



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE SALUD
COLECTIVO "SI SALUD ESENCIAL"

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano





Índice:

| | |
|--|---|
| I. DEFINICIONES | 4 |
| Accidente | 4 |
| Accidente Cubierto | 4 |
| Agravación del Riesgo | 4 |
| Asegurado | 4 |
| Carátula de Póliza | 4 |
| Certificado Individual | 4 |
| Colectividad Asegurada | 4 |
| Compañía | 5 |
| CONDUSEF | 5 |
| Contratante | 5 |
| Contrato de Seguro o Póliza | 5 |
| Copago | 5 |
| Endoso | 5 |
| Enfermedad o Padecimiento Cubierto | 5 |
| Evento | 5 |
| Exclusiones | 5 |
| Gasto Usual y Acostumbrado | 5 |
| Honorario Médico | 6 |
| Indemnización | 6 |
| Lugar de Residencia | 6 |
| Medicina Preventiva | 6 |
| Médico Tratante | 6 |
| Médico de Primer Contacto | 6 |
| Médico Especialista | 6 |
| Pago Directo | 6 |
| Práctica Profesional de cualquier Deporte | 6 |
| Prima | 6 |
| Reclamación | 7 |
| RECAS | 7 |
| Red o Red de Prestadores de Servicios | 7 |
| Reembolso | 7 |
| Registro de Asegurados | 7 |
| Servicios Médicos Especializados | 7 |
| Suma Asegurada | 7 |



| | |
|---|-----------|
| Tarjeta de Identificación | 7 |
| Urgencia Médica..... | 7 |
| Vigencia | 8 |
| II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS | 8 |
| 1. OBJETO DEL SEGURO | 8 |
| 2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS..... | 8 |
| 2.1 COBERTURA BÁSICA..... | 8 |
| 2.2 COBERTURAS ADICIONALES | 9 |
| III. EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS | 13 |
| IV. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO | 14 |
| 1. CONTRATO | 14 |
| 2. PERIODO DE BENEFICIO | 14 |
| 3. MODIFICACIONES EN LA RED | 14 |
| 4. RENOVACIÓN | 14 |
| 5. CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN | 15 |
| 6. EDAD | 15 |
| 7. RESIDENCIA | 16 |
| 8. MOVIMIENTO DE ASEGURADOS | 16 |
| 9. PRIMA | 17 |
| 10. COMISIONES..... | 17 |
| 11. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES..... | 18 |
| 12. RECTIFICACIONES..... | 18 |
| 13. MODIFICACIONES | 18 |
| 14. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES | 18 |
| 15. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA | 18 |
| 16. PAGO DE INDEMNIZACIONES | 19 |
| 17. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS | 20 |
| 18. MONEDA..... | 21 |
| 19. INTERESES MORATORIOS | 21 |
| 20. SUBROGACIÓN | 22 |
| 21. PRESCRIPCIÓN | 23 |
| 22. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS. | 23 |
| 23. COMPETENCIA | 23 |
| 24. REGIMEN FISCAL..... | 23 |
| 25. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE | 23 |
| 26. CAMBIO DE CONTRATANTE | 24 |

I. DEFINICIONES

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica o quirúrgica; **no se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Accidente Cubierto

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

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente se considerará como enfermedad.

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

Agravación del Riesgo

Es cuando por algún cambio de actividad u ocupación se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

Asegurado

Persona física que radica en territorio nacional y que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro. Tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la póliza. En caso de que se extienda la cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Carátula de Póliza

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

Certificado Individual

Documento en el cual se establece la operación de seguro, el número de póliza y certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento del(os) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla, el copago contratado y nombre de los beneficiarios, en su caso.

Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía, cuyos nombres se incluyen en el registro de asegurados de la póliza.

Compañía

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

CONDUSEF

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

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato de seguro para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo, y que tiene como obligación el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

Contrato de Seguro o Póliza

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, los certificados individuales, las condiciones generales, los endosos que se agreguen, el folleto explicativo, así como cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Copago

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

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro y que prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

Se entenderá por enfermedad o padecimiento cubierto, toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico o quirúrgico, diagnosticada por un médico profesionalista legalmente autorizado, que se origine dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

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.**

Evento

Se entenderá por evento a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.

Exclusiones

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

Gasto Usual y Acostumbrado

Monto o valor que convencionalmente paga la Compañía a los prestadores de servicios médicos pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios, en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos respectivos, así como a las

circunstancias de tiempo y costo de la utilización, el cual podrá ser consultado en la página de internet www.sisnova.com.mx.

Honorario Médico

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

Indemnización

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

Lugar de Residencia

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Medicina Preventiva

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

Médico Tratante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, el cual está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

Médico de Primer Contacto

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

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- a) Medicina General
- b) Medicina Familiar
- c) Medicina interna
- d) Pediatría
- e) Ginecología

Médico Especialista

Médico de la Red de Prestadores de Servicios que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad, y que presta sus servicios a los Asegurados para algún padecimiento que requiera de dicha especialidad.

Pago Directo

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

Práctica Profesional de cualquier Deporte

Significa dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se recibe cualquier tipo de retribución.

Prima

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza.

RECAS

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF

Red o Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios y gabinetes con los que la Compañía mantiene convenio y que, al ser elegidos por el Asegurado brindan servicios de recuperación de la salud del Asegurado que así lo desee.

Reembolso

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

Registro de Asegurados

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que deben constar, los siguientes datos: Operación y plan del seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro para cada Asegurado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

Servicios Médicos Especializados

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

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por los padecimientos amparados por esta póliza con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dichos padecimientos ocurran durante la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

La suma asegurada se encontrará estipulada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente. Para cada indemnización procedente de cualquier padecimiento cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por todas las enfermedades o accidentes nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Tarjeta de Identificación

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

Urgencia Médica

Una urgencia médica es toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado, o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera una actuación médica inmediata.

Vigencia

Periodo durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

1. OBJETO DEL SEGURO

Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, la Compañía, ofrece este Plan de Salud Colectivo dentro del territorio nacional, por el que de acuerdo a las coberturas contratadas y mediante el pago de la prima correspondiente, brinda a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, atención médica de alta calidad, eficaz y humana, dirigida a prevenir, mantener y recuperar la salud del Asegurado.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Se podrán contratar cualesquiera de las siguientes coberturas, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

2.1 COBERTURA BÁSICA

• CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO

Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de consultas médicas de primer contacto, las cuales se listan a continuación:

- ✓ Medicina General
- ✓ Medicina Familiar
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Pediatría
- ✓ Ginecología

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

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

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

• CONSULTAS DE MEDICINA PREVENTIVA

Bajo esta cobertura se encuentran amparadas las consultas de medicina preventiva. Las consultas de medicina preventiva que la Compañía ofrece tienen un enfoque de Salud Pública basado en el agotamiento de los niveles de prevención primaria, buscando evitar la presentación de la enfermedad.

Los programas de atención preventiva que la Compañía podrá ofrecer a los Asegurados dependiendo en cada caso de la infraestructura de la Red de Prestadores de Servicios en la localidad son:

1. Consultas para la Atención del Niño(a) Sano

Orientado a mejorar los niveles de salud del niño(a), a través de la disminución de la frecuencia de enfermedades propias de la infancia.

2. Consultas para la Atención del Adolescente
Orientado a vigilar el crecimiento y desarrollo del adolescente.
3. Consultas para la Atención de la Mujer
Orientado a mejorar los niveles de salud, a través de una orientación adecuada para la prevención de enfermedades propias de la Mujer.
4. Consultas para la Atención de Diabetes
Orientado a mejorar los niveles de salud del Asegurado con diabetes, a través de un monitoreo adecuado.

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

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

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

2.2 COBERTURAS ADICIONALES

- **MEDICAMENTOS DE CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO Y/O DE MEDICINA PREVENTIVA**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los medicamentos listados en el endoso respectivo hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.

Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a su expedición.

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

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO Y/O DE MEDICINA PREVENTIVA**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos por el Médico Tratante de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva y estén en relación con el diagnóstico de la consulta. Estos servicios podrán practicarse en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red de Prestadores de Servicios.

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

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **CONSULTAS DE SEGUNDO CONTACTO O DE ESPECIALIDAD**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Bajo esta cobertura el Asegurado en caso de así requerirlo, podrá ser turnado a una consulta con un médico especialista, en caso de presentar algún padecimiento cuya naturaleza requiera atención médica especializada, mediante la expedición de un pase médico mismo que proporcionará el Médico Tratante de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva.

El Asegurado podrá elegir al médico especialista con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios que le da a conocer la Compañía.

Se encontrarán cubiertas las consultas de todas las especialidades médicas que requiera el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto mediante la presente póliza y que no se encuentre expresamente excluido de la misma.

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

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

- **MEDICAMENTOS DE CONSULTAS DE SEGUNDO CONTACTO**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los medicamentos hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Segundo Contacto y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.

Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a su expedición.

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

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE CONSULTAS DE SEGUNDO CONTACTO**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos por el Médico Tratante de

Segundo Contacto y estén en relación con el diagnóstico de la consulta. Estos servicios podrán practicarse en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red de Prestadores de Servicios.

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

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **CONSULTA Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los servicios de Odontología que requiera el Asegurado hasta por el límite de suma asegurada contratada, por concepto de: Diagnóstico y Profilaxis, Operatoria Dental y Especialidades (evaluación).

- Diagnóstico y Profilaxis

- Diagnóstico y Profilaxis (limpieza)
- Historia Clínica Dental
- Radiografías Dentales

Cuando el Asegurado acuda por primera vez, o tenga más de seis meses de no haber recibido alguna atención dental, es necesario que solicite su cita a la Compañía, para que se le realice una evaluación.

- Operatoria Dental

Después de haber pasado por el área de Diagnóstico Dental, se valorará si es necesaria la atención en esta área, donde se realizarán:

- Obturaciones de amalgama
- Obturaciones de resinas fotocurables
- Extracciones
- Extracciones del tercer molar en consultorio **(que no requieran cirugía maxilofacial)**

- Odontopediatría

Estarán cubiertos los siguientes servicios para niños de 1 a 11 años de edad:

- Obturaciones de amalgama
- Obturaciones de resinas fotocurables
- Extracciones

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

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

La Compañía pagará al Asegurado, una indemnización por hospitalización de conformidad con lo señalado en el endoso respectivo, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado cuando menos dos días completos de manera continua e ininterrumpida, por prescripción médica a causa de un accidente o enfermedad cubierto. Esta cobertura es adicional e independiente a cualquier otra cobertura que ampare al Asegurado. La cobertura de esta póliza se otorga una sola vez durante la vigencia de la misma, es decir, se cubre el primer evento reportado por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado se encuentre hospitalizado y fallezca durante la hospitalización y tenga derecho a la indemnización conforme a lo estipulado en el párrafo anterior, ésta se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

En el momento del pago de la indemnización se dará por terminada la cobertura para el Asegurado correspondiente.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

- **ENFERMEDADES GRAVES**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

La Compañía cubrirá al Asegurado el pago de la suma asegurada contratada si se realiza el diagnóstico por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente de alguna de las enfermedades señaladas en el endoso respectivo. La cobertura de esta póliza se otorga una sola vez durante la vigencia de la misma y solo cubre el primer diagnóstico. En el momento del pago de la indemnización se dará por terminada la cobertura para el Asegurado correspondiente.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente

- **CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

La Compañía brindará la atención médica en el domicilio del Asegurado que así lo requiera. Esta cobertura incluye los honorarios del médico que lo visite. Los medicamentos recetados por el médico que atienda la consulta sólo estarán cubiertos si se contrató la cobertura de medicamentos de consultas de primer contacto y/o de medicina preventiva, aplicando para estos últimos el copago definido en dicha cobertura. Las especialidades amparadas por esta cobertura son las mismas que se señalan en la cobertura de consultas de primer contacto (medicina general, medicina familiar, medicina interna, pediatría y ginecología).

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

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

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

III. EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada una de las coberturas contratadas, la Compañía expresamente manifiesta que no asumirá responsabilidad por siniestros que se originen por, o sean consecuencia de:

Participación directa del Asegurado en Actividades de Alto Riesgo

- Actividades militares o policíacas de cualquier tipo.
- Actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.
- Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable.
- La práctica profesional de cualquier deporte, excepto en aquellos casos en que sea declarado, se someta a solicitud y revisión por la Compañía y ésta asuma el riesgo en forma expresa mediante el endoso correspondiente.
- Riñas, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador.
- Manejo de explosivos y/o armas.

Tratamientos Relacionados con el Embarazo

Se consideran como tratamientos relacionados con el embarazo, aquéllos que se aplican en los siguientes casos:

- Abortos punibles.
- Legrados punibles.
- Complicaciones del embarazo.
- Parto o Cesárea.

Revisiones de Rutina (Check-up's)

Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como "Check-up's".

Acontecimientos catastróficos por:

- Epidemias, pandemias o pestes declaradas oficialmente.
- Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales.

Gastos de Honorarios Médicos de Familiares

Los gastos por honorarios médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.

Gastos Hospitalarios

Todos los gastos del Asegurado por concepto de Honorarios médicos a consecuencia de cualquier intervención quirúrgica, servicios de hospitalización, así como los honorarios derivados del mismo.

Gastos Odontológicos

Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.

Otros Gastos No Cubiertos

Los gastos realizados por los siguientes conceptos:

- **Los estudios especializados siguientes: Tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopia, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo.**
- **Vacunas de cualquier tipo y su aplicación.**
- **Atención médica en el extranjero.**

IV. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO

1. CONTRATO

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, el certificado individual correspondiente, las condiciones generales, los endosos adicionales en su caso y el folleto explicativo constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

2. PERIODO DE BENEFICIO

Por cada padecimiento que sufra el Asegurado estando la póliza vigente, se contará con un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los servicios de salud que requiera el Asegurado terminando:

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

3. MODIFICACIONES EN LA RED

La Compañía informará a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que éstos sucedan de los cambios a la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

4. RENOVACIÓN

Este contrato se considerará renovado por periodos de igual duración, si dentro de los últimos treinta días naturales 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 Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron 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, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato, por lo que la Compañía no podrá modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento de los Asegurados, ampliar los periodos de espera, reducir los límites de edad y solicitar requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por los Asegurados.

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 acreditado mediante el recibo expedido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

5. CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza y/o en el certificado individual correspondiente o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.
- b) La protección terminará para cada Asegurado al aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.
- c) Esta póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración alguna.
- d) Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

6. EDAD

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta los 69 años de edad cumplidos, previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que solicite.

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

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

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

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.

7. RESIDENCIA

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

8. MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

Altas

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar, el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante con al menos cinco días hábiles de anticipación, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

9. PRIMA

Importe. - El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. Esta se calculará 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 inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

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

Forma de pago. - Las partes convienen que el periodo de pago de primas podrá ser de forma anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

Periodo de gracia o Plazo de pago de prima. - A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de treinta 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 doce horas del último día de ese plazo.

Ajuste de Primas. - En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro, emitiendo el recibo correspondiente.

Pago de prima. - El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, retenciones vía nómina, etc. El estado de cuenta o recibo 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.

10. COMISIONES

En cualquier momento 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.

11. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES

Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente del que conste en la Carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y/o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Compañía.

12. RECTIFICACIONES

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 naturales que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

13. MODIFICACIONES

Cualquier modificación del presente contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Dichas modificaciones deberán estar registradas mediante endoso ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (C.N.S.F.).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

14. 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 y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable en aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y otorgaron su consentimiento después de los treinta días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

15. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

El Asegurado deberá seguir íntegramente el procedimiento que se indica a continuación para la obtención de cada uno de los servicios cubiertos presentando siempre su tarjeta de identificación:

A. Consultas Médicas

Para obtener cita para una consulta médica sólo es necesario llamar a nuestro teléfono:
01800 022 6436

B. Medicamentos

Cuando su médico le prescriba alguno de los medicamentos cubiertos por esta póliza, deberá surtir dichos medicamentos en la farmacia de la Red de Prestadores de Servicios, para que le sean entregadas sus medicinas, previa entrega de su receta.

Deberá recoger sus medicamentos dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a la fecha de expedición de su receta.

C. Servicios de Diagnóstico

Cuando el médico tratante le solicite estudios de laboratorio, gabinete y/o imagenología, deberá presentarse en el centro de diagnóstico de la Red de Prestadores de Servicios que elija, y recibir las indicaciones necesarias para su estudio, así como la fecha en que se practicará dicho estudio.

16. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

Pagos improcedentes.- 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 en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en la Póliza, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

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

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

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

Los documentos de comprobación del gasto efectuado 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.
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 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 notas o 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 del Asegurado afectado o del Asegurado Titular del certificado.

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, medicamentos o estudios, etc.)

El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, en su caso, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado de que se trate al momento en que se originó el siniestro.

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 de la Red de Prestadores de Servicios.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta 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 aplicando un copago adicional a los gastos realizados fuera de la Red de Prestadores de Servicios conforme a lo siguiente:

| | CONCEPTO | COPAGO |
|----|--|---|
| | Urgencia fuera de Red: | |
| a) | Con aviso dentro de los 5 días hábile | 0% (cero por ciento) |
| b) | Sin aviso dentro de los 5 días hábiles | 20% de la indemnización procedente |
| | Atención fuera de la Red: | |
| a) | Con aviso dentro de los 5 días hábile | 50% de la indemnización procedente |
| b) | Sin aviso dentro de los 5 días hábiles | 50%+20% de la indemnización procedente |

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.

17. 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 si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión de la póliza.

18. 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 en que se efectúen los mismos.

19. INTERESES MORATORIOS

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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento. Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

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

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

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

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

20. SUBROGACIÓN

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 el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de 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.

21. PRESCRIPCIÓN

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

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

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

22. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS.

En los términos de esta póliza queda entendido que el Asegurado y/o beneficiario, al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de la salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o beneficiario y 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, hospitales y médicos con el asegurado y/o beneficiario, por lo que la Compañía no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier cobertura adicional contratada.

23. 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.

24. REGIMEN FISCAL

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

25. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- c) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo



con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

Todos los movimientos se deberán informar a la Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, la Compañía podrá condicionar la aceptación del asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de primas de cada asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ello.

26. CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

“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 10 de julio de 2018, con el número CNSF-H0711-0024-2018/CONDUSEF-003724-01”

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 18:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.