de edad o más y sólo para consultas, exámenes generales y estudios de rutina sin diagnóstico informado. Si de los estudios realizados se desprende algún padecimiento ginecológico, estos sólo estarán cubiertos una vez que hayan transcurrido los primeros 10 meses de vigencia continua, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza. Obstetricia: siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada por al menos 10 meses en forma continua en la póliza Mi Doc Vital y la póliza se encuentre vigente. Dicha cobertura aplicará solamente si la edad de la Asegurada se encuentra entre 15 y 49 años.

B. CONSULTA EXTERNA DE SEGUNDO CONTACTO O DE ESPECIALIDAD

Por esta cobertura el Asegurado, en caso de así requerirlo, podrá ser turnado a una consulta con un Médico especialista o algún servicio complementario y/o servicio de la especialidad correspondiente, mediante la expedición de un pase médico, mismo que proporcionará el Médico Tratante de primer contacto.

C. MEDICAMENTOS

Estarán cubiertos los medicamentos, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante (primer o segundo contacto o de especialidades) del Asegurado, que pertenezca a la Red de Prestadores de Servicios, estén en relación al diagnóstico de la consulta y no sean medicamentos que el Asegurado consuma con antelación al inicio de vigencia de la póliza. Las recetas deben canjearse en una farmacia de la Red, preferentemente el mismo día de su expedición o a más tardar dentro de los diez días siguientes a la misma y en su caso sujeto a la política de la farmacia de la Red.

D. CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado gozará de la protección de esta cobertura, de conformidad con lo siguiente:

La Compañía brindará la atención médica en el domicilio del Asegurado que así lo requiera. Esta cobertura incluye los honorarios del médico que lo visite. A los medicamentos recetados por el médico que atienda la consulta les será aplicado el copago definido en dicha cobertura. Las especialidades amparadas por esta cobertura son las mismas que se señalan en la cobertura de consultas de primer contacto (medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría, odontología, urgencias, oftalmología y ginecología).

El Asegurado podrá elegir al médico dentro de la Red de Prestadores de Servicios que le da a conocer la Compañía.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

El número de consultas amparado, así como el copago contratado para estos gastos, estarán indicados en la carátula de la póliza.

E. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Se cubren todos los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y cualquier otro servicio que sea necesario para diagnosticar el estado de salud del Asegurado, derivado de algún accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Estos servicios deberán ser indicados por el Médico Tratante de la Red de Prestadores de Servicios y se practicarán en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red.

Para la realización de cualquier estudio de diagnóstico es necesario que el Asegurado siga las indicaciones establecidas en el folleto explicativo.

Para la realización de los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopía, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo, el Asegurado requerirá autorización de la Compañía, así como orientación acerca de los sitios en que se realizan.

F. HOSPITALIZACIÓN

Se cubre el servicio de hospital, ya sea corta o larga estancia y urgencias médicas para la atención de accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Específicamente están amparados bajo esta cobertura:

- Los tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del Médico Tratante.
- Habitación sencilla privada con baño, incluyendo alimentos del Asegurado internado.
- Los servicios médicos y de enfermería, medicamentos y anestésicos suministrados durante la hospitalización, incluyendo el derecho a la sala de operaciones, anestesiólogo, salas de terapia y recuperación.
- Los Honorarios de Médicos y de sus asistentes por intervenciones quirúrgicas y las consultas postoperatorias que sean necesarias.
- Los estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Otros apoyos que requiera o indique el Médico Tratante.

El Asegurado que requiera ser internado en un Hospital de la Red de Prestadores de Servicios deberá seguir las indicaciones establecidas en el folleto explicativo.

MDV CG-001

13

Para cirugías programadas, el Médico Tratante o el propio Asegurado deberá entregar a la Compañía el formato respectivo, la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos o enviarlos en forma electrónica.

En caso de que la cirugía no pueda realizarse en algún Hospital de la Red de Prestadores de Servicios, el Asegurado podrá elegir otro centro hospitalario, en cuyo caso los gastos erogados se pagarán a través de reembolso en los términos de la cláusula 19 Pago de Indemnizaciones.

El Médico Tratante coordinará la atención médica necesaria para el Asegurado.

Los servicios no ordenados por el Médico Tratante o no indicados en la presente cláusula se encuentran excluidos de la cobertura.

G. AMBULANCIA

Se cubren los traslados en ambulancia terrestre programados o de urgencia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización, Centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que él mismo, por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios. Este servicio requerirá ser coordinado y autorizado por la Compañía.

H. PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS

Estarán cubiertas las prótesis, cuando así lo requiera el tratamiento del accidente o enfermedad y sean autorizados por la Compañía.

La endoprótesis se cubrirá sólo en los casos en que el tipo de lesión o alteración pongan en peligro la vida o transforme en forma importante la función de un órgano del Asegurado.

I. TERAPIAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y ENFERMERA.

La Compañía cubrirá las terapias de rehabilitación física cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante.

La rehabilitación física se proporciona al Asegurado por lesiones o padecimientos que puedan generar invalidez, incapacidad parcial o por recuperación tardía, con el objetivo de lograr su rehabilitación en el menor tiempo posible, siempre y cuando se garantice que se va a recuperar la función.

Asimismo, la Compañía pagará los honorarios de enfermeras tituladas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del médico tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

J. URGENCIAS MÉDICAS

Este servicio se prestará al Asegurado que presente Urgencias, tales como: heridas, accidentes o enfermedades que pongan en riesgo su vida, su integridad física o función de algún órgano.

El Asegurado recibirá el servicio de Urgencias en los Hospitales de la Red de Prestadores de Servicios, para lo cual deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica para en su caso recibir la asesoría sobre los trámites a realizar.

MDV CG-001

14

En casos de urgencia médica ocurrida en que se requiera atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, se deberá avisar telefónicamente o por escrito a la Compañía al Centro de Atención Telefónica dentro de los 5 días hábiles siguientes de cualquier urgencia médica o atención que pueda ser motivo de una indemnización para que el Asegurado reciba sugerencias del médico de la Red de Prestadores de Servicios, sea valorado y si su condición médica lo permite, sea trasladado a un hospital de la Red. Además, se le indicará si sus gastos están cubiertos, mismos que le serán pagados por la Compañía al solicitar su reembolso de acuerdo a lo determinado en la cláusula 19 Pago de Indemnizaciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, si el Asegurado omite dar el aviso a la Compañía en el plazo mencionado anteriormente, participará con el 20% (veinte por ciento) de copago adicional, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 19 antes indicada.

K. MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO

La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada, que estén relacionados directamente con el evento del parto normal o cesárea y asistencia obstétrica (consultas, servicio de diagnóstico) hasta el límite de Suma Asegurada establecido en la póliza, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 10 meses en forma continua en la póliza al momento del evento final del embarazo (parto o cesárea) y ésta se encuentre vigente.

Esta cobertura se otorga a las Aseguradas de la póliza entre 15 y 49 años de edad.

También se cubre con periodo de espera de 10 meses:

- **Complicaciones del Embarazo y del Parto:** Se cubre a la Asegurada los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando la Asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza, con límite establecido en la póliza:
- Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Los estados de preeclampsia y toxicosis gravídica.
- Mola Hidatiforme.
- Embarazo anembriónico.
- Placenta Previa
- Atonía Uterina
- Eclampsia
- **Prematurez:** Se cubren los gastos de nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de 10 meses de haberse dado de alta a la madre en la póliza de salud de la Compañía.

Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en la póliza. Se establece una única suma Asegurada, aun para el caso de embarazo múltiple.

- **Padecimientos congénitos:** Se cubren los padecimientos congénitos para Asegurados nacidos durante la vigencia del seguro y dados de alta dentro de los treinta días 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza de salud de la Compañía.
- **Legrado no punible:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembriónico, embarazo molar o hiperplasia endometrial. Deberá presentarse estudio histopatológico que justifique estas condiciones.
- **Circuncisión:** Se cubren los gastos derivados por circuncisión y sus complicaciones.

L. ATENCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE NO TIENE LA COMPAÑÍA

En el caso de que el Asegurado requiera un determinado servicio médico que no esté contemplado dentro de la Red de Prestadores de Servicios, el Asegurado podrá elegir otro servicio médico, en cuyo caso los gastos erogados se pagarán a través de reembolso en los términos de la cláusula 19 Pago de Indemnizaciones.

M. CONSULTAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS ATENDIDOS FUERA DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.

Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 19 Pago de Indemnizaciones de estas Condiciones Generales y la Compañía, en caso de proceder el reembolso, pagará de acuerdo al Tabulador de la Red, sin exceder en ningún caso el gasto usual y acostumbrado (GUA).

N. PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Se cubrirán los siguientes padecimientos una vez que hayan transcurrido los primeros 12 meses de vigencia continua, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- Padecimientos de glándulas mamarias
- Insuficiencia de piso perineal
- Padecimientos ginecológicos (no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad)
- Planificación familiar definitiva
- Xifosis, Lordosis, Escoliosis y cualquier padecimiento de la columna vertebral, excepto hernias de disco
- Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- Vesícula y vías biliares

Se cubrirán los siguientes padecimientos una vez que hayan transcurrido los primeros 24 meses de vigencia continua, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Padecimientos Ano Rectales
- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y protusión discal cuando sea en columna vertebral (a excepción de las hernias lumbares).
- Nariz y/ o senos paranasales por enfermedad
- Cataratas
- Hallux Valgus (Juanetes)

Se cubrirán los siguientes padecimientos una vez que hayan transcurrido los primeros 36 meses de vigencia continua, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Cirugía prostática por enfermedad
- Cirugía de cadera por enfermedad
- Cirugía de la rodilla por enfermedad
- Cirugía del hombro por enfermedad

O. MEDICINA PREVENTIVA

La Medicina Preventiva que la Compañía ofrece tiene un enfoque de Salud Pública basado en el agotamiento de los niveles de prevención primaria y prevención secundaria, buscando, con el

MDV CG-001

16

primero, evitar la presentación de la enfermedad y, con el segundo, detener la progresión de procesos patológicos presentes o instaurados.

De acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza, podrán quedar cubiertos alguno de los puntos siguientes:

1. Consultas de primer contacto de prevención

Quedan cubiertas las consultas de primer contacto del inciso 2.A Descripción de las Coberturas.

2. Servicios de diagnósticos de prevención

Quedan cubiertos los servicios de diagnóstico del inciso 2.E Descripción de las Coberturas.

La Compañía podrá ofrecer al Asegurado los programas de atención preventiva dependiendo en cada caso de la infraestructura de la Red en la localidad, y son:

1.- ATENCIÓN DEL NIÑO SANO:

El objetivo de este programa es vigilar el crecimiento y desarrollo del niño desde que nace hasta los 11 años, detectando a tiempo cualquier anomalía. Orientado a mejorar los niveles de salud del niño a través de la disminución de la frecuencia de enfermedades propias de la infancia.

2.- ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE:

Orientada a vigilar y orientar el crecimiento y desarrollo del adolescente contemplando el aspecto físico, psicológico y social, teniendo a los padres como coparticipes.

El objetivo se cumple a través de una revisión médica anual de los 11 a los 15 años y programas de orientación que incluyen: educación sexual, nutrición, motivación al ejercicio físico y prevención de hábitos negativos. Con esto se busca brindar información y entendimiento al adolescente para que conserve y fomente su salud.

3.- ATENCIÓN DE LA MUJER:

El interés primordial es la prevención del cáncer cervicouterino y mamario a través de la realización de exámenes periódicos, como son: el papanicolaou y exploración de mamas; así mismo se encarga de proporcionar orientación en el control de la natalidad.

4.- ATENCIÓN DE LA DIABETES:

Mediante este programa se da a conocer de manera integral al Asegurado con diabetes y a su familia, los conocimientos necesarios sobre dicha enfermedad, con la finalidad de reducir el riesgo de las complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida del Asegurado.

5.- ESQUEMA DE VACUNACIÓN CUBIERTO:

Se cubrirá de acuerdo al esquema de vacunación indicado por la Secretaría de Salud (SSA) y las vacunas serán aplicadas a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

P. COBERTURA DENTAL

La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios dentales:

Beneficio Dental	Descripción del Procedimiento	Limitación por Procedimiento
Urgencias Dentales*	Asesoría telefónica las veinticuatro (24) horas.	Solo por Urgencia.
	Consulta de paciente por Urgencia dental.	Solo por Urgencia.
	Curaciones y sedantes temporales.	Solo por Urgencia.
	Pulpotomía terapéutica (remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y	Solo por Urgencia.

	aplicación de medicamento), no incluye la restauración final.	
	Extracción de restos coronales – dientes deciduos.	Solo por Urgencia.
	Extracción de diente (temporal o permanente) o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).	Solo por Urgencia.
	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento.	Solo por Urgencia.
	Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral, realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).	Solo por Urgencia.
	Recubrimiento pulpar directo o indirecto, no incluye la restauración final.	Solo por Urgencia.
	Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y onlays.	Solo por Urgencia.
Evaluación Oral.		Una en doce meses.
Profilaxis (Limpieza).		Una en doce meses.
3 Restauraciones con Amalgama o Resina.		Tres en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos (de acuerdo con la opción elegida).
2 Radiografías Intraoral – periapical o Aleta de mordida.		Dos radiografías en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos de acuerdo con la opción elegida.
Límite Anual		\$10,000
Coaseguro a cargo del Asegurado		20%

***Definición de Urgencia Dental:** Aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

Definición de Coaseguro: Es la cantidad que queda a cargo del Asegurado, misma que se aplicará en un porcentaje sobre el costo procedente del tratamiento.

III. COBERTURA ADICIONAL

URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO

De aparecer como contratada en la carátula de la póliza, mediante esta cobertura se cubre la urgencia médica al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánico-funcional súbita, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Se entenderá por Enfermedad Aguda y/o urgencia médica, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiese interrumpir o alterar el

MDV CG-001

18

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, C.P. 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México I Tel. (81) 8647 0306

equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 30 días.

Esta cobertura dejará de surtir efecto en el momento en que el estado de salud del paciente se reporte como estable y pueda ser trasladado para continuar su tratamiento dentro de la República Mexicana.

En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una urgencia, deberá solicitar la autorización telefónicamente para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el call center, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al call center dentro de las 24 horas de producido el evento a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en cuyo caso deberá dar aviso tan pronto como sea posible. En este caso no operará el pago directo, sólo el reembolso.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cobertura es independiente de la contratada en la protección básica y será efectiva durante la vigencia de la póliza.

Tanto los gastos cubiertos como las exclusiones para esta cobertura son las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales, adicionando las siguientes:

EXCLUSIONES DE URGENCIAS MÉDICAS EN EL EXTRANJERO

- **Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleve a cabo en el extranjero.**
- **Servicios de enfermera fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Los gastos inherentes a la operación cesárea, parto y embarazo.**
- **Padecimientos preexistentes, en los términos definidos.**
- **Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.**

Los gastos por concepto de habitación y alimento del hospital o sanatorio, se limitarán al costo correspondiente a habitación semi-privada.

IV. EXCLUSIONES GENERALES Y GASTOS NO CUBIERTOS

No se cubrirán los gastos que se originen a consecuencia de:

1. **Padecimientos congénitos de cualquier tipo, salvo los especificados en el inciso K. Maternidad y atención al recién nacido de Descripción de las coberturas.**

2. **Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de estos.**
3. **Gastos originados por el embarazo de una Asegurada, por la atención del parto, cesárea o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, cuando la Asegurada tenga una antigüedad continua menor a 10 meses en la póliza o desde la última rehabilitación, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo de ésta.**
4. **Abortos punibles y legrados punibles.**
5. **Anteojos y lentes de contacto.**
6. **Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular, siempre y cuando el número de dioptrías por ojo sea menor a 5.**
7. **Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
8. **Terapia de lenguaje de cualquier tipo.**
9. **Complementos alimenticios.**
10. **Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**
11. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente cubierto.**
12. **Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.**
13. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.**
14. **Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos.**
15. **Diagnóstico y/o tratamiento derivado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
16. **Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.**
17. **Cualquier tipo de Tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.**
18. **Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.**
19. **Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.**
20. **Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.**
21. **Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.**

22. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquellas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
23. Reposición de Prótesis y Endoprótesis adquiridos con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.
24. Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.
25. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como “check up”.
26. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.
27. Los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, cama extra y alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales, tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, geles orales, cremas y jabones, así como fotografías y videocasetes, estacionamiento y habitaciones diferentes a las indicadas en este documento.
28. Artículos de curación fuera del hospital, tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, medias elásticas, protectores solares, cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.
29. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
30. Todos los gastos por transporte no definidos en el inciso G. AMBULANCIA de Descripción de las Coberturas.
31. Los gastos erogados por el donador de órgano a consecuencia de complicaciones o secuelas derivadas de la misma donación.
32. Atención médica en el extranjero, exceptuando si fue contratada la cobertura adicional de Urgencias Médicas en el Extranjero.
33. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
34. Padecimientos Preexistentes.
Esta póliza no cubre gastos médicos en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:
35. Prestar servicio militar o participar directamente en actos de guerra, rebelión o insurrección.
36. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.
37. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.

38. **Práctica profesional de cualquier deporte o práctica de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.**
39. **Intentos de suicidio o lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
40. **Epidemias o pandemias NO declaradas oficialmente**
41. **Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.**

V. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO

1. CONTRATO

Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud del seguro para la evaluación del riesgo en su caso, las condiciones generales, la carátula de la póliza, el folleto explicativo y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del contrato de seguro.

2. PERIODO DE BENEFICIO

Se establecerá un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los gastos erogados por los servicios de salud que requiera el Asegurado por las enfermedades y/o accidentes cubiertos por la presente póliza y que se hayan presentado durante la vigencia de la misma, el cual terminará:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Después de dos años contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza.

3. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Asegurado y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía en su domicilio social, indicado en la carátula de la póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que se deban hacer al Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del cual la compañía tenga conocimiento.

4. RECTIFICACION DE PÓLIZA

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

5. EDAD

Los límites de edad de aceptación son desde el nacimiento hasta los 90 años. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza. Para este contrato de seguro no existe un límite de edad para la renovación.

La Compañía podrá solicitar documentos que comprueben la edad del Asegurado: Acta de nacimiento, pasaporte o credencial de elector. La Compañía lo anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si se comprueba que la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá. En este caso, la Compañía devolverá al Asegurado la prima no devengada menos los gastos de adquisición, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, la Compañía devolverá al Asegurado la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- e) En caso de que la Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

6. ZONA DE ATENCIÓN

Si el Asegurado se atiende en una zona de atención diferente a la contratada se cobrará 50 puntos porcentuales adicionales de copago hospitalario al contratado y 20 puntos adicionales a cualquier otro copago contratado.

La zona de atención corresponde a las siguientes zonas:

Zona	Región Estado
1	Ciudad de México, Nuevo León
2	Jalisco
3	Querétaro
4	Coahuila, Guanajuato, Yucatán, Baja California
5	Estado de México, Puebla, Chihuahua, San Luis Potosí, Sonora, Quintana Roo
6	Resto del país

7. REPORTE DE MOVIMIENTOS

Altas: Sólo se cubrirán sin necesidad de pruebas médicas a los hijos del Asegurado: que nazcan dentro de la vigencia de la póliza; que la madre, al momento del nacimiento, haya estado asegurada en esta póliza, en forma continua o desde la última rehabilitación, al menos 10 meses y que el trámite se realice en los primeros 30 días naturales al nacimiento. Si no se cumplen todos los requisitos anteriores, la aceptación del nuevo Asegurado estará sujeta a la aprobación por parte de la Compañía. Para dar de alta a otros Asegurados es necesario presentar la solicitud a la Compañía,

MDV CG-001

23

Cuestionario de Selección Médica, así como toda la documentación que la Compañía requiera. La aceptación estará sujeta a aprobación de la Compañía. En el caso de recién nacidos, se debe anexar copia del acta de nacimiento respectiva. Si la Compañía acepta incluir al nuevo Asegurado, deberá pagarse la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 8 Prima.

Bajas: En caso de bajas de Asegurados, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación. La Compañía estará obligada a devolver la Prima no devengada menos los gastos de adquisición correspondientes.

8. PRIMA

Importe. - El Contratante se obliga a pagar la cantidad señalada por la Compañía como prima, la cual será la suma de las primas correspondientes a todos los asegurados por la póliza. Ésta se calculará de acuerdo al procedimiento contenido en la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Vencimiento. - La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada Periodo de Seguro pactado. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Periodicidad. - Las partes convienen que el periodo de pago de primas podrá ser pactado de forma anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual. En caso de optar por una periodicidad de pago diferente a la anual, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda al momento de la celebración del contrato y que estará estipulada en la carátula de la póliza.

Periodo de gracia. - A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

Ajuste de Primas. - En caso de altas de Asegurados o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante la prima correspondiente.

Pago de prima. - El Contratante deberá pagar las primas pactadas al inicio de cada periodo, de acuerdo a la periodicidad de pago seleccionada, debiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía a cambio de un recibo oficial expedido por ésta. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago, por lo que es obligación del contratante verificar en sus estados de cuenta la realización de los cargos de acuerdo con la periodicidad contratada. En caso de que por causas imputables al Asegurado no pueda efectuarse el cargo, aplicará la cláusula de cancelación.

La cancelación de la autorización de los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito con firma del Contratante de la póliza y de acuerdo con las políticas de pago establecidas por la Compañía.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. El pago de prima deberá cubrir el periodo correspondiente a la periodicidad de pago seleccionada.

9. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

“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."

10. RENOVACIÓN

El contrato de seguro se podrá renovar cada año, salvo que el Asegurado Titular o la Compañía notifiquen su voluntad de no renovarlo, por escrito, cuando menos con veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La renovación de la póliza se hará de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes ofreciendo condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas. Si el Asegurado Titular no solicita a la Compañía un cambio de Plan o cambio de producto la renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- No implicará modificación de los periodos de espera
- No implicará modificación en los límites de las edades de aceptación

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro, ya que los valores de la prima y copagos aplicables podrán variar.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, de acuerdo con el procedimiento contenido en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

Por lo anterior, la Compañía dará a conocer al Asegurado, con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación, los valores de la prima y copagos aplicables.

El pago de prima acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

11. CANCELACIÓN

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación para cualquiera de las partes, en los siguientes casos:
 - Para el caso de forma de pago anual de la prima, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en la Póliza, contado a partir de su vencimiento, sin haber recibido el pago de la misma.
 - Para el caso de forma de pago fraccionada de la prima, una vez transcurrido el periodo de gracia establecido en la Póliza, contado a partir del vencimiento de la parcialidad correspondiente, sin haber recibido el pago de la Prima.

En ambos casos, el Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía todos los servicios que se le hubieren otorgado en el periodo de gracia, salvo que proceda la rehabilitación de su póliza.

b) En caso de baja o cancelación voluntaria de la Póliza por parte del Contratante, él mismo deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o de renovación.

En este supuesto, la Compañía estará obligada a devolver la Prima Neta Pagada correspondiente al periodo de tiempo pendiente de transcurrir entre la fecha de cancelación y la fecha de fin de vigencia de la última factura pagada, más el IVA respectivo, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la cancelación, a través de transferencia a la cuenta proporcionada en dicho aviso por el mismo Contratante y/o Asegurado o cheque.

12. REHABILITACIÓN

En caso de que este contrato se hubiese cancelado por falta de pago de primas, el Asegurado podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- El Asegurado cumpla con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía le requiera
- La Compañía comunicará por escrito al Asegurado la aceptación de la propuesta de rehabilitación.
- Pagar el importe correspondiente.

Como resultado de la rehabilitación la Compañía eliminará el periodo de antigüedad reconocido, mismo que empezará a contar a partir de la fecha de rehabilitación. No están cubiertos los siniestros ocurridos entre la fecha en que este contrato hubiera cesado sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

13. RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen dentro de la República Mexicana. El Asegurado tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales al cambio de residencia del Asegurado, a efecto de que la Compañía ajuste la prima de tarifa que corresponda y así se eviten las penalizaciones previstas por la cláusula 6 Zona de Atención.

14. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

15. SUBROGACION

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía, una vez que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado, la Compañía podrá liberarse en todo o parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación, no procederá en caso de que el Asegurado o Beneficiario tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

16. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones de este Contrato, se reembolsarán de acuerdo con 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 en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

17. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Asegurado podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) pudiendo a su

MDV CG-001

28

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, C.P. 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México I Tel. (81) 8647 0306

elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 BIS y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

18. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS

El Asegurado que requiera algún servicio médico de acuerdo a las condiciones del plan tendrá los siguientes derechos:

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso de parte del médico tratante.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de la atención.
5. Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atiende, y la persona responsable del equipo.
6. A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en esta póliza.
10. No aceptar las propuestas terapéuticas.
11. Seleccionar al médico y hospital para su atención dentro de la Red de Prestadores de Servicios y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

19. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Cuantía del pago. - La cantidad que se les pagará directamente a los Proveedores médicos de la Red, será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo a las condiciones de la póliza y a los aranceles pactados previamente con la Red de Prestadores de Servicios.

Pagos improcedentes. - Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Asegurado a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso. - La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Para efectos de lo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica, o bien, si tomó la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Proveedores Médicos, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación de los gastos efectuados quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

1. Aviso de accidente o enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado de la póliza.
2. Informe Médico: El documento será requisitado por el o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
3. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
4. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
5. Las facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V) o en su defecto a nombre del Asegurado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

Cada recibo por honorarios deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.).

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, así como en su caso, el copago respectivo, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente al momento en que se erogaron los gastos.

No se hará, por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el gasto usual y acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza, y aplicando un porcentaje adicional sobre el copago correspondiente de acuerdo a lo siguiente:

MDV CG-001
30

Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.
Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, C.P. 66269,
San Pedro Garza García, N.L., México I Tel. (81) 8647 0306

CONCEPTO COPAGO ADICIONAL

CONCEPTO	COPAGO ADICIONAL
Urgencia fuera de Red:	
a) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	0% (cero por ciento), exceptuando los gastos realizados en el extranjero por urgencia médica, si dicha cobertura fue contratada, para los cuales aplica un copago de \$50.00 Dólares Americanos.
b) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes, salvo caso fortuito o fuerza mayor:	20% adicional. Sobre el copago
Atención fuera de la Red	
c) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	50% adicional sobre el copago
d) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes, salvo caso fortuito o fuerza mayor:	70% adicional sobre el copago precedente

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

20. MODIFICACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

La Compañía informará al Asegurado por escrito dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes en que suceda, de los cambios de la Red de Prestadores de Servicios.

Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número 800 022 6436 desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana, o bien, revisar dentro del siguiente sitio en Internet: www.sisnova.com.mx los proveedores que integran la Red, ya que ésta será actualizada continuamente.

21. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas, o bien, si se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente Contrato, o por falta de aviso de baja de algún Asegurado.

22. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación de la póliza.

De acuerdo al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a la Compañía para rescindir de pleno derecho la póliza, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

23. COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato.

La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

24. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que la Compañía no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

25. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que, si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado.

“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 16 de julio de 2020, con el número CNSF-H0711-0062-2020/CONDUSEF-004469-01”

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico atencionaclientes@sisnova.com.mx, o telefónicamente al 800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 19:00 horas.

Asimismo, puede contactar a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.gob.mx/condusef, o correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o telefónicamente a los teléfonos (55) 5349 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 800 999 8080.

ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

Artículo 71. El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81. Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82. El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 163. El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 BIS. Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

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

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

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

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

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

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

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal.

El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

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

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor

a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

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

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

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