

SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

MI DOC AZUL

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

ÍNDICE

1.	DEFINICIONES.....	9
1.1.	ACCIDENTE.....	9
1.2.	ANTIGUEDAD.....	9
1.3.	ASEGURADO	9
1.4.	BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS.....	9
1.5.	CARATULA DE PÓLIZA.....	9
1.6.	COASEGURO	9
1.7.	COMPAÑÍA.....	9
1.8.	CONTRATANTE	9
1.9.	CONTRATO DE SEGURO	9
1.10.	COPAGO.....	10
1.11.	DEDUCIBLE.....	10
1.12.	ELIMINACION O REDUCCION DE PERIODOS DE ESPERA.....	10
1.13.	ENDOPROTESIS.....	10
1.14.	ENDOSO	10
1.15.	ENFERMEDAD O PADECIMIENTO.....	10
1.16.	ENFERMERA	11
1.17.	EXCLUSIONES	11
1.18.	GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA).....	11
1.19.	HONORARIOS MÉDICOS	11
1.20.	HOSPITAL Y SANATORIO.....	11
1.21.	HOSPITALIZACIÓN	11
1.22.	INDEMNIZACIÓN	11
1.23.	MÉDICO TRATANTE.....	11
1.24.	NIVEL HOSPITALARIO.....	11
1.25.	PADECIMIENTO CONGENITO.....	11
1.26.	PADECIMIENTO PREEXISTENTE	12
1.27.	PERIODO DE ESPERA	12
1.28.	PERIODO DE GRACIA.....	13
1.29.	PERIODO DE BENEFICIO.....	13
1.30.	PRACTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE	13
1.31.	PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS EN CONVENIO.....	13
1.32.	REEMBOLSO	13
1.33.	SIGNO	13
1.34.	SUMA ASEGURADA.....	14
1.35.	TABLA DE HONORARIOS MÉDICO QUIRURGICOS (THQ).....	14
1.36.	TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	14

1.37.	URGENCIA MEDICA.....	14
1.38.	VIGENCIA.....	15
2.	OBJETO DEL SEGURO.....	15
2.1.	GASTOS MEDICOS CUBIERTOS.....	15
2.1.1.	COBERTURA BÁSICA.....	15
2.1.1.1.	CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO.....	15
2.1.1.2.	MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO DERIVADOS DE LA CONSULTA DE PRIMER CONTACTO.....	16
2.1.1.3.	HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRURGICO EN HOSPITALIZACIÓN.....	16
2.1.1.4.	HOSPITALIZACIÓN.....	17
2.1.1.5.	ELIMINACION DE DEDUCIBLE.....	17
2.1.1.6.	AYUDA POR MATERNIDAD.....	17
2.1.1.7.	COBERTURA VISUAL.....	18
2.1.1.8.	COBERTURA ODONTOLOGICA.....	18
2.1.1.9.	ATENCIÓN MÉDICA TÉLEFONICA BÁSICA NO EMERGENCIA.....	19
2.1.1.10.	PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.....	19
2.1.1.10.1.	CON 10 MESES.....	19
2.1.1.10.2.	CON 12 MESES.....	20
2.1.1.10.3.	CON 24 MESES.....	20
2.1.1.10.4.	CON 36 MESES.....	20
3.	EXCLUSIONES.....	21
4.	CLAUSULAS GENERALES.....	23
4.1.	CONTRATO.....	23
4.2.	PERIODO DE BENEFICIO.....	23
4.3.	MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	23
4.4.	RECTIFICACION DE POLIZA.....	23
4.5.	EDAD.....	24
4.6.	PRIMA.....	25
4.7.	INTERES MORATORIO.....	25
4.8.	RENOVACION.....	28
4.9.	REHABILITACION.....	28
4.10.	RESIDENCIA.....	29
4.11.	PRESCRIPCION.....	29
4.12.	SUBROGACION.....	29
4.13.	MONEDA.....	29
4.14.	COMPETENCIA.....	29
4.15.	VIGENCIA DEL SEGURO.....	30
4.16.	PAGO DE INDEMNIZACIONES.....	30
4.17.	MODIFICACION EN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA.....	32

4.18.	COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS	33
4.19.	TERMINACION ANTICIPADA	33
4.20.	OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.....	33
4.21.	COMISIONES	33
4.22.	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS	33
4.23.	AGRAVACIÓN DEL RIESGO	34
4.24.	ARBITRAJE MÉDICO.....	34
4.25.	CANCELACIÓN.....	34
4.26.	DERECHOS DE LOS ASEGURADOS.....	35
5.	MARCO LEGAL	37
5.1.	LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO.....	37
5.2.	LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	38
5.3.	DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL EN MATERIA DE SANAS PRÁCTICAS, TRANSPARENCIA Y PUBLICIDAD APLICABLES A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS	41
5.4.	LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS	41

Servicios Integrales de Salud Nova, S. A. de C. V. -SISNova- de acuerdo con las Condiciones Generales y especiales contenidas en esta Póliza y tomando en consideración las declaraciones hechas, por el solicitante de este seguro, que constituyen las bases de este contrato, cubre a la(s) persona(s) física(s) que se señala(n) en la Carátula de esta Póliza y que forma parte de esta contra los riesgos que a continuación se expresa

De conformidad con el artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que las presentes condiciones generales no contienen abreviaturas de uso no común.

1. DEFINICIONES

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

1.1. ACCIDENTE

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento. **No se considerará accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

1.2. ANTIGUEDAD

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de gastos médicos mayores y/o salud en esta u otra aseguradora.

1.3. ASEGURADO

Persona física que radica en territorio nacional y que forma parte de la póliza, la cual tendrá el carácter de Titular de la póliza. Podrá extender la cobertura del contrato de seguro a su cónyuge, hijos y/o padres, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en la carátula de la póliza.

1.4. BASE DE HONORARIOS QUIRURGICOS

Es la tabla de honorarios quirúrgicos elegidos para este contrato de seguro.

1.5. CARATULA DE PÓLIZA

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

1.6. COASEGURO

Porcentaje a cargo del Asegurado, que se aplica al monto de las reclamaciones procedentes, una vez descontado el Deducible en caso de un riesgo cubierto. El porcentaje de coaseguro a aplicar se estipula en la Carátula de la Póliza

1.7. COMPAÑÍA

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

1.8. CONTRATANTE

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para si mismo y/o para terceras personas y es responsable ante la Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las primas correspondientes.

1.9. CONTRATO DE SEGURO

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 declaraciones del Contratante

proporcionadas a la Compañía en la solicitud, la Carátula de la Póliza, las Coberturas adicionales, Endosos, el folleto explicativo y las Condiciones Generales, constituyen testimonio y/o prueba del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante.

1.10. COPAGO

Participación monetaria a cargo 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.

1.11. DEDUCIBLE

Cantidad fija estipulada en la Carátula de la Póliza correspondiente a cargo del Asegurado. Aplica una sola vez a los primeros gastos para cada enfermedad o accidente cubierto. Una vez que el riesgo cubierto ha rebasado este monto, comenzará la obligación de la Compañía.

1.12. ELIMINACION O REDUCCION DE PERIODOS DE ESPERA

Es el beneficio que otorga la Compañía con base en la antigüedad del Asegurado, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los Periodos de Espera de algunos de los padecimientos cubiertos.

1.13. ENDOPROTESIS

Son apoyos, objetos metálicos o plásticos, destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo y/o que facilitan o corrigen las deformaciones de órganos o de diferentes estructuras del cuerpo, tales como articulaciones y marcapasos.

1.14. 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.

1.15. ENFERMEDAD O PADECIMIENTO

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 profesional legalmente 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.

1.16. ENFERMERA

Persona que ejerce la enfermería con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

1.17. EXCLUSIONES

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por este contrato.

1.18. 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 en los tabuladores que la Compañía ha establecido con ellos, los cuales podrán ser consultados en la página www.sisnova.com.mx.

1.19. HONORARIOS MÉDICOS

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

1.20. HOSPITAL Y SANATORIO

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

1.21. HOSPITALIZACIÓN

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

1.22. INDEMNIZACIÓN

Pago efectuado conforme a lo establecido en el contrato de seguro como consecuencia de la realización del riesgo cubierto en el mismo.

1.23. 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 está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento. El médico tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padres, hermanos o hijos) ni el Asegurado mismo.

1.24. NIVEL HOSPITALARIO

Para fines de este Contrato los Hospitales, Sanatorios o Clínicas se clasificarán de acuerdo a un Nivel Hospitalario.

1.25. PADECIMIENTO CONGENITO

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. El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones congénitas será considerado como un solo evento.

1.26. PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características: 1. Se hayan manifestado o declarado con anterioridad al conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la Póliza para cada Asegurado. 2. Se hayan detectado con diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido. 3. El Asegurado se hubiere sometido a un tratamiento por dicho padecimiento, o bien, que exista un gasto previo a la celebración del Contrato de Seguro. 4. Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de esta póliza.

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: 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 la preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

1.27. PERIODO DE ESPERA

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado, con el fin que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas.

Este periodo no aplica para accidentes o urgencias médicas.

1.28. 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 ésta en el caso de pago en parcialidades.

1.29. PERIODO DE BENEFICIO

Mientras el Asegurado renueve con la Compañía su Póliza de Seguro para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada padecimiento se continuarán pagando hasta certificarse la curación de este a través del Alta médica o hasta agotar la Suma Asegurada contratada en la fecha en la que se originó el padecimiento, lo que ocurra primero.

Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por concepto de padecimientos iniciados en la vigencia de esta Póliza con la Compañía, estos se cubrirán vía Reembolso hasta certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través del Alta médica, al agotar la Suma Asegurada convenida entre las partes o hasta 5 (cinco) días contados a partir de la fecha de término de vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

1.30. PRACTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE

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

1.31. PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICOS EN CONVENIO

Son los prestadores que finalmente proporcionan los servicios de salud a quienes se identifican como Asegurados de la Compañía, relacionados con las coberturas contratadas a través de su póliza contratada. 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.

Lo anterior en el entendido de que el Asegurado es libre de elegir el prestador de salud que sea de su preferencia, por lo que los médicos y hospitales en convenio con la Compañía son de uso opcional para el Asegurado.

1.32. 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 Médicos en Convenio por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

1.33. SIGNO

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

1.34. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima que la Compañía pagará por Padecimiento a consecuencia de un Accidente y/o Enfermedad cubierta, por cada cobertura o concepto que este indicado en estas condiciones generales, por cada año póliza, siempre y cuando este padecimiento, cobertura o concepto haya iniciado durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza, Endosos y Condiciones Generales de la misma para dicha vigencia, menos el Deducible, Coaseguro y/ o Copago aplicado a cada reclamación. La suma asegurada para cada padecimiento, cobertura o concepto quedara fija a partir de la fecha en que se efectuó el 1er gasto, aun cuando su importe sea menor al deducible. Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente, cobertura o concepto nunca rebasaran la Suma Asegurada estipulada. Estas estipulaciones operaran durante el periodo de beneficio.

En caso de Padecimientos Preexistentes cubiertos, la Suma Asegurada será la que se encuentre estipulada en la Carátula de la Póliza para cada Asegurado por padecimiento.

No habrá reinstalación de Suma Asegurada para ningún padecimiento relacionado a cualquier Accidente y/o Enfermedad.

1.35. TABLA DE HONORARIOS MÉDICO QUIRURGICOS (THQ)

Es la relación del monto o porcentaje máximo que la Compañía pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierto y en acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

La tabla de honorarios médico-quirúrgicos y sus actualizaciones se le entregan al Asegurado como parte de la documentación que se le hace llegar en la contratación de su póliza o en el momento de su renovación. Adicionalmente los podrá conocer mediante nuestro portal Web o aplicación.

1.36. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Es la relación del monto o porcentaje máximo que la Compañía pagará por concepto de honorarios médico-quirúrgicos en cada intervención médica o quirúrgica, a consecuencia de cualquier Accidente o Enfermedad cubierto y en acuerdo a los Honorarios Quirúrgicos contratados.

1.37. 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.

1.38. VIGENCIA

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

2. 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 Azul dentro del territorio nacional a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, consistente en el otorgamiento de atención médica 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.

2.1. GASTOS MEDICOS CUBIERTOS

Son aquellos que erogue el Asegurado dentro de la República Mexicana para prevenir, atender o restaurar la salud mediante el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, siempre y cuando ocurra dentro del periodo de vigencia de la presente póliza. Dichos tratamientos deben ser prescritos por un médico y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la póliza, Condiciones Generales y endosos. 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.

2.1.1. COBERTURA BÁSICA

2.1.1.1. CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, se cubre el servicio de consultas médicas de primer contacto, las cuales se listan a continuación:

- Medicina General
- Medicina Familiar
- Medicina Interna
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia

El Asegurado deberá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios, en el entendido de que el propósito de

esta Red sólo tiene efectos para el pago directo a dichos prestadores de servicios.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro ni copago.

2.1.1.2. MEDICAMENTOS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO DERIVADOS DE LA CONSULTA DE PRIMER CONTACTO

Se cubren los medicamentos de primer contacto, adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, y estudios de laboratorios, gabinete e imagenología, hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto que pertenezca a la Red de Prestadores de Servicios y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.

La receta podrá canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a su expedición.

Los servicios en los Laboratorios y Gabinetes podrán practicarse en los establecimientos afiliados a la Red de Prestadores de Servicios.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro ni copago.

2.1.1.3. HONORARIOS POR TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRURGICO EN HOSPITALIZACIÓN

Serán cubiertos los honorarios por tratamientos médicos y quirúrgicos de los médicos que pertenezcan a la Red de Prestadores de Servicios con base en los montos económicos y políticas de aplicación de tabulador convenidos, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, hasta la suma asegurada contratada para la cobertura de hospitalización. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Para tal efecto deberá identificarse como Asegurado con el médico que haya elegido.

Los honorarios de los médicos que no pertenezcan a la Red de Prestadores de Servicios serán cubiertos de acuerdo a los tabuladores establecidos para este contrato. Los honorarios médicos por concepto de terapias de rehabilitación física serán cubiertos, pero únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen. Las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, se incluirán dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

2.1.1.4. 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. Por cada evento hospitalario se debe cubrir el coaseguro correspondiente y el deducible estipulados en la carátula de la póliza.

Específicamente están amparados bajo esta cobertura:

- Los tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del Médico Tratante, previamente programada y autorizada por la Compañía.
- Cuarto Sencillo privado con baño incluyendo alimentos del Asegurado internado.
- Los servicios médicos y de enfermería, medicamentos y anestias suministrados durante la hospitalización, incluyendo el derecho a la sala de operaciones, anesthesiologo, salas de terapia y recuperacion.
- Los Honorarios de Médicos y de sus asistentes, por intervenciones quirúrgicas, consultas postoperatorias que sean necesarias, con base en los montos económicos y políticas de aplicación de tabulador convenidos
- Los estudios de Laboratorio y Gabinete.
- Otros apoyos que requiera o indique el Médico Tratante.

2.1.1.5. ELIMINACION DE DEDUCIBLE

Esta cobertura eliminará el importe del deducible de la cobertura de Hospitalización en esta póliza, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubiertos, hasta por el límite de la suma asegurada contratada para esta póliza, misma que estará estipulada en la carátula de la póliza. Lo anterior, siempre y cuando los gastos médicos procedentes en que incurra el Asegurado sean superiores o iguales al deducible contratado en la póliza.

Exclusiones particulares de esta cobertura:

Esta cobertura no cubre el deducible erogado por:

- 1. Padecimientos Preexistentes en los términos definidos.**
- 2. Atención médica en el extranjero**
- 3. Accidentes y/o Enfermedades que hayan ocurrido fuera de la vigencia de esta póliza.**
- 4. Accidentes y/o Enfermedades que no hayan superado el importe del deducible previsto en la Cobertura.**

2.1.1.6. AYUDA POR MATERNIDAD

La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada, que estén relacionados directamente con el evento del parto normal o cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido en la carátula de la póliza, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 10 meses en forma continua en esta 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.

Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro ni copago.

2.1.1.7. COBERTURA VISUAL

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

Examen de la Vista	Cubierto para prescripción de anteojos
Estuche Duro y Microfibra	Incluido por Armazón
Solución para Lentes de Contacto (una vez durante la vigencia de la póliza)	Incluido
Anteojos Completos (Armazón y Lentes graduados)	Un par durante la vigencia de la Póliza hasta el Límite Anual, si por prescripción son necesarios (no cosméticos)
Lentes de contacto graduados	Lentes de contacto de cambio frecuente, se podrá obtener la dotación equivalente a un año, hasta el Límite Anual Contratado, si por prescripción son necesarios (no cosméticos).
Límite Anual de Armazón y lentes graduados, no cosméticos	\$600
Límite Anual de Lentes de Contacto graduados, no cosméticos	\$600
Deducible	\$50

2.1.1.8. COBERTURA ODONTOLOGICA

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 aplicación de medicamento), no incluye la restauración final.	Solo por Urgencia.
	Extracción de restos coronales – dientes deciduos.	Solo por Urgencia.
	Extracción de diente (temporal o permanente) o raíz expuesta (elevación y/o	Solo por Urgencia.

	remoción con fórceps).	
	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.

2.1.1.9. ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA BÁSICA NO EMERGENCIA

El servicio de asistencia médica telefónica básica no emergencia es una cobertura del seguro de salud que permite acceder a la orientación médica telefónica que necesitemos con un amplio cuadro médico, sin salir de casa y durante las 24 horas de los 365 días del año.

Los teléfonos a los que puede consultar se encuentran indicados en el Folleto Explicativo.

2.1.1.10. PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA

Para la protección de los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá haber cumplido previamente el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente o urgencia médica:

2.1.1.10.1. CON 10 MESES

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 10 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Atención obstétrica

- Cobertura del recién nacido (la madre debe tener al menos 10 meses de cobertura ininterrumpida y el recién nacido debe haber sido dado de alta en la póliza mediante notificación del nacimiento a la Compañía)

2.1.1.10.2. CON 12 MESES

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- Padecimientos ginecológicos. Se consideran como tales los que padecimientos propios de la mujer que presenta cuando no se encuentra embarazada
- Padecimientos de glándulas mamarias
- Insuficiencia de piso perineal
- Endometriosis (**no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad**)
- Padecimientos de la columna vertebral, **excepto hernias de disco**
- Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- Padecimientos de la vesícula y vías biliares

2.1.1.10.3. CON 24 MESES

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Padecimientos anorrectales
- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones
- Nariz y/ o senos paranasales por enfermedad
- Cataratas
- HalluxValgus (Juanetes)

2.1.1.10.4. CON 36 MESES

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 36 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

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

3. EXCLUSIONES

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

- 1. Honorarios médicos por concepto de consultas, a menos que se haya contratado la cobertura adicional Consultas de primer contacto.**
- 2. Padecimientos congénitos de cualquier tipo.**
- 3. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de éstos.**
- 4. Planificación familiar definitiva**
- 5. 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 menor a 10 meses en la póliza o hayan transcurrido menos de 10 meses entre la última rehabilitación de la póliza y la fecha de su última menstruación, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo de ésta.**
- 6. Abortos punibles y legrados punibles.**
- 7. Anteojos, lentes de contacto, salvo los especificados en el inciso 2.1.1.7. Cobertura Visual.**
- 8. Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular salvo lo especificado en el inciso 2.1.1.7. Cobertura Visual.**
- 9. Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
- 10. Estudios de gabinete para tratamientos de Ortodoncia.**
- 11. Gastos relacionados con blanqueamiento dental, carillas o estética dental.**
- 12. Terapia de lenguaje de cualquier tipo.**
- 13. Complementos alimenticios.**
- 14. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.**
- 15. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente cubierto.**
- 16. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.**
- 17. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.**
- 18. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos.**
- 19. Diagnóstico y/o tratamiento derivado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.**
- 20. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.**
- 21. Cualquier tipo de Tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.**
- 22. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula, maxilar o articulación temporomandibular, incluyendo síndrome de A.T.M., desórdenes cráneomandibulares, así**

como todo tipo de cirugía ortognática, malformaciones del desarrollo de los maxilares, como son la laterognacia, protusión, hipoplasia maxilar 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.

23. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.

24. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.

25. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.

26. 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.

27. Prótesis y Endoprótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos.

28. 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.

29. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como "check up".

30. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.

31. 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, cremas, jabones, etc., así como fotografías y videocasetes, estacionamiento, habitaciones diferentes a las indicadas en este documento.

32. Artículos de curación, fuera del hospital tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anoxigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.

33. Equipo de riñón artificial para uso residencial.

34. Atención médica en el extranjero.

35. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.

36. Padecimientos Preexistentes, en los términos definidos

37. Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.

38. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.

39. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.

40. 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.

41. Intentos de suicidio, o lesiones auto infringidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

42. Epidemias declaradas oficialmente.

43. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.

4. CLAUSULAS GENERALES

4.1. CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, los cuestionarios para evaluación del riesgo, las Condiciones Generales, la carátula de la póliza, el folleto explicativo y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

4.2. PERIODO DE BENEFICIO

El periodo de beneficio es el tiempo durante el cual se cubrirán los gastos erogados por los servicios de salud que requiera el Asegurado de las enfermedades y/o accidentes cubiertos por la presente póliza y ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite lo que ocurra primero:

a. El agotamiento de la suma asegurada;

b. Treinta días contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza, o

c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

4.3. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante 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 Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del cual la Compañía tenga conocimiento.

4.4. RECTIFICACION DE POLIZA

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

(Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

4.5. EDAD

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta los 64 años cumplidos previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que exige la Compañía. Para las personas con edad entre 65 y 74 años, la Compañía se reserva el derecho a analizar caso por caso la aceptación. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección vitalicia siempre y cuando siga formando parte de la póliza.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, y que aparecen en la carátula de la póliza; en este caso se devolverá al Contratante y/o Asegurado, en la proporción que les corresponda, la prima neta no devengada existente en la fecha de su rescisión.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera para la edad real, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada que haya sido pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si debido a la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía reembolsará la diferencia entre la prima neta no devengada y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en la fecha de celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

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 cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la póliza.

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 tercer párrafo de esta cláusula, 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.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el

comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

4.6. PRIMA

Importe.- El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima. Estas se calcularán de acuerdo a la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de iniciación 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 ella 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 estas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Periodicidad.- Las partes convienen que el periodo de pago de primas será anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

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 a su vencimiento, las primas pactadas, 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 mas 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. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

4.7. INTERES 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 estas 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 el 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 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 de 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.”

4.8. RENOVACION

Este contrato se considerará renovado por periodos de igual duración, si dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.

La renovación deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas o en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que sean congruentes con los originalmente contratados, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar períodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, salvo lo previsto en el párrafo anterior. Asimismo, el nuevo contrato deberá prever un servicio de Red de Prestadores de Servicios con una calidad, servicio y ubicación que sea similar a la originalmente contratada, de conformidad con los productos que estén registrados en ese momento ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en la nota técnica 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.

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

4.9. REHABILITACION

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

- El Contratante y/o Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía le(s) requiera.
- La Compañía comunicará por escrito al Contratante y/o 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.

4.10. RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen dentro de la República Mexicana.

4.11. PRESCRIPCION

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años contados, en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada 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.

4.12. SUBROGACION

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 en 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 tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

4.13. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de estos.

4.14. COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán 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 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.

4.15. VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, la vigencia de esta póliza será anual.

Iniciación.- Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las cero (0) horas del día de la fecha inicial de estipulada en la carátula de la póliza.

Terminación.- Respecto a cada Asegurado, cesarán los efectos de esta Póliza, a partir de las veinticuatro (24) horas del último día del Periodo de Seguro contratado y establecido en la carátula de la póliza, o bien, de la fecha de baja de la póliza.

4.16. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Siempre y cuando los gastos médicos procedentes rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, teniendo como límite máximo el monto de Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza y los tabuladores que la Compañía tiene establecidos de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para cada concepto de gasto erogado.

b) A la cantidad resultante se descontará en primer lugar, el Deducible establecido en la carátula de la Póliza y después, el Coaseguro y/o Copago, según corresponda, de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de la Póliza.

c) El Deducible, Coaseguro, Copago y Suma Asegurada se aplicarán para cada Enfermedad o Accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones de cada cobertura.

d) En caso de que los gastos equivalentes al monto del Deducible sean cubiertos por otras Pólizas de Seguro, de esta u otra institución, será requisito indispensable presentar a la Compañía la documentación necesaria para comprobar dicha erogación. La indemnización podrá realizarse a través del uso de la Red de Prestadores de Servicios o a través de Reembolso.

Pagos a través de la Red de Prestadores de Servicios. - Para conocer la ubicación, nombres y teléfonos de los Prestadores de Servicios, el Asegurado podrá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número: 01 800 022 64 36 desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana o al siguiente sitio en Internet: www.sisnova.com.mx. En este caso, la Compañía pagará directamente a los Proveedores médicos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo a las condiciones de la póliza, debiendo el Asegurado

hacerse cargo del deducible, del coaseguro, del copago y de las diferencias excedentes contra la Suma Asegurada máxima y los gastos no cubiertos por esta Póliza. Cuando el Asegurado reciba la atención médica dentro de la red de prestadores de servicios, no pagará diferencias en el tabulador por concepto de honorarios médicos. Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante 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 fuera de la Red de Prestadores de Servicios, ya sea porque no se le haya brindado la atención médica necesaria, por causa en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico, entendiéndose por éste el caso en el que el Asegurado haya asistido 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. El monto a reembolsar será el resultado de descontar al total de gastos médicos cubiertos, el deducible y el coaseguro y/o copago (incluyendo penalización de 50 puntos porcentuales adicionales, por atención fuera de la Red de Prestadores).

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica o decida recibir atención médica fuera de la Red de Proveedores Médicos, tiene la obligación de dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier 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 él 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 Contratante y/o Asegurado Titular.

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 deducible, coaseguro y/o copago respectivo. **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, limitaciones de la póliza y aplicación del deducible, coaseguro y/o copago.

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 Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

4.17. MODIFICACION EN LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

La Compañía informará al Contratante y/o Asegurado por escrito dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes en que suceda de los cambios de la Red de Prestadores de Servicios, asegurando que los cambios proveerán un servicio de red médica y hospitalaria con una calidad, servicio y ubicación que sea similar con la que se encontraba vigente al momento de la contratación. También se podrá acceder a ella de forma digital en la página www.sisnova.com.mx

4.18. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de 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.

4.19. TERMINACION ANTICIPADA

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato mediante notificación por escrito a la Compañía, con veinte (20) días de anticipación, surtiendo efecto al término del plazo. En este caso, la Compañía estará obligada a devolver la prima neta no devengada, calculada en días exactos, al Contratante y/o Asegurado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a haber recibido el aviso de terminación anticipada, a través de transferencia a la cuenta proporcionada en dicho aviso por el mismo Contratante y/o Asegurado o cheque.

4.20. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y los Asegurados están obligados 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 conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza. Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida 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 Contratante y/o 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.

4.21. 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.

4.22. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado elige 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 la póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

4.23. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, derivado de su nueva ocupación o actividad o de alguno de sus Asegurados. La Compañía analizará el nuevo riesgo y en caso de aceptarlo, cobrará la extra prima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o acciones derivadas del nuevo riesgo. Si el Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, la Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

4.24. ARBITRAJE MÉDICO

En caso de que la Compañía notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, éste 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 reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir a él 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 reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

4.25. CANCELACIÓN

La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación por cualquiera de las partes en los siguientes casos:

- Para el caso de forma de pago anual, una vez transcurridos treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la Póliza sin haber recibido el pago de la Prima.
- Para el caso de forma de pago fraccionada, una vez transcurridos doce días naturales a partir del inicio de vigencia 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 período de gracia, salvo que proceda la rehabilitación de su certificado.

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 de renovación.

La Compañía estará obligada a devolver la Prima Neta Pagada correspondiente al período de tiempo pendiente de transcurrir entre la fecha de cancelación y la fecha de fin de vigencia de la última factura pagada, menos los gastos de adquisición.

4.26. **DERECHOS DE LOS ASEGURADOS**

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo a las condiciones del seguro plan tendrán 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.

“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 5 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0711-0056-2018/CONDUSEF- 003476-01”

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 atencionclientes@sisnova.com.mx, o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 19:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), que está ubicada en Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, ya sea a través de su página de internet, www.gob.mx/condusef, al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o telefónicamente a los teléfonos (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.

5. MARCO LEGAL

5.1. LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO

ARTÍCULO 8º.- 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.

ARTÍCULO 9º.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

ARTÍCULO 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

ARTÍCULO 25.- 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 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 haya 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.

5.2. 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 personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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.

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.

5.3. DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL EN MATERIA DE SANAS PRÁCTICAS, TRANSPARENCIA Y PUBLICIDAD APLICABLES A LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS

ARTÍCULO 11.- Las instituciones de seguros deberán incluir en sus condiciones generales lo siguiente:

El número de registro en el RECAS otorgado por CONDUSEF, en la primera hoja;
Los datos de localización de la UNE, incluyendo número telefónico y correo electrónico;

Los datos de contacto de la CONDUSEF, que incluyen los números telefónicos, dirección de internet y correo electrónico, y

Un anexo para consulta del significado de abreviaturas de uso no común o indicar el lugar donde podrá consultarlo, ya sea en medio impreso, electrónico o por medio de un anexo registrado en el RECAS.

5.4. LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

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

I. Las obligaciones en Moneda Nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de estas 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 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 de 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. En todos los demás casos, 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.