

Plan Acceso Médico Modular

Condiciones Generales



ÍNDICE

1. Definiciones _____	5
2. Objeto del Seguro _____	11
3. Descripción de las Coberturas _____	11
4. Coberturas Opcionales con Costo _____	12
5. Exclusiones y Gastos No Cubiertos _____	15
6. Cláusulas Generales del Contrato _____	17

1. Definiciones

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

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita violenta, imprevista e involuntaria que produce lesiones corporales al Asegurado y que por su naturaleza causen la muerte al asegurado o requieren atención médica inmediata. Esta atención médica debe ser dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Agente de Seguros

Es la persona legalmente autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para realizar actividades de intermediación en la contratación de seguros.

Asegurado

Es toda persona indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual y que se encuentra cubierto de los riesgos que se describen en cada una de las coberturas especificadas en el presente contrato.

Asegurado (Titular)

Es la persona determinada por el Contratante que en adición a este puede solicitar modificaciones y/o ajustes al presente contrato y que podrá extender la cobertura del contrato de seguro a su cónyuge, concubino(a), hijos y hasta familiares de tercer grado, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Carátula de la Póliza

Documento que forma parte del contrato de

seguro, el cual contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes involucradas.

Certificado Individual

Documento en el cual se establece, nombre, teléfono y domicilio de La Compañía, firma del funcionario autorizado de La Compañía, operación del seguro, número de póliza y certificado individual, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento de(los) Asegurado(s), fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza y del certificado individual, así como suma asegurada.

Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que es lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

Se requiere un mínimo de 10 asegurados titulares.

Podrán asegurarse los dependientes económicos de los asegurados titulares de la colectividad asegurada siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca en la Cláusula Movimientos de Asegurados en el apartado de Altas y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que es 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 este contrato de la Compañía hace referencia a Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V.

Concubino(a)

Persona que vive en concubinato con el Asegurado Titular, de conformidad con los requisitos y/o periodo que prevea la Legislación Civil que resulte aplicable.

Contratante

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

Copago

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la consulta médica, medicamentos o estudios de diagnóstico, etc. Esta participación es una cantidad que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija.

El copago es elegido por el contratante al momento de la contratación del seguro y el copago para las coberturas se encontrará estipulado en la carátula de la póliza, endosos y/o certificado individual.

Credencial.

Tarjeta expedida por La Compañía en la fecha de alta al seguro y que contienen las coberturas y parámetros contratados, misma que sirve sólo para identificarse como Asegurado de La Compañía ante la red de prestadores de servicios y la cual no tiene valor alguno.

Dependientes Económicos

Se definen como aquellas personas que estarán cubiertas en la misma póliza del

Asegurado Titular y que no perciban remuneración por trabajo personal, entendiéndose estas por:

- Cónyuge o Concubino(a) que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal o normatividad civil aplicable.
- Hijos menores de 25 años, que dependan económicamente del Asegurado Titular
- Los padres del asegurado Titular.

Endoso

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

Enfermedad o Padecimiento Cubierto.

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la vigencia de la póliza o del certificado individual correspondiente, que cuente con un diagnóstico definitivo declarado por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que amerite tratamiento médico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como de su tratamiento médico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o 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, enfermedades, padecimientos o accidentes no cubiertos por el presente contrato.

Extraprima

Recargo aplicable a la prima por concepto de agravación del riesgo cubierto, o por factores de riesgo adicionales tales como estado de salud u ocupación del asegurado.

Honorario Médico

Es la cantidad monetaria que el profesional médico legalmente autorizado cobra por concepto de servicios o tratamientos practicados al Asegurado con motivo de un accidente o enfermedad cubierta.

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.

Medicamento

Toda sustancia o combinación de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio que puedan ser usados y/o administrados en seres humanos; se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica por sus características físicas, químicas o biológicas y cuente con un registro sanitario dentro del país.

Medicamento genérico.

Se le conoce a la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante las pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacopéicas, perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento de referencia.

Medicina Preventiva

Se refiere a las prácticas médicas que están diseñadas para prevenir y evitar una enfermedad o padecimiento, como puede ser, detectar anticipadamente padecimientos o enfermedades que por su evolución provocan un alto grado de alteraciones físicas que ocasionan discapacidad o incluso la muerte de las personas que los padecen.

Médico

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser médico general o médico especialista, en este caso deberá tener el certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

El médico tratante no puede ser el mismo Asegurado o familiar directo del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

Médico de Primer Contacto

Es aquel profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer la medicina en la República Mexicana y que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, con el que puede acudir directamente el asegurado para la atención de cualquier enfermedad, padecimiento o accidente cubierto, y que definen si es necesario que el



paciente sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- Medicina general o familiar
- Medicina interna
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia

Padecimientos preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades, incluyendo las derivadas de algún accidente, tales que previamente a la celebración del Contrato:

- a) Se haya declarado o diagnosticado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) El Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico relacionado con la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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 cualquier obligación, derivada de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione la información requerida

para continuar con el análisis de procedencia de la reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos y estudios de laboratorio y/o gabinete que juzgue convenientes y si como resultado de estos, 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, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

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

Pago Directo

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al prestador de servicios, perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios y con el cual se tiene celebrado un convenio, por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo con las condiciones del presente contrato.

Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual la póliza no está vigente ni pagada. Empieza el día siguiente de haber terminado el periodo de gracia para el pago correspondiente y termina al momento de recibir el pago completo de la prima o la fracción pendiente de pago, según las cláusulas del presente contrato. No se pagarán las reclamaciones iniciales y/o complementarias por eventos ocurridos durante ese periodo.

Prima

Es el costo por el presente contrato a cargo del Contratante, correspondiente a cada uno de los Asegurados de acuerdo con su ocu-



pación, sexo y edad en la fecha de inicio de vigencia estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha para las condiciones contratadas. La prima vence en el momento de la celebración del contrato. Se entenderán recibidas por la Compañía las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

Periodo de gracia

Plazo máximo que tiene el Contratante para realizar el pago de la prima de la póliza, el cual será de 30 días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia del recibo correspondiente dependiendo de la forma de pago pactada.

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 será quien define si es o no procedente de acuerdo con las condiciones del presente contrato.

Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de proveedores de servicios médicos especializados, médicos, laboratorios, farmacias, entre otros que se ponen a su disposición para que el asegurado pueda elegir el que mejor le convenga, a fin de obtener los servicios, con el objetivo de atender las necesidades de salud de los Asegurados, de acuerdo con el plan contratado y que se indica en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, también se podrá revisar en la página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”.

La Compañía se reserva el derecho de actualizar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios (el Suple-

mento). La Compañía informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan los cambios de la Red de Prestadores de Servicios al correo electrónico señalado por el contratante.

Estas modificaciones también se realizan de forma inmediata en el Suplemento que pueden consultar en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx, donde podrá consultar estas actualizaciones en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”.

Adicionalmente, los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2954 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0341 (lada sin costo), para conocer la Red de Prestadores de Servicios y elegir el que más le convenga.

Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad, padecimiento o accidente. La Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el copago y las penalizaciones correspondientes, ajustándose a los límites y condiciones del presente contrato.

Registro de Asegurados

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Ramo y plan del seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno, 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.



Signo

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

Síntoma

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

Siniestro

Término que define la ocurrencia del evento previsto y cubierto en el presente contrato de seguro.

Solicitud

Documento mediante el cual el solicitante da a conocer a La Compañía su voluntad y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo de la Colectividad que se desea asegurar. Este documento es indispensable para la emisión de la póliza, forma parte integrante del contrato y es prueba de la celebración de este.

La entrega de la solicitud del seguro no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por parte de la Compañía, ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de dicha solicitud.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por los padecimientos amparados por este contrato con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dichos padecimientos ocurran durante la vigencia de este.

Las sumas aseguradas para las coberturas contratadas es elegida por el contratante al momento de la contratación y se encuentran estipuladas en la carátula de la póliza

y/o el certificado individual. Para cada evento procedente de cualquier padecimiento o accidente 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.

Suplemento

Suplemento es el listado de hospitales, farmacias, laboratorios y demás red de prestadores de servicios de la Red Médica, de las que puede elegir el asegurado para sus servicios. Dicho listado se puede conocer de las siguientes maneras: ingresando a la siguiente página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”, comunicándose al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2954 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0341 (lada sin costo) o lo podrás encontrar como un anexo en el Folleto Explicativo que te entreguen.

Urgencia médica real

Alteración órgano-funcional que se presenta de manera imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado y que ponen en peligro su vida, la funcionalidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y por lo cual requiera de atención médica inmediata, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por el presente contrato.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará automáticamente la urgencia médica.

Urgencia médica sentida

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, pero que puede no ser grave y puede ser atendido mediante consulta externa.



Vigencia

Periodo de validez del contrato de seguro que se indica en la carátula de la póliza y certificados individuales.

La temporalidad del presente contrato será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia estipulada en la carátula de la póliza y certificado individual correspondiente. La temporalidad del presente contrato podrá ser menor a un año en caso de ser pactado previamente entre el contratante y la Compañía.

2. Objeto del Seguro

Con el objetivo de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, MediAccess Seguros de Salud, S. A. de C. V., denominada en adelante “La Compañía”, ofrece un Plan de Salud Colectivo Preventivo a nivel nacional, que consiste en la atención médica de primer contacto y segundo contacto (cuando esta se contrate) dirigida a prevenir, mantener y recuperar la salud del Asegurado, de acuerdo con las coberturas contratadas y mediante el pago de la prima correspondiente.

3. Descripción de las Coberturas

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

Coberturas Básicas**Consultas de Primer Contacto**

Es la atención que proporciona cualquier médico de Primer Contacto de la Red de

Prestadores de Servicios, a través de la cual se pretende detectar y tratar oportunamente cualquier alteración de la salud y en caso de ser necesario, referir al especialista adecuado.

Primer contacto incluye:

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

Alcance de la cobertura:

Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de consultas médicas de primer contacto, bajo los siguientes términos:

- El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, de acuerdo con el servicio que requiera.
- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado (genéricos intercambiables o de patente) y los apoyos de diagnóstico, hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre que sean derivados de la consulta.

En caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos y/o apoyos de diagnóstico, el costo total correrá por cuenta del asegurado.

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



- El número de consultas y/o suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

Orientación Médica Telefónica

Es la orientación médica brindada telefónicamente al asegurado por médicos capacitados para determinar la opción más conveniente para la atención de la urgencia, en el entendido que esta orientación no será con fines de prescripción y/o diagnóstico.

Para esta cobertura no opera límite en el número de llamadas.

4. Coberturas Opcionales con Costo

Consulta de Especialidad (Segundo Contacto)

En caso de que se contrate la presente cobertura, el asegurado será canalizado por el médico de primer contacto por medio del formato correspondiente, al médico de segundo contacto o de especialidad, dentro de la Red de Prestadores de Servicios; en caso de presentar padecimientos cuya naturaleza requiera atención especializada, de acuerdo con lo siguiente:

- Quedan cubiertas las siguientes especialidades: Cardiología, Dermatología, Endocrinología, gastroenterología, Gastroenterología Pediátrica, Geriátrica, Neumología, Neumología Pediátrica, Neurología, Neurología Pediátrica, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Ortopedia y Traumatología Pediátrica y Otorrinolaringología.

- El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, acorde a la especialidad que le fuera remitido.
- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado (genéricos intercambiables o de patente) y/o los apoyos de diagnóstico, hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre que sean derivados de la consulta y se hayan contratado dichas coberturas.
- En caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos y/o apoyos de diagnóstico, el costo total correrá por cuenta del asegurado.
- Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio; el copago se aplicará para cada servicio o atención médica.

El número de consultas y/o suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

Alcance de la cobertura:

Quedan cubiertos los honorarios médicos por consulta, cubriendo por cada evento el copago indicado en la carátula de la póliza.

- Quedan cubiertos los medicamentos genéricos intercambiables o de patente de acuerdo con el cuadro básico y hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, que sean derivados de la consulta.



- Deberá cubrirse con el copago correspondiente indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual en caso de tener contratada la cobertura de medicamentos, en caso de no tener contratada esta cobertura, el costo total correrá por cuenta del asegurado.

Exclusión particular de la cobertura:

No se cubren consultas de especialidad que no hayan sido remitidos por un médico de primer contacto de la Red de Prestadores de Servicios.

Quedan excluidas todas las especialidades no mencionadas en la presente cobertura.

Medicamentos de Primer Contacto

Durante la vigencia de la póliza, los asegurados que cuenten con esta cobertura gozarán de la protección de ésta, de conformidad con lo siguiente:

- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado (genéricos intercambiables o de patente) y hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.
- Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red dentro de los diez días naturales siguientes posteriores de su expedición.

El asegurado, cubriendo el copago establecido en la carátula de la póliza y presentando el formato correspondien-

te, podrá obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios o que estén relacionados a padecimientos no cubiertos y/o expresamente excluidos por el presente contrato, o bien, que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**

Medicamentos de Segundo Contacto

Durante la vigencia de la póliza, los asegurados que cuenten con esta cobertura gozarán de la protección de ésta, de conformidad con lo siguiente:

- El asegurado será canalizado por el médico de primer contacto por medio del formato correspondiente, al médico de segundo contacto dentro de la Red de Prestadores de Servicios; en caso de presentar padecimientos cuya naturaleza requiera atención especializada.
- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado (genéricos intercambiables o de patente) y hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Especialidad (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 de la Compañía, dentro de los diez días naturales posteriores a su expedición. El asegurado, cubrirá el copago establecido en la carátula de la póliza y presentando el formato correspondiente. El asegurado, cubriendo el copago establecido en la carátula de la póliza y presentando el formato correspondiente, podrá obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante de Especialidad (Segundo Contacto) de la Red de Prestadores de Servicios o que estén relacionados a padecimientos no cubiertos y/o expresamente excluidos por el presente contrato, o bien, que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**

Apoyos de Diagnóstico

Durante la vigencia de la póliza, los asegurados que cuenten con esta cobertura gozarán de la protección de ésta, de conformidad con lo siguiente:

- Quedan cubiertos los estudios de laboratorio y/o gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos hasta la suma asegurada contratada para la presente cobertura.
- Los estudios especializados que se mencionan de manera enunciativa mas no limitativa, tales como; como tomografía, resonancia magnética, procedimientos endoscópicos, mastografía, interconsultas externas y ecometría de ojo requieren autorización de la Compañía.

- Para cada estudio amparado por esta cobertura se debe cubrir el copago indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

Exclusiones particulares de la cobertura:

No se cubren estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.

No se cubren estudios para detectar malformaciones congénitas, hereditarias o adquiridas del producto, así como estudios considerados de alta especialidad, estudios genómicos y/o genéticos para la elección de algún tratamiento y ecografías 3D – 4D.

No se cubren procedimientos de anestesia o cualquier evento de hospitalización derivado de las complicaciones de la aplicación de cualquier medicamento o sustancia para la realización de los estudios mencionados en el alcance de esta cobertura.

Orientación Médica Remota

Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de atención médica de primer contacto vía remota para el diagnóstico oportuno de enfermedades o padecimientos de Medicina General, así como cualquier otra especialidad o tratamiento que se vaya incorporando para padecimientos de los asegurados y/o contratante.

El asegurado podrá ponerse en contacto con un médico a través de alguno de los siguientes canales de comunicación:

- Página Web
- Aplicación / APP



El médico tratante deberá realizar un diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),” Internacional Classification of Diseases” (ICD), con base en los síntomas o signos descritos por el asegurado.

El médico tratante podrá recetar los medicamentos para el tratamiento, de acuerdo con diagnóstico efectuado y en caso de ser necesario, podrá referir al asegurado a servicios auxiliares de diagnóstico o referenciarlo a servicios de segundo según sea el caso, considerando las exclusiones previstas en las presentes Condiciones Generales.

El número de consultas remotas a las cuales tendrá derecho el asegurado y/o contratante será ilimitado, durante el tiempo que tenga contratada la póliza, esto considerando el alcance otorgado por el proveedor a través del cual se ofrecerá el presente beneficio.

5. Exclusiones y Gastos No Cubiertos

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada una de las coberturas contratadas, para efecto de este contrato y de manera adicional a las exclusiones particulares de cada cobertura, la Compañía expresamente manifiesta que no asumirá responsabilidad por siniestros que se originen por, o sean consecuencia de:

1. Gastos, estudios y procedimientos quirúrgicos y/o hospitalarios.
2. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro, así como sus complicaciones, con excepción de los que hayan sido declarados en la solitud del seguro y sobre los cuales no exista endoso de exclusión.
3. Servicios originados por hechos ocultos o mal informados.
4. Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante.
5. Cualquier gasto relacionado con cirugías ambulatorias.
6. Tratamientos Relacionados con el Embarazo, así como sus consecuencias.

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.
 - Interrupción voluntaria del embarazo.
7. Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, de manera enunciativa más no limitativa, como por ejemplo: recanalización tubárica, reproducción asistida, disfunción eréctil, eyaculación precoz, impotencia sexual, cambio o transformación de sexo ni cualquiera de sus consecuencias y/o sus complicaciones, así como cualquier evento hospitalario derivado de dichos tratamientos o estudios.
8. Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares, así como prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.



9. Curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (check up), materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, etc.), productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, etc.), multivitaminicos, complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería o belleza, medicamentos de autoservicio o que no cumplan con la definición de medicamento de la Ley General de Salud.
10. Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia del alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármacodependencias.
11. Cualquier tipo de gasto derivado y/o relacionado con padecimientos de: calvicie, dietéticos y nutricionales, obesidad, sobrepeso, trastornos alimenticios, estético o plástico, así como para corregir o controlar el acné.
12. Diagnóstico y pruebas para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
13. Honorarios, tratamientos médicos, procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo, homeopatía, quiropráctico, vegetarianos, etc.) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.
14. Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja, independientemente de la causa de su prescripción.
15. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubieran prescrito o seguido, y aquellos que por su naturaleza, se consideran experimentales o de investigación.
16. Participación directa del Asegurado en Actividades de Alto Riesgo, tales como:

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. Riñas, únicamente cuando el Asegurado haya sido el provocador. Manejo de explosivos y/o armas.
17. La práctica profesional de cualquier deporte por el que el asegurado perciba cualquier tipo de remuneración, 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.
18. Acontecimientos catastróficos por:
 - Epidemias, pandemias o pestes declaradas oficialmente.
 - Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales.



19. **Gastos de Honorarios Médicos**, cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
20. **Vacunas de cualquier tipo y su aplicación.**
21. **Atención médica en el extranjero.**
22. **No se cubre cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en el periodo al descubierto, así como cualquier gasto erogado en dicho periodo.**
23. **Complicaciones originadas por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en este contrato.**
24. **Cámara hiperbárica.**
25. **Ozonoterapia.**
26. **Tratamientos de planificación familiar o de anticoncepción.**
27. **Ambulancia terrestre y/o aérea.**
28. **Consultas, medicamentos, estudios, tratamientos y/o terapias para trastornos psiquiátricos o psicológicos, de enajenación mental, trastornos de la conducta, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, psicomotores, de lenguaje o aprendizaje, angustia, demencia senil, trastornos cognitivos, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.**

La Compañía no pagará ningún gasto

por los conceptos anteriormente mencionados aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este contrato de seguro.

29. No se consideran como accidentes cubiertos:

- a) **Las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el propio asegurado.**
- b) **Aquellas lesiones que no requieran una atención médica inmediata al accidente o cuyo primer gasto ocurra posterior a los 30 días naturales de presentado el evento.**
- c) **Aquellos accidentes que se deriven de agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, o de padecimientos que hayan sido cubiertos o se hayan manifestado en un inicio como enfermedad.**

6. Cláusulas Generales del Contratos

Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a La Compañía en la Solicitud de Seguro, Cuestionarios Correspondientes, la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual correspondiente, las Condiciones Generales, los endosos adicionales en su caso y los recibos de pago de primas constituyen testimonio y prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía.

Periodo de Beneficio

En caso de cancelación, o terminación y no



renovación del contrato de seguro, este contrato abarcará las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza, aplicando las exclusiones correspondientes vía reembolso, siempre que la eventualidad prevista en el presente contrato ocurra dentro de la vigencia de este, y terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

- Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través de la alta médica, o
- Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- Al concluir el término de setecientos treinta días naturales, contados a partir de la fecha en la que termina la vigencia del contrato.

Mientras la póliza continúe vigente, el asegurado mantendrá los beneficios del contrato sobre las eventualidades que se hayan presentado.

Modificaciones en la Red

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, sin embargo, dichas modificaciones se realizan de forma inmediata en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx, donde podrá consultar estas actualizaciones en el apartado Conozca nuestra red de proveedores. La Compañía informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de la Red de Prestadores de Servicios, al correo electrónico señalado por el contratante.

Adicionalmente, los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2954 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0341 (lada sin costo).

Renovación

La Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron contratadas, 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 y los requisitos de asegurabilidad establecidos por La Compañía. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. El contrato se renovará por periodos de un año. Dicha renovación podrá ser menor a un año en caso de ser pactado previamente entre el contratante y la Compañía.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales de La Compañía se tendrá como prueba suficiente de aceptación del Contratante.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta el límite de edad que se establece en los siguientes incisos:

- a) Hasta los 70 años cumplidos para venta nueva y hasta los 85 años cumplidos para pólizas de renovación, cuando se trate de colectivos de contratación voluntaria y previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que solicite La Compañía.
- b) Sin límite de edad de aceptación cuando se trate de colectivos de contratación obligatoria o de prestación laboral y previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que solicite La Compañía.

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 rescindirán y se reintegrará al Contratante la parte de la Prima neta calculada en días exactos menos los gastos administrativos correspondientes, al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado, dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se le solicitará que indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello. Lo anterior siempre y cuando no hubiera acontecido algún siniestro, en cuyo caso, no procederá devolución alguna.
- b) Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del Contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirán y se reintegrará al Contratante la parte de la Prima neta calculada en días exactos menos los gastos administrativos correspondientes, al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado, dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se le solicitará que indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello. Lo an-

terior siempre y cuando no hubiera acontecido algún siniestro, en cuyo caso, no procederá devolución alguna.

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 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.
- 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.

Residencia

Para efectos de este contrato solamente estarán protegido por este contrato los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales al cambio de residencia del Asegurado.

Si no se da aviso por escrito a la Compañía, ésta no tendrá obligación de proporcionar coberturas, ni cubrir gastos por reclamaciones que se presenten.

Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas del presente contrato estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

El contratante y/o el asegurado titular tendrán la obligación de poner en conocimiento de cada uno de los Aseguradores la existencia de los otros Seguros que amparen la misma cobertura.

Es obligación del Asegurado presentar a esta Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Cancelación, terminación, terminación anticipada y/o Rescisión.

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en

la carátula de la póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- En caso de cancelación voluntaria de la Póliza por parte del Contratante, él mismo deberá dar aviso por escrito dirigido a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación de la póliza, o bien a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del Contratante se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.
- La póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación si una vez transcurridos treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza o de la parcialidad correspondiente, el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.
- La protección terminará para cada Asegurado al aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 85 años.
- 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.

Si la póliza se cancela, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos menos los gastos de adquisición correspondientes, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento a los 30 días naturales de que se le notifique a

la Compañía por escrito la cuenta bancaria del Contratante, adjuntando la carátula de la misma. En caso contrario, cuando la póliza presente algún siniestro o reclamación, la Compañía no devolverá dicha prima pues está se considerará devengada en su totalidad.

Esta devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes al aviso de baja, el asegurado deberá indicar en dicho aviso el método a través del cual se realizará la devolución de la prima y la información necesaria para ello.

Movimientos 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 este contrato, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a La Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros 30 días naturales 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.

Sólo se cubrirán sin necesidad de pruebas médicas y desde el momento del nacimiento, a los hijos del asegurado que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, y además que la madre esté asegurada en la Compañía y tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua o desde la última rehabilitación, con el plan al momento del nacimiento y el trámite se realice en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

El contratante deberá llenar una nueva solicitud para la inclusión de otros dependientes económicos, los cuales podrán quedar cubiertos siempre y cuando se haya obligado a pagar la prima correspondiente, además se deberá de respetar las condiciones de Edad.

Para determinar la calidad de dependiente económico se estará a lo manifestado por el



Contratante.

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta el límite de edad conforme a lo establecido.

Bajas

En caso de bajas de uno o varios 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, renovación o a la fecha de solicitud de baja.

De haber pagos anuales, semestrales o trimestrales, se podrá devolver la prima neta no devengada, en el caso de que la póliza no haya presentado siniestro o reclamación alguna, ya que, de haber estos eventos, se considerará que se ha devengado la prima en su totalidad. En caso de ser procedente la devolución, el monto que se entregue al Contratante será el importe de la prima neta no devengada menos los gastos administrativos aplicables.

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado por el contratante y/o Representante Legal, al cual se le adicionará copia de la identificación oficial, datos de contacto como son: teléfono, correo electrónico y domicilio.

Una vez resuelto procedente, la Compañía avisará por los medios de contacto al Contratante para que proporcione la cuenta bancaria del contratante y se adjunte copia de su estado de cuenta, para que en un plazo de 30 días naturales de la resolución se haga el pago correspondiente.

Causarán baja de este contrato, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus de-

pendientes 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.

Cuando se realice la Baja de algún Titular en una Póliza, serán dados de Baja automáticamente los Dependientes Económicos que estén ligados a él, a partir de la misma fecha.

En caso de que el Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar a La Compañía su baja de la Colectividad Asegurada.

Prima

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia o fecha de alta del asegurado. En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a 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 prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica. La participación del asegurado en la prima se pactará en el momento de la celebración del contrato por el contratante.

a) Importe

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por La Compañía como pri-



ma, la cual será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. Esta se calculará de acuerdo con 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.

b) Vencimiento

La prima o fracción de la misma vencerá al momento del inicio de vigencia del Contrato, y la prima fraccionada al inicio de vigencia del recibo correspondiente. 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.

c) Forma de pago

El Contratante podrá optar por el pago de la prima en forma anual o bien en forma fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral. En caso de optar por una periodicidad de pago diferente a la anual, se aplicará el recargo por pago fraccionado que corresponda al momento de la celebración del contrato y que estará estipulado en la Carátula de la Póliza.

d) Periodo de gracia o Plazo de pago de prima

A partir del vencimiento de la prima o fracción de esta en caso de pago de 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 horas del último día de este plazo.

Durante el periodo de gracia el asegurado

no podrá hacer uso del proceso de pago directo, por lo que, antes de hacer uso de un servicio, el asegurado deberá corroborar que su póliza se encuentra pagada.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago o de las fracciones de prima vencidas de acuerdo con la periodicidad de pago contratada.

e) Ajuste de Primas

En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios, cambio de parámetros, 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.

f) Pago de prima

El Contratante deberá pagar al inicio del periodo de acuerdo con la periodicidad de pago seleccionada las primas pactadas, pudiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía. 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: pago con tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta (en este caso deberá enviar a la compañía el comprobante de pago al área de cobranza a través del correo electrónico: cobranza.seguros@mediaccess.com.mx), etc. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o comprobante de depósito hará prueba plena de la realización de dicho pago.

Es obligación del contratante verificar en sus estados de cuenta la realización de los cargos de acuerdo con la periodicidad contratada en caso de haber autorizado cargos



automáticos a su cuenta bancaria. Cabe mencionar que, en esta forma de pago, la información correspondiente, será requerida una sola vez, a menos de que haya un cambio en la cuenta bancaria donde el asegurado autoriza a la Compañía realizar los cargos automáticos para que se lleve a cabo la renovación de su póliza. En caso de que, por causas imputables al Asegurado, no pueda efectuarse el cargo, aplicará la cláusula de *Cancelación, terminación, terminación anticipada y/o Rescisión*.

La cancelación de la autorización para la realización de los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito con firma del Contratante de la Póliza y de acuerdo con las políticas de pago establecidas por la Compañía. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

El pago de prima deberá cubrir el periodo correspondiente a la periodicidad de pago seleccionada.

g) 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 de seguro. 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.

h) 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 (30) días naturales posteriores al inicio de vigencia de

la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

i) Modificaciones y Notificaciones

Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Estas modificaciones deberán constar por escrito (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro) y las cuales estarán previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no estén expresamente autorizadas por la Compañía NO podrán hacer modificaciones ni concesiones.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato deberá enviarse, por escrito, al domicilio de la Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza. Cualquier solicitud de modificación a las condiciones originales de la Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha en que sea recibida por la Compañía. Cualquier notificación realizada por la Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

Agravación del riesgo

El asegurado y/o contratante deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado y/o contratante omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).



Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones (artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía analizará el nuevo riesgo y en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o actividades 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.

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.

De acuerdo con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, 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 Asegurado y/o Beneficiario(s), la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Pago de Indemnizaciones

1. Cuantía del pago

La cantidad que se les pagará directamente a los Médicos pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo con las condiciones aplicables de la Póliza y a los aranceles pactados previamente con la Red de Prestadores de Servicios.

Cada recibo por gastos erogados cubiertos deberá estar relacionado con un sólo concepto (consulta, medicamento o estudio) y de esta manera deberá ser ingresado por el médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios.

2. 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.

3. 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 que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

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



En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica real o bien si tomó la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios de La Compañía, 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 quedarán en poder de La Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos, así como para las reclamaciones complementarias a la inicial, es indispensable entregar la siguiente documentación:

*Aviso de accidente o enfermedad; Este documento será requisitado en forma completa, con letra legible y firma autógrafa del Asegurado de la Póliza

*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, con firma autógrafa del Asegurado de la Póliza.

*Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a La Compañía siem-

pre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

*Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.

*Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante.

Cada recibo por honorarios deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, estudios, medicamentos, etc.)

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

La Compañía, no realizará ningún pago directo o reembolso por servicios médicos ofrecidos en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

El monto de reembolso de la atención médica se determina con base en los precios que se pactan con nuestros proveedores médicos, los cuales pueden variar en función de la localidad, especialidad y accesibilidad de estos. Descontando del monto procedente el copago contratado para cada cobertura y que viene indicado en la carátula de póliza y/o certificado individual.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para funda-



mentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones, limitaciones de la Póliza y aplicando un copago adicional a los gastos realizados fuera de la Red conforme a lo siguiente excepto para los gastos médicos derivados de honorarios médicos:

Urgencia Médica Real fuera de Red:

Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 0% (cero por ciento).

Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 20% de la indemnización procedente.

Atención Médica fuera de la Red:

Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 50% de la indemnización procedente.

Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes: 50%+20% de la indemnización procedente.

Cuando se traten de honorarios médicos, estos serán reembolsados y en ningún momento excederán el gasto usual y acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos de la Compañía.

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.

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 del presente contrato.

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 de los mismos.

Intereses Moratorios

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con 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 ob-

jeto 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.” (Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)

Subrogación

La Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con La Compañía para recuperar el daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a La Compañía a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

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.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía 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.



Adicionalmente ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En términos de los artículos 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de La Compañía, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Daño Moral

En los términos del presente contrato, queda entendido que el Asegurado al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, aun cuando se hayan elegido de la Red de Prestadores de Servicios Médicos con los que La Compañía tenga celebrados convenios, 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 tiene ninguna 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.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su 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, y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 la CONDUSEF. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Unidad Especializada (UNE): teléfono 55-1085-2000 EXT 2120; domicilio: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3642 Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX; correo electrónico unidadespecializada@mediaccess.com.mx; horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 17:00 hrs.

CONDUSEF: teléfono 55-5340-0999 en la CDMX y del interior de la República al 800-999-8080; con domicilio en Av. Insurgentes

Sur núm. 762, planta baja, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 Ciudad de México, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx

Régimen Fiscal

El régimen fiscal del presente contrato estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado por el mismo.

Derechos de los Asegurados

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo con las condiciones del plan tendrán los siguientes derechos:

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso y digno en todo momento.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de su atención tanto a él como a sus acompañantes.
5. Conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. Ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que respecto a 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 por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
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 este contrato.
10. A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.
11. Seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.
12. Obligaciones del Contratante. El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.
13. Comunicar a La Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
14. Comunicar a La Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
15. 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.
16. Todos los movimientos se deberán informar a La Compañía dentro de los 30 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.



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.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio: www.seguros-mediaccess.com.mx

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO Y LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 202

Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser

incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

Artículo 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros



que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domi-

cilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8

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

Artículo 9

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 aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

Artículo 19

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.



Artículo 21

El contrato de seguro:

I) Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II) No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III) Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la em-

presa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 48

La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 71

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

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

Artículo 81

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

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

II.- En dos años, en los demás casos.

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

Artículo 82

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



entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 163

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

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

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

Artículo 172

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima

menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora 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;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar 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 ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 204

Todas las disposiciones de la presente Ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.



LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis

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

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

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

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68

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

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

I BIS. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles si-

güentes 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 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 dili-

gencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

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 formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje 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.

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 30 de mayo de 2022 con el número CNSF-H0702-0020-2022 / CONDUSEF-005249-02.

