

Seguro de Salud Colectivo CURA 360 Avanzado

Condiciones Generales



ÍNDICE

1. Definiciones _____	3
2. Objeto del Seguro _____	11
3. Descripción de las Coberturas _____	12
4. Exclusiones y Gastos No Cubiertos _____	18
5. Cláusulas Generales _____	21

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, imprevista e involuntaria que produce lesiones corporales al Asegurado que requieran atención médica o que por su naturaleza causen la muerte al Asegurado. Esta atención médica debe ser dentro de los 30 días naturales siguientes a partir de la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Agente de Seguros

Es la persona física o moral legalmente autorizada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para realizar actividades de intermediación y asesorar al Asegurado 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 tiene relación con los dependientes, cónyuge, concubino(a), hijos y/o padres; siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

Carátula de la Póliza (Póliza de Seguro)

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 datos de localización, 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 las sumas aseguradas de las coberturas.

Coberturas

Servicios médicos, **sin incluir hospitalización**, destinados a prevenir o restaurar el estado de salud física del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato. Las partes han convenido las coberturas y límites de cobertura que se indican como contratadas en la Carátula de la póliza y Certificado Individual.

Colectividad Asegurable

Conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común que es lícito o que pertenezcan a una misma empresa, previo e independiente a la celebración del Contrato de seguro y así lo manifieste el Contratante en la Solicitud.

Se requiere un mínimo de 110 Asegurados titulares para la emisión inicial.

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 señaladas por el Contratante, a ser integrantes de la Colectividad Asegurable que mantienen un vínculo o interés común que es lícito o que pertenecen a una misma empresa, previo e independiente a la celebración del Contrato de seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía en términos de la Ley y sus reglamentos vigentes, 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 nombrada por el Contratante en carácter de concubino(a) del Asegurado Titular, de conformidad con los requisitos y/o periodo que prevea la Legislación Civil vigente en cada entidad federativa.

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado a la Compañía, la celebración del Contrato de seguro para terceras personas, a las que ha designado como Asegurados y sus dependientes, quién es responsable ante La Compañía del pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada. Es quien tiene la autorización para realizar Altas, Bajas y cambios en la póliza contratada, así como para solicitar información no sensible.

Cónyuge

Persona en matrimonio con el Titular de conformidad con la Legislación Civil vigente de cada entidad federativa.

Contrato de seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes involucradas. Este documento está integrado por las condiciones generales, folleto explicativo, la Carátula de la póliza, la Solicitud de seguro, los certificados individuales, el registro de Asegurados y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la celebración del Contrato de seguro.

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito en la Solicitud.
- b) La Carátula de la póliza, que contiene:
 - 1. Firma de la Compañía

- 2.Nombre y domicilio del Contratante
- 3.Las características de la Colectividad Asegurada
- 4.Fecha de inicio y fin de la vigencia
- 5.Monto de copagos
- 6.Cobertura contratada
- 7.Prima del seguro
- 8.Montos de suma asegurada o tipo de plan

c) Los endosos.

d) Las condiciones generales: Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente sus términos y características, así como las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

e) Certificado Individual.

f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración de este.

Copago

Participación monetaria a cargo del Asegurado en cada una de las coberturas respecto al costo de la consulta médica, medicamentos, estudios de diagnóstico, entre otros. 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.

El Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que se derive de estos copagos previstos en estas Condiciones Generales quedarán a cargo del Asegurado.

Credencial.

Tarjeta física o digital 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 la cual se deberá de presentar al momento de solicitar los servicios.

Dependientes Económicos

Se definen como aquellas personas que estarán cubiertas en la misma póliza del Asegurado Titular entendiéndose estas por:

- Cónyuge o Concubino(a).
- Hijos menores de 25 años, que dependan económicamente del Asegurado Titular.
- Otros familiares consanguíneos del Asegurado Titular (padre y/o madre).

Diagnóstico

Identificación de una Enfermedad, afección o lesión a través de sus signos y síntomas que realiza un médico tratante legalmente autorizado, pudiendo apoyarse de procedimientos de creación de imágenes y resultados de estudio de laboratorio.

Endoso

Documento que forma parte del Contrato de seguro, modificando y/o adicionando las condiciones generales del mismo, coberturas, exclusiones o cualquier otro ajuste y cuyo formato se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre estas 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 patógenos 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 tratante 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

Para efectos del presente contrato, se entenderá como evento a cada uno de los servicios que brinda la Compañía al Asegurado para el cuidado de su salud biológica relacionados con el accidente, Enfermedad o Padecimiento Cubierto.

Error de diagnóstico

Se entiende por error de diagnóstico, aquel caso en el que el Asegurado haya asistido previamente con 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 de Prestadores de Servicios, por la misma urgencia médica.

Exclusiones

Son los eventos y gastos no cubiertos por el presente contrato.

Extraprima

Recargo aplicable a la prima por concepto de agravación del riesgo cubierto en el presente contrato por factores de riesgo adicionales tales como estado de salud u ocupación del Asegurado.

Fecha de antigüedad

Es la fecha en que el Asegurado es dado de alta en la póliza siempre y cuando ésta se renueve con vigencias sucesivas e ininterrumpidas. Si la póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro una nueva póliza con la Compañía, la nueva fecha de alta en la póliza será

considerada como una nueva fecha de antigüedad.

Fecha de Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de seguro.

Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de seguro entra en vigor, que corresponde a las 00:00 horas del día estipulado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Fecha de término de vigencia

Fecha en la cual concluye la vigencia de este Contrato de seguro, que corresponde a las 24:00 horas del día estipulado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Honorarios médicos relacionados con los procedimientos médicos aprobados y validados por la Compañía. El GUA se basa en los honorarios y tarifas que cobran los médicos y varían en función de la zona geográfica y la especialidad médica.

Honorarios Médicos

Pago que obtiene el médico tratante por los servicios que presta a los Asegurados con base en los tabuladores que la Compañía tiene con él establecidos.

Hospital, Clínica o Sanatorio

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

Hospitalización

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

Impuestos

Correrá a cargo del Asegurado y/o Contratante los impuestos que en su caso se lleguen a generar conforme a la legislación fiscal vigente aplicable. Lo anterior incluye los impuestos de los copagos y cualquier otro aplicable.

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 el Contratante.

Medicamento

Toda sustancia o combinación de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o de rehabilitación, 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 ante

COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios).

El alcance de esta definición está descrito en la cobertura de medicamentos.

Medicina Preventiva

Se refiere a las prácticas médicas que están diseñadas para prevenir y evitar una Enfermedad o Padecimiento.

Médico Tratante

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión en la República Mexicana, puede ser médico de primer contacto o médico especialista.

Padecimientos congénitos

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente del momento de la vida en que se hagan evidentes.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones y/o padecimientos congénitos serán considerados como un solo evento.

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, en el plazo previsto por la ley.

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 por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo con las condiciones del presente Contrato de seguro.

Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual la póliza no está vigente ni pagada. Empieza al 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.

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 contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Carátula de la póliza o de cada parcialidad, en caso de forma de pago fraccionada, salvo acuerdo distinto.

Prima

Es el costo por el presente contrato a cargo del Contratante, correspondiente a cada uno de los Asegurados de acuerdo con su ocupación, 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 es exigible a la emisión del Contrato de seguro. Se entenderá por recibidas por la Compañía las primas efectivamente pagadas en la cuenta bancaria de la Compañía.

Prótesis

Son aquellos aparatos, implantes o tejidos utilizados para reemplazar, de forma parcial o total, interna o externa, así como acción motora o sensorial de la función de un órgano o del sistema músculo-esquelético. Por ejemplo: prótesis mamaria, prótesis testicular, prótesis ocular, entre otros.

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 dictaminará la procedencia de acuerdo con las condiciones del Contrato de seguro.

Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de proveedores de servicios médicos especializados, hospitales, 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. La Red de Prestadores de Servicios se podrá consultar en el Folleto Explicativo o 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 Suplemento). La Compañía informará a sus Asegurados por escrito a través del correo electrónico señalado por el Contratante en la Solicitud, dentro de los quince días hábiles siguientes contados a partir de que sucedan los cambios de la Red de Prestadores de Servicios.

Estas modificaciones se realizan de forma regular 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, 55-9150-2948 o a su línea exclusiva en caso de que aplique, para conocer la Red de Prestadores de Servicios y elegir el que más le convenga o si lo prefieren consultar dentro de la página www.segurosmediaccess.com.mx los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, ya que ésta es actualizada continuamente.

Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previa y efectivamente por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente, que pueda ser considerado en cobertura de la póliza. De ser dictaminado procedente, la Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el copago y las penalizaciones correspondientes en caso de aplicar, ajustándose a los límites y condiciones contratadas. El procedimiento de reembolso deberá de cumplirse por el Asegurado dentro de la vigencia y proporcionando la información correspondiente.

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 Contratante 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 forma parte integrante del Contrato de seguro.

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.

Toda solicitud debe venir firmada por el Contratante ya sea de forma autógrafa o digital mediante el sistema que le indique la Compañía.

Suma Asegurada

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

Las sumas aseguradas para las coberturas contratadas son elegidas 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, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por todos los eventos cubiertos nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en cada renovación para cada Asegurado.

Tratamiento médico

Es el conjunto de prescripciones, acciones o intervenciones destinadas a promover, proteger y restaurar la salud del Asegurado, a causa de una Enfermedad o Accidente amparado por el presente contrato y conforme a los alcances descritos por cada cobertura contratada. Las actividades de atención médica son las siguientes:

- a) **Preventivas:** Son aquellas que incluyen las de prevención general y las de protección específica a la salud.
- b) **Curativas:** Son aquellas que, derivadas de un diagnóstico, proporcionan un tratamiento oportuno ante una Enfermedad o Padecimiento.

Urgencia médica real

Alteración órgano-funcional que se presenta de manera imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado y que pone en peligro su vida, la funcionalidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y por lo cual requiera de atención médica inmediata, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubierta por el Contrato de seguro.

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.

2 Objeto del Seguro

A través del seguro que adquiere el Contratante, la Compañía se compromete a otorgar al Asegurado la atención médica tendiente a prevenir y/o restaurar su salud, en los términos estipulados en el presente contrato y de acuerdo con lo establecido en la Carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual. La finalidad del presente contrato es establecer las condiciones de operación y las obligaciones de la Compañía, el Contratante y el Asegurado.

3. Descripción de las Coberturas

3.1 Coberturas Básicas

Medicina Preventiva

La Medicina Preventiva que la Compañía ofrece tiene un enfoque de Salud Pública basado en los niveles de prevención primaria, buscando, evitar la presentación de la Enfermedad.

1) Check Up Básico

Se cubren, una vez durante la vigencia de la póliza, los estudios de laboratorio que se mencionan a continuación:

- Biometría Hemática
- Examen General de Orina
- Química sanguínea de 6 elementos (glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol y triglicéridos)

Para esta cobertura no aplica copago. Es necesario que el Asegurado acuda con proveedores de la Red de Prestadores de Servicios.

2) Check Up Femenino

De 18 a 64 años.

a) Detección oportuna de cáncer cervicouterino.

Toma de Papanicolau una vez por vigencia de la póliza.

Para esta cobertura no aplica copago.

b) Detección oportuna de cáncer de mama.

Ultrasonido mamario para mujeres de 18 a 39 años, una vez durante la vigencia de la póliza.

Mastografía para mujeres de 40 a 64 años, una vez durante la vigencia de la póliza.

Para esta cobertura no aplica copago.

Es necesario que el Asegurado acuda con proveedores de la Red de Prestadores de Servicios.

3) Check Up Masculino

De 40 a 64 años.

a) Detección oportuna de cáncer de próstata.

Estudio de Antígeno Prostático específico, una vez por vigencia de la póliza.

Para esta cobertura no aplica copago.

Es necesario que el Asegurado acuda con proveedores de la Red de Prestadores de Servicios.

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.

La Suma Asegurada y el copago para esta cobertura están especificados en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Primer contacto incluye:

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

Alcance de la cobertura:

- Honorarios médicos por consulta externa.
- El Papanicolau es el único procedimiento que el médico de la Red de Prestadores de Servicios puede realizar dentro del consultorio y estará cubierto con el copago de la consulta.
- Los medicamentos y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos, deberán cubrirse mediante el copago correspondiente indicado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Exclusión particular de la cobertura:

- **Los procedimientos que se realicen dentro del consultorio diferentes al Papanicolau.**

Consultas de especialidad (segundo contacto)

Es la atención que proporciona cualquier médico de Segundo Contacto de la Red de Prestadores de Servicios, a través de la cual se pretende detectar y tratar oportunamente cualquier alteración de la salud en caso de presentar padecimientos cuya naturaleza requiera atención especializada.

Se encontrarán cubiertas las consultas de las especialidades médicas, detalladas en el Alcance de esta cobertura, que requiera el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubierto mediante la presente póliza y que no se encuentren expresamente excluidas de la misma.

La Suma Asegurada y el copago para esta cobertura están especificados en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Alcance de la cobertura:

- Quedan cubiertas las consultas de las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía General, Gastroenterología, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología y Urología.
- Honorarios médicos por consulta externa.
- Los medicamentos y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos, deberán cubrirse su copago correspondiente indicado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- Los procedimientos que realice el médico especialista dentro del consultorio.
- Terapias de natación, terapias asistidas con animales como delfinoterapia, equinoterapia, entre otros.
- Cualquier rehabilitación física e inhaloterapias.
- Cualquier especialidad distinta a la descrita en el Alcance de esta cobertura.
- Subespecialidades relacionadas con cirugía, de forma enunciativa más no limitativa: Cirugía Craneofacial, Cirugía Cardiotorácica, Cirugía Oncológica, Cirugía Oculoplástica, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Ortopédica, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular y Neurocirugía.

Medicamentos

Se encuentran cubiertos los medicamentos prescritos por el Médico Tratante perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios relacionados con los diagnósticos de la consulta siempre y cuando no sea un diagnóstico preexistente.

La Suma Asegurada y el copago para esta cobertura están especificados en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual. El Asegurado presentando el formato correspondiente, podrá obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

Alcance de la cobertura:

- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado.
- Los medicamentos que no hayan sido prescritos por un médico de la Red de

Prestadores de Servicios deberán ser sometidos a dictamen ante la Compañía.

Exclusión particular de la cobertura:

- **Medicamentos no pertenecientes al cuadro básico contratado.**
- **Medicamentos que estén relacionados a padecimientos y/o diagnósticos excluidos por la presente póliza, o bien, que no tengan relación con los padecimientos que originaron la consulta.**
- **Medicamentos derivados de consultas o procedimientos odontológicos.**
- **Medicamentos por cualquier vía de administración (oral e intravenosa) para tumoraciones malignas.**

Apoyos de diagnóstico

Son los estudios de laboratorio y/o gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos los cuales deberán ser indicados por el Médico tratante y relacionados con el Evento. Para cada estudio realizado en esta cobertura, el Asegurado deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Para acceder a los estudios de laboratorio y/o gabinete con los proveedores pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios, el Asegurado deberá cubrir el copago establecido en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual y presentar el formato que expide el Médico tratante correspondiente.

Alcance de la cobertura:

- 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.
- Se cubren únicamente los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:
 - Biometría hemática
 - Química sanguínea de 12 elementos
 - Ultrasonido mamario
 - Mastografía
 - Electrocardiograma
 - Rayos X (placas simples)
 - Examen general de orina
 - Perfil tiroideo
 - Antígeno prostático específico
 - Ultrasonidos básicos (segunda dimensión)
- Los apoyos de diagnóstico que no hayan sido prescritos por un médico de la Red de Prestadores de Servicios deberán ser sometidos a dictamen ante la Compañía, conforme a la cláusula **“Pago de Indemnizaciones”** de la

sección **“5.Cláusulas Generales”**.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **Estudios que no tengan relación con los padecimientos que originaron la consulta.**
- **Los estudios de laboratorio y/o gabinete no descritos en el Alcance de esta cobertura.**
- **Ultrasonidos de tercera dimensión y cuarta dimensión, ultrasonidos Doppler y cualquier otro medio de contraste.**
- **Apoyos de diagnóstico relacionados con odontología.**

Orientación médica telefónica

Es la orientación médica brindada telefónicamente al Asegurado por médicos, capacitados para determinar la opción más conveniente para canalizar a los servicios de urgencia, que será de forma ilimitada.

Atención fuera de red

Si el Asegurado por decisión propia, se atiende su Enfermedad o Accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes. En caso de solicitar el reembolso de la Atención fuera de red, deberá someter a dictaminación de la Compañía con toda la información soporte, que sea necesaria de acuerdo con lo estipulado en la **Cláusula Pago de Indemnizaciones**.

Sobre el monto reclamado por el Asegurado, la Compañía establecerá el monto procedente de acuerdo con el GUA y a las condiciones de esta póliza. A dicho monto procedente se le descontará el copago contratado y a la cantidad resultante se le aplicará un copago adicional conforme a lo siguiente:

- **50% adicional a la cantidad resultante, cuando los servicios (consultas de primer contacto, consultas de especialidad, medicamentos y/o apoyos de diagnóstico) se atienden fuera de la Red de Prestadores de Servicios por decisión propia.**

Reembolso de Urgencia médica real sin hospitalización por Enfermedad

Mediante esta cobertura, si el Asegurado presenta una Urgencia médica real, ocasionada por una Enfermedad o Padecimiento Cubierto, en el área de urgencias de una clínica u hospital; la Compañía pagará los gastos médicos erogados por el Asegurado hasta la Suma Asegurada indicada en la Carátula de póliza y/o Certificado Individual.

Se cubre únicamente un evento por vigencia de la póliza.

Para esta cobertura no aplica copago. Es necesario que el Asegurado acuda con proveedores hospitalarios autorizados por la Secretaría de Salud.

Los documentos indispensables que el Asegurado debe presentar a la Compañía para el reembolso de esta cobertura son:

- Solicitud de reembolso e informe médico que se puede descargar en la página www.segurosmediaccess.com.mx y carta de reclamación (escrito libre).
- Comprobantes originales de los gastos efectuados por la urgencia médica real sin hospitalización (factura del hospital o clínica).
- Nota de ingreso a servicio de urgencias.
- Apoyos de diagnóstico que corroboren el diagnóstico médico emitido.

Todo reembolso está sujeto a revisión, valoración médica y administrativa por parte de la Compañía. En caso de ser procedente, el reembolso se dará en un plazo de 3 semanas a partir de la recepción de la documentación.

Exclusión particular de la cobertura:

- **Ningún gasto referente a hospitalización derivado de una urgencia.**
- **Urgencias médicas sentidas.**
- **Urgencia médica real ocasionada por un accidente.**
- **Urgencia médica real donde el Asegurado presente alta voluntaria.**

Orientación Médica Remota (Telemedicina)

Se encuentra amparado el servicio de atención médica de primer contacto vía remota para el diagnóstico oportuno de Enfermedades, Padecimientos y/o Accidentes de Medicina General; así como cualquier otra especialidad o tratamiento que se vaya incorporando para padecimientos de los asegurados.

El Asegurado podrá ponerse en contacto llamando al teléfono 55 5351 0454. El médico tratante deberá realizar un diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE),” con base en los síntomas o signos descritos por el Asegurado. El médico tratante podrá recetar los medicamentos para el tratamiento, de acuerdo con el diagnóstico efectuado y en caso de ser necesario, podrá referir al Asegurado a servicios auxiliares de diagnóstico o referenciarlo a servicios de segundo contacto según sea el caso, considerando las exclusiones previstas en la presente cobertura y Condiciones Generales.

El número de consultas remotas a las cuales tendrá derecho el Asegurado será ilimitado, durante el tiempo que tenga contratada la póliza, siempre y cuando esta se encuentre vigente y pagada, esto considerando el alcance otorgado por el proveedor a través del cual se ofrecerá la presente cobertura. Los médicos sólo serán contactados a través de los sistemas remotos que se ofrecen, y en la misma página, aplicación o medio de contacto del proveedor se podrá conocer el listado de médicos que brindarán los servicios. El presente beneficio no limita el derecho del Asegurado de consultar libremente a cualquier otro médico de forma presencial

y en los términos aplicables de su póliza. Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su Enfermedad o Accidente con proveedores fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo con lo estipulado en la **Cláusula Pago de Indemnizaciones**.

Prueba COVID

En caso de que el Asegurado necesite realizarse el estudio de laboratorio de la Prueba COVID, este beneficio reembolsará hasta una Suma Asegurada de \$500.00 M.N. (quinientos pesos) siempre y cuando el resultado de este estudio sea positivo y estará limitado a un evento por vigencia de la póliza. Es necesario que el Asegurado se comunique al teléfono 55-9150-2948.

4.Exclusiones y Gastos No Cubiertos

Para efectos de este Contrato de seguro y de manera adicional a las exclusiones particulares de cada cobertura, quedan excluidos los conceptos que a continuación se enumeran:

- 1. Gastos de padecimientos y/o diagnósticos que requieran hospitalización, sedación, medios de contraste, intervención quirúrgica o postquirúrgica.**
- 2. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro, así como sus complicaciones, con excepción de los que hayan sido declarados en la solicitud del seguro al momento de la emisión y sobre los cuales no exista endoso de exclusión al momento de la emisión.**
- 3. Servicios originados por hechos ocultados o mal informados.**
- 4. Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante.**
- 5. Cualquier gasto relacionado con procedimientos quirúrgicos menores o mayores, incluso si son ambulatorios.**
- 6. Enfermedades y/o Padecimientos congénitos de cualquier tipo.**
- 7. Las interrupciones voluntarias del embarazo, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean sus causas.**
- 8. Complicaciones originadas por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, Enfermedad o Accidente expresamente excluido en esta póliza.**
- 9. Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en el periodo al descubierto, así como cualquier gasto erogado en dicho periodo.**

10. Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, de manera enunciativa más no limitativa, 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.
11. Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares, salvo lo indicado en la Cobertura Opcional de Ayuda de Lentes en caso de haberla contratado.
12. Cualquier tipo de prótesis, Endoprótesis, Órtesis y Osteosíntesis.
13. Plantillas, zapatos y/o alerones ortopédicos.
14. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
15. Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquinéticos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, lesiones autoinfligidas, intento de suicidio (aun cuando se comentan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica, tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos. Todo lo anterior independientemente de su causa o complicación.
16. Honorarios, tratamientos médicos, procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo, homeopatía, quiropráctico, vegetarianos, herbolaria) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.
17. Curas de reposo, materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, cubrebocas, mascarillas faciales desechables, talcos), productos de higiene dental (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal), multivitamínicos, complementos alimenticios, prebióticos, probióticos, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería, belleza e higiene personal, productos dermacosméticos, medicamentos de autoservicio que no sean prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios o que no cumplan con la definición de medicamento descrita en el apartado de definiciones.
18. Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia del alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias, por culpa grave del Asegurado. Para esto bastará que se haga una valoración por escrito del médico tratante, sin requerirse realizar pruebas de laboratorio para confirmar la intoxicación.
19. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento de carácter estético o plástico.

20. Tratamientos de calvicie, dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones independientemente de la causa de su prescripción.
21. Pruebas para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
22. Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja, independientemente de la causa de su prescripción.
23. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes craneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
24. Gastos y estudios erogados por el donador y receptor de órganos, así como sus complicaciones y secuelas.
25. Tratamientos 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.
26. Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador, lesiones sufridas como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval o policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones.
27. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias, endemias, pandemias o pestes declaradas oficialmente.
28. Padecimientos o lesiones resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte por el que el Asegurado perciba cualquier tipo de retribución, así como los resultantes de su participación en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad; o bien deportes peligrosos profesionales y/o deportes extremos, amateur o profesional.
29. Gastos de Honorarios Médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
30. Cámara hiperbárica.
31. Ozonoterapia.
32. Tratamientos de planificación familiar o de anticoncepción.
33. Ambulancia terrestre y/o aérea.

5. Cláusulas Generales

Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, los cuestionarios para evaluación del riesgo, en su caso, el registro de Asegurados, las Condiciones Generales, la Carátula de la póliza, los Certificados individuales, el folleto explicativo y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del Contrato de seguro.

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 estar debidamente 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 esta póliza deberá enviarse, por escrito, al domicilio de la Compañía, señalado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Cualquier solicitud de modificación a las condiciones originales de la póliza surtirá efecto a partir de la fecha en que sea recibida y aprobada por la Compañía.

Cualquier notificación realizada por la Compañía relacionada con el presente Contrato de seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio o a través del último correo electrónico que haya notificado el Contratante para tal efecto.

Modificaciones de la infraestructura

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, sin previo aviso.

Los Asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 o si lo prefieren consultar en la página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores” para saber los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, ya que ésta es actualizada continuamente.

Inicio de los servicios

Una vez aceptada la solicitud por parte de la Compañía, la fecha de inicio de los servicios corresponderá a la fecha de inicio de vigencia estipulada en la Carátula de la póliza.

Rehabilitación

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

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

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

La Compañía se reserva el derecho de rechazar la solicitud de rehabilitación de la colectividad, de acuerdo con el análisis de los requisitos presentados.

Rectificación de póliza

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días naturales que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo para el Contratante.

Reporte de Movimientos de Asegurados

Altas

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan sido dadas de alta dentro de los treinta días naturales siguientes, quedarán aseguradas en 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 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 asegurarlas, 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, contados a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha que se indique en el acta de matrimonio, siempre y cuando el Contratante lo notifique a la Compañía por escrito dentro de los 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 dentro de la póliza.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado Titular nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento, siempre y cuando el Contratante lo notifique a la Compañía por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

Las altas solicitadas por el Contratante se considerarán como vencidas al momento del alta del Asegurado, por lo que deberán pagarse en un lapso no mayor de diez naturales contados a partir del inicio de vigencia del Asegurado. En caso de pólizas autoadministradas aplicará la **cláusula Ajuste de prima**.

En caso de que las Altas en el inter de la vigencia representen más del 20% de la población asegurada al inicio de la vigencia de la póliza, deberán pagarse en un lapso no mayor de diez naturales contados a partir del inicio de vigencia de los Asegurados.

Bajas

En caso de bajas de uno o varios Asegurados, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los siguientes 5 días a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad, renovación o a la fecha de solicitud de baja.

De haber pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, la Compañía restituirá la parte de la prima neta pagada no devengada de dichos integrantes

calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de administración y de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado por el Contratante y/o Representante Legal, a la cual se le adicionará copia de la identificación oficial vigente, 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 los datos de su cuenta y 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 del Contrato de seguro, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía en un plazo de 30 días hábiles a partir de que se tuvo conocimiento del pago de lo indebido.

Cuando se realice la Baja de algún Asegurado 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 Titular 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.

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.

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 de la póliza, 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 prima, la cual será la suma de las cantidades correspondientes a todos los integrantes de la Colectividad Asegurada. Ésta se calculará de acuerdo con el procedimiento contenido en la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de vigencia del 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) Pago

El Contratante deberá pagar las primas pactadas al inicio del periodo de acuerdo con la periodicidad de pago seleccionada, debiendo efectuar dicho pago a través de los diferentes medios de pago especificados por la Compañía. Las primas podrán ser pagadas a través de los siguientes medios: pago en línea, transferencias electrónicas, depósitos en cuenta, pago referenciado y liga de pago. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o comprobante de depósito hará prueba plena de la realización de dicho pago.

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.

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.

La Compañía no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establece precedente ni obligación alguna para la Compañía.

d) Ajuste de Primas

Para pólizas autoadministradas, las altas de Asegurados, o aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante al término de la vigencia de la póliza la prima correspondiente conforme a las emisiones realizadas durante la vigencia de la póliza. Dicha prima deberá ser pagada por el Contratante dentro de los primeros diez días naturales posteriores al término de la vigencia de la póliza, salvo pacto en contrario.

En el caso de bajas, de haber pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, la Compañía restituirá la parte de la prima neta pagada no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos respectivos, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento. Dicha prima deberá ser pagada por la Compañía dentro de los primeros diez días naturales posteriores al término de la vigencia de la póliza.

e) Vencimiento

La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada periodo de seguro pactado, salvo la primera parcialidad la cual vencerá 30 días posteriores a su entrada en vigor. 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.

f) Contribución del Asegurado

Cuando así se indique en la solicitud y quede establecido en la Carátula de la póliza y/o el Certificado Individual correspondiente, los integrantes de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima en la proporción que se indique.

Periodo de gracia

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

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

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.

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 y/o Certificado Individual, aplicando las exclusiones correspondientes, siempre que la eventualidad prevista en el presente contrato ocurra dentro de la vigencia del mismo, y terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

- 1) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
- 2) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- 3) 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.

Renovación

La Compañía podrá renovar el Contrato de seguro, en las mismas condiciones en que fue contratado, 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.

Este Contrato de seguro se considerará renovado si dentro de los últimos cinco (5) días naturales de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.

En caso de que el plan contratado ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará con 30 días naturales de anticipación, cuáles son las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior.

En este caso la Compañía se obliga a:

- Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los 30 días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará para dicha renovación.
- Renovar otorgando una nueva póliza por un periodo de un año de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes.

Para llevar a cabo la renovación del Contrato de seguro, la Compañía no solicitará requisitos de asegurabilidad en perjuicio de los Asegurados.

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

Edad

Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la póliza, fecha de renovación, o en la fecha en que se integre a la colectividad en su caso.

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta el límite de 69 años cumplidos para venta nueva y para pólizas de renovación.

La Compañía podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: acta de nacimiento, pasaporte o credencial para votar vigente. La Compañía lo anotará en la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si se comprueba que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad del Asegurado al tiempo de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima pagada de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado, en este caso el Asegurado se considerará dado de baja. Dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se solicitará que el Contratante indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima en exceso que hubiese pagado respecto a la que le hubiera correspondido de acuerdo con la edad real del Asegurado. El nuevo monto de la Prima se fijará entonces de acuerdo con la edad real del Asegurado. Dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se solicitará que el Contratante indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello.

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).

Residencia

Para efecto de este contrato solamente estarán protegidos bajo este seguro, las

personas que vivan permanentemente dentro de 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 el Contratante no 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 en esta póliza 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. 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.

Reembolso

Se pagarán por reembolso los servicios otorgados al Asegurado en los que la propia Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato por acreditarse saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. En este caso, con previa recepción y evaluación, la Compañía reintegrará al Asegurado el monto que corresponda aplicando lo copagos descritos en las coberturas correspondientes.

En otro caso, se aplicarán los copagos descritos en la cobertura Atención fuera de Red.

El reembolso se realizará siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento que da origen a la reclamación de los gastos. En caso de que la póliza se encuentre en el periodo de gracia, se deducirá del reembolso la cantidad de prima pendiente por pagar.

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 se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente contrato, o bien por falta de aviso de baja de algún Asegurado de acuerdo con la **cláusula Bajas**.

Vigencia del seguro

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

Inicio: Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las 00:00 horas del día de la fecha inicial de vigencia estipulada en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

Fin: Respecto a cada Asegurado, cesarán los efectos de esta póliza, a partir de las 24:00 horas del último día del periodo de Seguro contratado y establecido en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

La temporalidad de la póliza contratada podrá ser menor a un año en caso de ser pactado previamente entre el Contratante y la Compañía.

Límite de cobertura

El presente contrato tiene cobertura limitada de acuerdo con lo estipulado en la Carátula de la póliza y/o Certificado Individual.

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 dicha Comisión. 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, núm. 3642, Piso 9 oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, 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; con domicilio en Av. Insurgentes Sur núm. 762, planta baja, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 CDMX, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

Prescripción

Todas las acciones que 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 Sinistro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados,

quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. En términos del Artículo 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 CONDUSEF, 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.

Subrogación

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

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

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, cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o Certificado Individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Moneda

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

Información sobre comisiones a intermediarios

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.

Interés moratorio

Una vez dictaminado procedente por la Compañía, el importe del reembolso de la reclamación, con base en los documentos e información recibida y que le haya permitido conocer el fundamento de la reclamación una que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo causa debidamente justificada, se obliga a pagar al Asegurado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que

garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1,000 a 15,000 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.

Cambio de Contratante

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgarlo a una Colectividad Asegurable y haya cambio de 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 contados a partir de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada.

Agravación del riesgo

El Contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio en el riesgo originalmente Asegurado, dentro de los primeros 30 días naturales en que tenga conocimiento de ello, derivado de la nueva ocupación o actividad de alguno de sus Asegurados.

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.

Arbitraje médico

En caso de que la Compañía notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá solicitar dirimir la controversia en un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes.

Si el reclamante acude a esta instancia, la Compañía acepta someterse a comparecer ante ese árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por las partes en el momento de acudir ante el árbitro, para lo cual deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

Cancelación

La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación por cualquiera de las partes, si una vez transcurridos 30 días naturales contados 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.

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

En caso de baja o cancelación voluntaria de la póliza por parte del Contratante, él mismo deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación contados a partir de la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o de renovación. La Compañía estará obligada a devolver la Prima Neta Pagada

correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición y administración.

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado por el Contratante, 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.”

Pago de indemnizaciones

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

Pagos improcedentes. Cualquier pago realizado por el Contratante indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía en un plazo no mayor a treinta días naturales a partir de que tuvo conocimiento del pago de lo indebido.

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

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica real o bien si tomó la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía o comunicarse vía telefónica al Centro de Atención Telefónica 55-9150-2948, en el curso de los primeros cinco días hábiles contados a partir de la atención recibida por 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: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

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

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

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

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un solo concepto (consulta médica de acuerdo al número de médicos y de su especialidad).

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado. El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, así como en su caso, el copago respectivo, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado de que se trate al momento en que se erogaron los gastos.

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

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

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes contados a partir de la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza.

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.

Entrega de información

Los certificados de todos y cada uno de los Asegurados, así como las condiciones generales de su póliza serán entregados por la Compañía o el intermediario al Contratante, quien a su vez se obliga a hacer llegar los citados documentos a cada Asegurado.

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 de parte del médico tratante.
- 3) Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
- 4) Seguridad personal durante el proceso de la atención.
- 5) Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atiende, y la persona responsable del equipo.
- 6) A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- 7) Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su

familia y a ser informado 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 dentro de la Red de Prestadores de Servicios y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

Obligaciones del Contratante

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

- 1) Informar a cada Asegurado, su calidad de integrante de la Colectividad Asegurada mediante esta póliza y entregar los certificados correspondientes que le expida la Compañía.
- 2) Informar por escrito a la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes contados a partir de que se verifiquen los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- 3) El Contratante se obliga a reportar por escrito a la Compañía los movimientos de altas de nuevos Asegurados, siempre y cuando cumplan con las características para formar parte de la colectividad de acuerdo con lo estipulado en la **definición Colectividad asegurable** del presente documento. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de algún evento médico, sólo cubra a los Asegurados que tenga registrados en la póliza de seguro.
- 4) Informar por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de 5 días hábiles inmediatos posteriores contados a partir de que ocurran, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio: www.segurosmediaccess.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 ésta contra aquéllos.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que

se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el

pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios

Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

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 domicilio 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 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 25.

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

Artículo 47.

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

Artículo 71.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.

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

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

Artículo 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.

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 siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

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

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

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

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

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

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

- V.** La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI.** La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

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

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

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

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

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

- VIII.** En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX.** La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X.** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

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

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

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la

autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

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

Reglamento del seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo Para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado 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 Aseguradora, 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 asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora 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.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la

proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima,

de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

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 03 de Noviembre de 2025 con el número CNSF-H0702-0072-2025/CONDUSEF-006969-02.