

Seguro Colectivo Integra Experiencia Propia

Condiciones Generales



ÍNDICE

1. Definiciones _____	5
2. Objeto del Seguro _____	15
3. Descripción de las Coberturas _____	15
4. Coberturas Opcionales con Costo _____	34
5. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera _____	34
6. Exclusiones y Gastos No Cubierto _____	35
7. Cláusulas Generales del Contrato _____	38
Anexo I - Cartilla Básica de Vacunación _____	62

1. Definiciones

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

Accidente

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

Agente de Seguros

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

Antigüedad

Tiempo ininterrumpido y en forma continua durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud emitida por esta u otra compañía de Seguros.

Asegurado

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

Asegurado (Titular)

Es la persona determinada por el Contratante que en adición a este puede solicitar modificaciones y/o ajustes al presente contrato y que podrá extender la cobertura del contrato de seguro a su cónyuge, concubino(a), hijos y hasta familiares de tercer grado, siempre y cuando cumplan con los requisitos de acep-

tación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Carátula de la Póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes involucradas.

Culpa grave

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de diligencia en el cumplimiento de las obligaciones. En ella, el asegurado omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

Certificado Individual

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

Cirugía Robótica

Procedimiento quirúrgico realizado a través de un brazo robótico con tecnología que facilita la interacción entre el cirujano y el paciente, incorporado a un ambiente virtual manejando una consola conectada a un sistema, controlando de manera remota los instrumentos que llevan a cabo el procedimiento quirúrgico.

Coberturas

Servicios médicos tendientes para prevenir enfermedades o restaurar la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato. Las partes han convenido



el alcance y límites de las coberturas contratadas estarán indicadas en la carátula de la póliza, certificados individuales correspondiente, endosos y condiciones generales.

Colectividad Asegurable

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

Se requiere un mínimo de 10 asegurados titulares.

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

Colectividad Asegurada

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

Compañía

Toda mención en este contrato de la Compañía hace referencia a Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V.

Complicaciones del embarazo

Son aquellas condiciones o procesos patológicos asociados con el embarazo. Los únicos eventos considerados complicaciones del embarazo en el presente contrato son los siguientes:

- **Embarazo extrauterino (ectópico):** Afección por la que un óvulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de Falopio. También se llama embarazo ectópico.
- **Parto prematuro.** El parto prematuro o de pretérmino, se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación con un peso igual o mayor de 500 gr, y que además respira y manifiesta signos de vida.
- **Preeclampsia.** Complicación del embarazo. Es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y niveles elevados de proteína en la orina de la madre, esto puede ocurrir por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio.
- **Toxemia gravídica (eclampsia).** Es la presencia de crisis convulsivas en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral. Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma, suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas y presencia de proteínas en orina.
- **Atonía uterina.** Es la ausencia de contracción del útero tras el parto que provoca hemorragia al no cerrarse los vasos sanguíneos del útero (vasos uterinos).
- **Sepsis puerperal.** infección del tracto genital que ocurre entre el periodo transcurrido entre la ruptura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto.
- **Placenta acreta.** Trastorno que se produce cuando las capas de la placenta se adhieren anormalmente al músculo uterino.



no impidiendo que se libere naturalmente en el parto.

- **Polihidramnios.** Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico alrededor del feto.
- **Oligohidramnios.** Alteración que se caracteriza por la disminución en la cantidad de líquido amniótico.
- **Mola hidatiforme (embarazo molar).** Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas y que es el resultado de un error genético durante el proceso de fertilización que conduce al crecimiento de tejido anormal dentro del útero.
- **Placenta previa.** La placenta se implanta cerca del cuello uterino (cérvix) o sobre él obstruyendo parcial o completamente el canal de parto.
- **Aborto Espontáneo.** Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente antes de la semana 20 del embarazo o menor de 500 gramos. Entre los tipos de aborto espontáneo se encuentran: Aborto en evolución, Aborto Incompleto, Aborto completo, Aborto diferido o huevo muerto y retenido.
- **Embarazo Anembriónico.** Es un óvulo que es fertilizado y que después de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional, pero sin desarrollarse el embrión en su interior.
- **Óbito fetal.** Es la muerte del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre a partir de las 20 semanas de gestación y hasta el momento del parto.
- **Diabetes gestacional:** Intolerancia a la

glucosa de severidad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo y puede o no resolverse después del embarazo.

Concubino(a)

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

Contratante

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

Copago

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la consulta médica, medicamentos, hospitalización, o estudios de diagnóstico, etc. Esta participación es una cantidad que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El copago es elegido por el contratante al momento de la contratación del seguro y el copago para las coberturas se encontrará estipulado en la carátula de la póliza, endosos y/o certificado individual.

Credencial

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

Dependientes Económicos

Se definen como aquellas personas que estarán cubiertas en la misma póliza del Asegurado Titular y que no perciban remu-



neración por trabajo personal, entendiéndose estas por:

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

*Los padres del asegurado Titular.

Deporte extremo

Aquél deporte o actividad deportiva de ocio o profesional que exponen al límite las capacidades físicas, mentales y/o atléticas de quien los practica, y entre los cuales se encuentran, de manera enunciativa más no limitativa: ala delta y similares, exploración de barrancos, bungee o caída libre, carreras de supervivencia, ciclismo de montaña, descenso en ríos o rafting hydrospeed, escalada integral, paracaidismo, salto base, ski extremo, snowboard extremo, submarinismo a pulmón libre, triatlón extremo, u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

Deporte profesional

Deporte o actividad deportiva que genera una remuneración económica.

Diagnóstico

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas que realiza un médico profesional legalmente autorizado, pudiendo apoyarse de procedimientos de creación de imágenes y resultados de estudios de laboratorio.

Endoprótesis

Pieza metálica o cualquier otro material que se inserta en el interior del organismo y que está destinada a reemplazar de forma permanente un hueso y/o matriz ósea, articulación o cualquier otra parte del organismo,

para mejorar y/o restablecer la función del órgano afectado.

Endoso

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

Enfermedad o Padecimiento Cubierto

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

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como de su tratamiento médico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o secuelas se considerarán como una misma enfermedad.

No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Error de diagnóstico

Se entiende por error de diagnóstico el 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.



Evento

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

Exclusiones

Son los eventos, enfermedades, padecimientos o accidentes no cubiertos por el presente contrato.

Extraprima

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

Fisioterapia

Método curativo de algunas enfermedades y lesiones físicas mediante la aplicación de terapias a base de ejercicios, ultrasonido, corrientes interferenciales, láser terapia, mecánoterapia, terapia con calor y gimnasio.

Gasto usual y acostumbrado (GUA)

Para los efectos de la cobertura de este contrato, se entiende como tal, los honorarios que usualmente cobra el médico tratante, hospital o cualquier otro recurso médico de la Red de Prestadores de Servicios con base en los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos.

Los tabuladores mencionados anteriormente los podrás consultar comunicándote a través de nuestro Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2954 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0341 (lada sin costo).

Honorarios médicos

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

Hospital o sanatorio

Institución legalmente autorizada para la

atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos y/o accidentados y que cuenta con la autorización por parte de la autoridad sanitaria correspondiente.

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. Dicha estancia inicia a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el médico tratante, o con la carta responsiva que firme él asegurado o los familiares que, en tal caso, serán los responsables del asegurado una vez egresado del hospital, concluyéndose así la responsabilidad de la Compañía para ese evento hospitalario.

Indemnización

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

Inhaloterapia

Sesiones de aspiración de aire o vapor, especialmente con medicamentos que apoya a las diversas especialidades médicas para el tratamiento de padecimientos que afecten directa o indirectamente la función del aparato respiratorio.

Lugar de Residencia

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

Madre biológica

Mujer capaz de dar origen a un ser vivo a través de la gestación de un óvulo fecundado en su útero.

En caso de maternidad subrogada, se considera como una madre biológica a la mujer



que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la mujer gestante.

Maternidad subrogada

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer gestante, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo, independientemente de la causa de su terminación.

Medicamentos

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

Medicamentos de alto costo

Son los medicamentos mencionados en la definición anterior que sean necesarios para la atención de cualquier padecimiento cubierto por esta póliza, cuyo costo por tratamiento y por vigencia exceda el millón de pesos para un asegurado. Este tipo de medicamentos se cubrirán una sola vez por vigencia.

Medicamento genérico

Se le conoce a la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante las pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacopéicas, perfiles

de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento de referencia.

Médico

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 general o médico especialista, en este caso deberá tener el certificado por el consejo de la especialidad correspondiente en la República Mexicana.

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

Médico de primer contacto

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

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

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

Mujer gestante

En caso de maternidad subrogada, se considera como mujer gestante a aquella mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a



cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo, independientemente de la causa de su terminación.

Órtesis

Es aquel dispositivo ortopédico destinado para corregir, aliviar, sustituir y/o complementar una función, un órgano o un tejido del cuerpo humano. Como, por ejemplo: bastones, muletas, férulas de fibra de vidrio, collarines, sillas de ruedas no motorizadas, andaderas, entre otros.

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

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

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

Pago directo

Beneficio mediante el cual La Compañía coordina y paga directamente al prestador de servicios, perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios y con el cual se ha celebrado un convenio, por el concepto de la atención médica a los Asegurados que presenten Enfermedades o Accidentes cubiertos por el presente contrato.



Periodo al descubierto

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

Periodo de gracia

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

Periodo de espera

Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de la cobertura de la póliza para cada uno de los asegurados de esta, con la finalidad de que los padecimientos mencionados explícitamente en el apartado Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera puedan ser cubierto por la compañía siempre y cuando la aparición de los primeros síntomas, manifestaciones y/o el diagnóstico no se presenten dentro de dicho periodo.

De lo contrario se considerarán como padecimientos preexistentes de acuerdo con la definición de estos, misma que se encuentra en el apartado de definiciones.

Personal de enfermería

Personas que ejercen la enfermería con título y legalmente autorizadas para la práctica de su profesión.

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 vence en el momento de la celebración del contrato. Se entenderán recibidas por la Compañía las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

Prótesis

Son aquellos aparatos, implantes o tejidos utilizados para reemplazar, de forma parcial o total la función de un órgano o esqueleto.

Reclamación

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

Red de Prestadores de Servicios.

Es el conjunto de proveedores de servicios médicos especializados, hospitales, laboratorios, farmacias y casas de ortopedia, entre otros que ponen a su disposición para que el asegurado pueda elegir el que mejor le convenga, a fin de obtener los servicios, con el objetivo de atender las necesidades de salud de los Asegurados, de acuerdo al plan contratado y que se indica en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, también se podrá revisar en la página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado "Conozca nuestra red de proveedores".

La Compañía se reserva el derecho de ac-



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

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

Adicionalmente los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo) o si lo prefieren revisar dentro de la página www.segurosmediaccess.com.mx los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, ya que ésta será actualizada continuamente.

Reembolso

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

Registro de Asegurados

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Ramo y plan del seguro, nombre completo, 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 Asegu-

rado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

Reproducción asistida

Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la maternidad subrogada.

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 anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Solicitud

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

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

Suma asegurada

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



La suma asegurada es elegida por el contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y/o el certificado individual. Para cada evento procedente de cualquier padecimiento o accidente cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por todas las enfermedades o accidentes nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

La suma asegurada podrá ser contratada a nivel cobertura e independiente para cada una de estas. La suma asegurada general será la adición de cada una de las sumas aseguradas aplicable para cada cobertura.

Suplemento

Suplemento es el listado de hospitales, farmacias, laboratorios y demás red de prestadores de servicios de la Red Médica, de las que puede elegir el asegurado para sus servicios. Dicho listado se puede conocer de las siguientes maneras: ingresando a la siguiente página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”; comunicándose al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo) o lo podrás encontrar como un anexo en el Folleto Explicativo que te entreguen.

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.

Las actividades de atención médica son las siguientes:

a) Preventivas: son aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica a la salud.

b) Curativas: son aquellas que, derivadas de un diagnóstico, proporcionan un tratamiento oportuno ante una enfermedad.

c) De rehabilitación: son aquellas acciones tendientes a lograr el restablecimiento de las funciones de algún órgano o parte del cuerpo.

Urgencia médica real

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

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

Urgencia médica sentida

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

Vigencia

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

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



2. Objeto del seguro

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

Coberturas Básicas

Consulta de Primer Contacto

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

Primer contacto incluye:

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

Alcance de la cobertura:

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

- El Asegurado podrá elegir al médico con

quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, de acuerdo a los servicios que requiera.

- Honorarios por consulta y procedimientos dentro de consultorio, cubriendo por cada evento el copago indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.
- Los medicamentos de acuerdo y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos y realizados durante la consulta, deberán cubrirse con el copago correspondiente indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual cuando estas coberturas se encuentren contratadas.

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

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

- Si durante la consulta, se llevara a cabo algún estudio como apoyo de diagnóstico, se deberá pagar el copago correspondiente a la cobertura de Apoyos de Diagnóstico, siempre y cuando esta cobertura se encuentre contratada. En caso de no tener contratada esta cobertura, el costo total correrá por cuenta del asegurado.
- Los procedimientos que el médico de la Red de Prestadores de Servicios realice dentro del consultorio como aplicación de vendaje, toma de muestras, aplicación de vacunas, estarán incluidas dentro del co-



pago de consultas.

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

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura Atención fuera de Red.

Consulta de Especialidad (Segundo Contacto)

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

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

Alcance de la cobertura:

- El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía acorde a la especialidad que le fuera remitido.
- Honorarios médicos por consulta y procedimientos dentro de consultorio, cubriendo por cada evento el copago indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.

- Quedan cubiertos los medicamentos de acuerdo con el cuadro básico contratado y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos y realizados durante la consulta, deberán cubrirse con el copago correspondiente indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, siempre que sean derivados de la consulta y se hayan contratado dichas coberturas.
- En caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos y/o apoyos de diagnóstico, el costo total correrá por cuenta del asegurado.
- Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio; el copago se aplicará para cada servicio o atención médica.
- Los procedimientos que el médico de la Red de Prestadores de Servicios realice dentro del consultorio como aplicación de vendaje, toma de muestras, aplicación de vacunas, estarán incluidas dentro del copago de consultas.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

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

Servicios de Terapia

La Compañía cubre las inhaloterapias, terapias físicas y/o fisioterapias cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o



enfermedad cubiertos así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante. Solo se cubren hasta 30 sesiones de terapia de rehabilitación durante un año póliza. Este periodo se podrá extender por 30 sesiones más, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado, y sea autorizado y programado por la Compañía.

Exclusión particular de la cobertura:

No se cubren terapias de delfinoterapia, equinoterapia y/o natación.

Orientación Médica Telefónica

Es la orientación médica brindada telefónicamente al asegurado por médicos, capacitados para determinar la opción más conveniente para la atención de la urgencia.

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

Orientación Médica Remota

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 con un médico a través de alguno de los siguientes canales de comunicación:

- Página Web
- Aplicación / APP

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

El médico tratante podrá recetar los medicamentos para el tratamiento, de acuerdo con diagnóstico efectuado y en caso de ser necesario, podrá referir al asegurado a servicios auxiliares de diagnóstico o referenciarlo a servicios de segundo 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 contacto se podrá conocer el listado de médicos que brindarán los servicios.

El presente beneficio no limita el derecho del asegurado y/o beneficiario 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.

Exclusiones de la cobertura:

- 1. Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades, padecimientos y/o accidentes que requieran atención por un médico con una especialidad diferente a la de Medicina General, así como de otra especialidad que no esté incorpo-**



rada como cubierta en la descripción de la cobertura.

2. **Prescripción de medicamentos controlados, es decir, medicamentos que solo pueden adquirirse con receta con firma autógrafa del médico tratante o un permiso especial otorgado por la Secretaría de Salud, así como aquellos otros que, aún no siendo controlados, requieran de receta con firma autógrafa del médico tratante, tales como los antibióticos.**
3. **Y las demás exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales.**

Apoyos de Diagnóstico

Son los estudios de laboratorio y/o gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos. Para cada estudio en esta cobertura se cubrirá el copago indicado en la carátula de la póliza.

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.
- Los estudios especializados que se mencionan de manera enunciativa mas no limitativa, tales como; tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, procedimientos endoscópicos, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría del ojo, requieren autorización de la Compañía.
- Los estudios especializados deberán ser prescritos por el médico tratante mediante el formato correspondiente.

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

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura Atención fuera de Red.

Exclusiones particulares de la cobertura:

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

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

Odontología

A continuación, se describen los beneficios amparados por esta Cobertura, los cuales estarán cubiertos únicamente a través del proveedor de servicios contratado por la Compañía, por lo que no estará cubierto ningún gasto que no se haya ofrecido a través de dicho proveedor, salvo en los casos que se especifican en el tercer párrafo de la cláusula **Pago de indemnizaciones** contenida en las Condiciones Generales de este producto.

Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V. es la única responsable frente a los asegurados, contratantes y/o beneficiarios de los beneficios amparados por la presente cobertura.



Apartado	Limitaciones	Plan 1	Plan 2
		Copago a cargo del asegurado	Copago a cargo del asegurado
Urgencias Nacionales	Solo por urgencia	0%	20%
Evaluación Oral - paciente nuevo o establecido	Una en doce meses. Solo en la primera consulta con el odontólogo		
Limpieza dental en adulto y niño (hasta 13 años de edad)	Una en doce meses		
Radiografía intraoral - periapical de diagnóstico	Hasta cuatro en 12 meses, cualquier combinación de éstas		
Radiografía aleta de mordida de diagnóstico			
Aplicación Tópica de Flúor (hasta 13 años)	Una en seis meses		
Selladores	Por cada diente uno cada tres años. En los primeros molares hasta los diez años de edad; en los segundos molares hasta los quince años de edad.		
Evaluación Periodontal Completa- paciente nuevo o establecida	Una en doce meses		
Restauraciones con amalgamas y resinas	Por cada diente o superficie, una en tres años. No se cubre el cambio por motivos estéticos		
Restauración con resina fluida en dientes permanentes (hasta 16 años)			
Extracciones simples	Extracción de restos coronales en dientes primarios o de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con forceps)		

El alcance de esta cobertura es el siguiente:

Para cada atención en esta cobertura se debe cubrir el copago contratado indicado en este apartado.

A continuación, se detalla para cada apartado el alcance del mismo.



Beneficios del Apartado Urgencias Nacionales:

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
Curaciones sedantes temporales u Obturación Provisional	Solo por Urgencias
Extracción de restos coronales (dientes primarios) *	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Rx. Aleta de mordida -- una placa	Solo por Urgencias
Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps) *	Solo por Urgencias
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente Dental o desplazamiento	Solo por Urgencias
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral (realizado en el consultorio Dental sin complicaciones quirúrgicas complejas)	Solo por Urgencias
Pulpotomía terapéutica-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis Fijas)	Solo por Urgencias
Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas)	Solo por Urgencias
Escisión de encía pericoronar	Solo por Urgencias
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Solo por Urgencias



Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Tratamiento paliativo del dolor Dental – por alveolitis o por Procedimiento menor – incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Solo por Urgencias
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Solo por Urgencias
Corona provisional directa en acrílico auto-polimerizable - diente anterior	Solo por Urgencias
Reducción de luxación de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez)	Solo por Urgencias

* También conocida como exodoncia no quirúrgica

Tratamientos o Procedimientos Dentales de Diagnóstico y Prevención Cubiertos (Evaluación Oral, Rayos X, Limpiezas, Aplicación de Flúor y Selladores).

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses. Sólo en la primera consulta con el odontólogo
Evaluación periodontal completa -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral – periapical, de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses, cualquier combinación de estas,
Intraoral - aleta de mordida de Diagnóstico	
Profilaxis (limpieza) en adulto	Una en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Una en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años**	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Sellador -- por diente	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; Primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años



Tratamientos o Procedimientos Dentales Restaurativos Básicos Cubiertos (Extracciones simples y otros Procedimientos menores).

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa

De acuerdo con los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

Procedimientos Quirúrgicos Menores Cubiertos (Extracciones Simples y Otros Procedimientos Menores).

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción, restos coronales -- dientes primarios	Cubierto
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	Cubierto

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. Se excluye cualquier gasto erogado para esta cobertura que se haya otorgado con un proveedor de servicios diferente al contratado por la Compañía.
2. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.
3. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales (según plan contratado) y los ajustes oclusales.
4. Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.
5. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red del proveedor de servicios durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
6. Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.
7. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.
8. Gastos por radiografías de diagnóstico que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.
9. Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos ex-



- tra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
10. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.
 11. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.
 12. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.
 13. Para la Cobertura de Implantes, los gastos a consecuencia de tomografías, modelos de estudio, materiales, métodos o técnicas para diagnóstico, aparatos de ayuda para la colocación de implantes.
 14. Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.
 15. Tratamientos o Procedimientos con Inlay (incrustaciones).
 16. Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
 17. Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
 18. En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, no se cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.
 19. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.
 20. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.



21. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.
22. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.
23. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica, salvo que se contrate la Cobertura opcional de ortodoncia por lo que aplicarán las exclusiones establecidas en dicho apartado.
24. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.
25. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.
26. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.
27. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.
28. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
29. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:
- (I) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - (II) Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación.
- Medicamentos**
- Durante la vigencia de la póliza, los asegurados que cuenten con esta cobertura gozarán de la protección de ésta, de conformidad con lo siguiente:
- Quedan cubiertos los medicamentos hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.
 - Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, dentro de los diez días naturales posteriores de su expedición.



- El asegurado, cubrirá el copago establecido en la carátula de la póliza y presentando el formato correspondiente.

Exclusión particular de la cobertura:

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

Se cubren los tratamientos con medicamentos considerados de alto costo hasta el límite estipulado en la definición correspondiente.

Ambulancia Terrestre (Con o Sin Unidad de Terapia Intensiva)

Se cubre el traslado terrestre (por urgencia médica real o programado) del asegurado, del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el hospital, centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, hasta una distancia de 100 Km a la redonda. Este servicio deberá ser coordinado y autorizado por la Compañía. La unidad de terapia intensiva será enviada por el médico especialista en urgencias al serle reportados los síntomas presentados por el Asegurado.

Para esta cobertura no opera límite en el número de eventos, siempre y cuando se deriven de alguna enfermedad o accidente cubierto.

Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la carátula de la póliza.

Exclusión particular de la cobertura:

No se cubre el traslado de pacientes que se encuentran en condiciones de psiquiá-

trico-agresivas, ebrios, drogados o bajo el efecto de alguna sustancia psicoactivas que altere o enajene el estado mental del asegurado.

Prótesis, Endoprótesis, Osteosíntesis y Órtesis

En caso de accidentes y/o enfermedades cubiertas por la presente póliza, se otorgan endoprótesis, aparatos de prótesis, osteosíntesis y órtesis con previa valoración del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y de la Compañía de acuerdo con los tipos, modelos y marcas establecidos por esta última.

En caso de requerirse mallas, injertos, prótesis, endoprótesis, osteosíntesis y órtesis, aplicará el copago estipulado para esta cobertura.

En cada evento se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual y de conformidad a las definiciones del presente contrato.

Sillas de ruedas, andaderas y camas se otorgan únicamente en préstamo al Asegurado desde el comienzo del padecimiento y/o enfermedad por un plazo máximo de 52 semanas. Si el médico tratante lo prescribe, el plazo podrá ampliarse por otras 52 semanas máximo, independientemente de la renovación de la póliza y siempre que ésta se encuentre vigente.

Alcance de la cobertura:

- Las endoprótesis, aparatos de prótesis, osteosíntesis y órtesis se otorgan cuando las limitaciones físico-orgánicas impidan al asegurado desarrollar adecuadamente sus funciones y no cuando sean requeridos con fines estéticos o cosméticos.



Exclusiones particulares de la cobertura:

- No se cubren aparatos de endoprótesis, aparatos de prótesis y órtesis para padecimientos preexistentes, únicamente para padecimientos iniciados después del inicio de vigencia de la póliza.
- Reposición de prótesis o endoprótesis y órtesis existentes a la fecha de contratación de la presente póliza, o cuya primera colocación no haya sido cubierta por la Compañía.
- Prótesis o endoprótesis que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados.
- Prótesis o endoprótesis no funcionales.
- No se cubren sillas de ruedas motorizadas, únicamente manuales.
- No se cubren plantillas médicas, zapatos ni alerones.
- No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos. Estos corren por cuenta del asegurado.
- No se cubre la prótesis dental, a menos que sea requerida a causa de un accidente.
- No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos. Estos corren por cuenta del asegurado.

Servicios de Enfermería

Se otorgan los servicios de enfermería (especialistas, generales o auxiliares) prescrita por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y autorización de la Compañía.

En cada turno se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual y de conformidad a las definiciones del presente contrato.

Alcance de la cobertura:

- Esta cobertura se proporciona hasta por 30 días naturales con un máximo de 3 turnos por día por año póliza. Si el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios lo prescribe, la Compañía pondrá a consideración la ampliación del plazo. Lo anterior, siempre que la póliza se encuentre vigente.

Exclusiones particulares de la cobertura:

No se otorgará el servicio a pacientes que se encuentran en condiciones psiquiátricas- agresivas, bajo el influjo de alcohol y/o drogas.

No se cubren los honorarios de personal de enfermería que no hayan sido autorizados y programados por la Compañía.

Suministro de Oxígeno

Esta cobertura será proporcionada al asegurado cuando sea prescrito por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y previa autorización de la Compañía. La atención necesaria será proporcionada dentro de la Red de Prestadores de Servicios.

Alcance de la cobertura:

- Se cubre por un plazo máximo de 24 semanas desde el inicio del padecimiento. En caso de ser prescrito por el médico tratante al requerirse un plazo mayor y previa autorización de la Compañía, se podrá ampliar el plazo otras 24 semanas



como máximo y siempre que la póliza se encuentre vigente.

Emergencia en el Extranjero

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

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como:

- Enfermedad repentina y Aguda, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.
- Viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 30 días.

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

Alcance de la cobertura:

- En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una urgencia, deberá solicitar la autorización telefónicamente para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.
- Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al Centro de Atención Telefónica dentro de las 24 horas de producido el evento a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica real, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.
- No habrá reembolso por esta cobertura, solo aplica el pago directo.
- Los gastos por concepto de cuarto y alimento del hospital o sanatorio se limitarán al costo correspondiente a una habitación estándar.
- La Suma Asegurada y copago que corresponde a la presente cobertura se encuentran en la carátula de la póliza y son independientes de la contratada en la protección básica y serán efectivas durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **Reembolsos de gastos que el asegurado haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.**
- **Traslados que sean necesarios a con-**



secuencia de una condición médica que no sea urgencia médica real.

- Todo gasto erogado por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo, cuando se tenga más de 5 meses de gestación.
- Todo gasto erogado por trastornos mentales y/o intentos de suicidio.
- Viajes realizados específicamente para recibir tratamiento médico.
- 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 policíaco; o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones; o a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, y epidemias declaradas oficialmente en el extranjero.
- Incidentes que involucren el uso de drogas, a no ser que sean recetadas por un médico.
- Situaciones en las que el asegurado se encuentre bajo circunstancias que impidan acceder a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia.
- Emergencias que se presenten después de 30 días de iniciado el viaje.
- Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexi-

cana y su atención se lleven a cabo en el extranjero.

- Servicios de enfermería fuera del hospital.
- Tratamientos de rehabilitación Padecimientos preexistentes.
- Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia médica real.

Hospitalización

El asegurado cuenta con servicio de hospital para corta y larga estancia, así como para la atención de urgencias médicas reales por accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Todas las hospitalizaciones deberán ser programadas y previamente autorizadas por la Compañía, a excepción de las remitidas por urgencias médicas reales. Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza de acuerdo con el plan contratado y al hospital en el que se reciba la atención.

Alcance de la cobertura:

- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del médico tratante, relacionadas con el padecimiento que motivó el ingreso.
- Servicios y honorarios correspondientes a médicos, ayudantía y anestesia que a juicio del médico tratante sean requeridos.
- Gastos generados durante la hospitalización.
- Derecho a quirófano, sala de terapia y de recuperación.



- Aquellos estudios que no sean considerados urgentes se puedan programar. (Endoscopias, ecocardiogramas, etc.) Medicamentos que se requieran mientras el asegurado se encuentre hospitalizado.
- Estancia en cuarto privado estándar.
- Alimentos del asegurado durante la estancia.
- Otros apoyos que indique el médico tratante siempre y cuando guarden relación con el diagnóstico.
- Gastos quirúrgicos por la colocación de las Prótesis quirúrgicas y/o endoprótesis.
- Las Prótesis o Endoprótesis, estarán cubiertas siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura de Prótesis o Endoprótesis correspondiente; en caso contrario el costo queda a cargo del asegurado.
- Gastos quirúrgicos por la colocación del material de osteosíntesis.
- El material de osteosíntesis está cubierto siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura de Prótesis, endoprótesis y osteosíntesis correspondiente; en caso contrario el costo queda a cargo del asegurado.
- Quimioterapia, radioterapia y/o hemodiálisis: para recibir estos tratamientos se debe cubrir un copago independiente al de hospitalización, esta cobertura queda cubierta bajo los términos y condiciones de la cobertura de medicamentos.
- Hospitalizaciones derivadas de complicaciones del embarazo, de conformidad con las definiciones del presente contrato, y/o del recién nacido asegurado en la póliza.
- Los efectos de esta cobertura cesan al expedirse el alta hospitalaria por el médico tratante o bien al contar con una alta voluntaria por parte del asegurado.
- Cualquier consulta y/o tratamiento posterior a lo anteriormente mencionado, no formará parte de este beneficio y el Asegurado deberá ser atendido por médicos de la Red de Prestadores de Servicios.
- Las complicaciones del embarazo distintas a las definidas en las Condiciones Generales se cubrirán de acuerdo con las condiciones de la cobertura de Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano, siempre y cuando no se encuentren excluidas.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **No serán cubiertos los estudios de laboratorio y gabinete no relacionados con el padecimiento cubierto.**
- **No será cubierta la atención por médicos especialistas que no tengan relación directa con el diagnóstico cubierto.**
- **En ninguna circunstancia, serán cubiertos protocolos de estudio de pacientes ingresados como urgencia.**
- **Cuando las condiciones Clínicas del paciente requieran transfusión de sangre y/o alguno de sus derivados, será necesario que el asegurado presente a los donadores solicitados. En caso de no contar con ellos, el gasto que el hospital cobre por ese concepto tendrá que ser pagado por el asegurado.**



- **No quedan cubiertas las cirugías robóticas.**

Urgencia médica real

Los servicios correspondientes a la atención en caso de urgencia médica real deberán ser otorgados dentro de la Red de Prestadores de Servicios con cualquiera de los prestadores de servicios que correspondan, dependiendo de la naturaleza de la urgencia y en caso de acudir a un hospital deberán ser atendidos por los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos con los hospitales integrantes de la Red de Prestadores de Servicios, de conformidad con las definiciones del presente contrato. Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza y/o certificado individual.

Alcance de la cobertura:

- Honorarios médicos y gastos generados por la atención de la urgencia médica real.
- En caso de que se requiera órtesis, prótesis y/o endoprótesis, éstas se cubrirán siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura de órtesis, prótesis y/o endoprótesis correspondiente; en caso contrario el costo queda a cargo del asegurado.
- La urgencia médica real y los efectos de esta cobertura se terminan cuando se estabiliza y se controla la condición patológica del asegurado al expedirse el alta del servicio de urgencia por el médico tratante, o bien, al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado.
- En caso de que la urgencia médica real derive en una hospitalización se aplicarán las condiciones de la cobertura de Hospitalización.
- Cualquier consulta y/o tratamiento posterior al expedirse el alta del servicio de urgencia, deberá ser atendido por médicos de la Red de Prestadores de Servicios.
- Si se presenta una urgencia médica real relacionada con el embarazo, de conformidad con las definiciones del presente contrato y/o recién nacido asegurado en la póliza, se aplicará el copago de la cobertura de urgencias. En caso de que el diagnóstico no corresponda a las complicaciones del embarazo enunciadas en la definición correspondiente, se aplicará la cobertura de Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano.
- En todos los casos en que la atención por este concepto se brinde con algún prestador fuera de la Red de Prestadores de Servicios, el pago de los gastos erogados por esta cobertura quedará a cargo del Asegurado. Previa valoración por parte de la Compañía del informe médico que compruebe la urgencia médica real, le será reembolsado el monto procede con un tope máximo de los montos límites por servicio de la cobertura de urgencia médica real especificados en la carátula de la póliza, descontando el copago de la cobertura de que se trate, de acuerdo con lo establecido en la cobertura Atención fuera de red.
- En caso de que no se trate de una urgencia médica real, el copago será el correspondiente a cada uno de los rubros de la factura; ya sea consulta, medicamentos o auxiliares de diagnóstico; aún y cuando la atención se realice en el área de urgencias de un hospital.



Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano

Mediante esta cobertura se proporcionará la atención del parto y/o cesárea, complicaciones del embarazo y atención de recién nacido sano hasta por el límite de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Por cada evento hospitalario se debe cubrir el copago correspondiente estipulado en la carátula de la póliza.

Por otra parte, la cobertura de Parto y atención al recién nacido sano tiene una suma asegurada limitada exclusivamente para lo señalado en el párrafo anterior, sin incluir los servicios otorgados durante el embarazo, los cuales estarán cubiertos de acuerdo con las coberturas respectivas (consultas, laboratorios, etc.).

Alcance de la Cobertura para la atención del parto:

- Honorarios y servicios médicos obstétricos.
- Gastos generados por la asegurada durante su hospitalización.
- Derecho al quirófano, sala de terapia, de expulsión y de recuperación.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Medicamentos.
- Estancia en cuarto estándar.
- Alimentos de la asegurada durante su estancia.
- Otros apoyos necesarios a juicio del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios.

Atención al recién nacido sano: El monto por este concepto está incluido en la suma asegurada de la cobertura de Parto, Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano a término y cubre los siguientes gastos hasta por 72 horas posteriores al nacimiento.

- a) Honorarios médicos del pediatra correspondientes a la recepción del recién nacido sano y las visitas hospitalarias dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento.
- b) Tamiz neonatal básico.
- c) Aplicación de vitamina K.
- d) Aplicación de gotas oftálmicas al momento del nacimiento.
- e) Baño y aspirado requeridos para la recepción del recién nacido.
- f) Circuncisión (sólo por indicación médica y con diagnóstico de fimosis y parafimosis).
- g) Servicio de cunero.

Para tener derecho a esta cobertura la asegurada debe contar con al menos diez meses de cobertura continua en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. al momento del evento.

Para esta cobertura, no opera el reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

Exclusiones particulares de la cobertura:

No se cubren los gastos, cuando el embarazo sea derivado de un tratamiento de fertilidad, esterilidad y/o maternidad subrogada, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la



atención médica del recién nacido de dicho embarazo.

No se cubre parto prematuro provocado por tabaquismo, alcoholismo, cualquier tipo de toxicomanías y/o farmacodependencias.

Quedan excluidos los gastos del recién nacido que no se encuentren específicamente definidos en esta cobertura.

Quedan excluidas las interrupciones voluntarias del embarazo, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean sus causas.

Cámara Hiperbárica

En caso de presentarse los accidentes y/o las siguientes enfermedades: Actinomicosis, Embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartimental, úlceras de meleney y úlceras agudas por insuficiencia arterial; previa valoración del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y autorización de la Compañía. El servicio será otorgado por un proveedor de la Red de Prestadores de Servicios.

Alcance de la cobertura:

- Se proporcionará un máximo de 10 sesiones de cámara hiperbárica con el copago establecido en la carátula de la póliza.

Exclusión particular de la cobertura:

No se cubre Cámara hiperbárica con fines estéticos.

Esquema de Vacunación

Se cubre de acuerdo con el **Anexo I “Cartilla básica de vacunación”**, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios.

Las vacunas antialérgicas son consideradas medicamentos, por lo que para éstas deberá pagarse el copago de medicamentos, en caso de tener contratada la cobertura; en caso contrario, el costo correrá por cuenta del asegurado.

Exclusiones particulares de la cobertura:

No se cubren vacunas que no estén consideradas en el Anexo I de acuerdo con la edad y sexo del asegurado correspondiente.

Tampoco se cubren las vacunas antialérgicas en caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos.

Atención Fuera de Red

Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 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, excepto para los gastos médicos derivados de honorarios médicos y/o quirúrgicos.

Urgencia fuera de Red: 25% adicional a la cantidad resultante.



Atención fuera de Red: 50% adicional a la cantidad resultante.

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

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de este contrato. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

4. Coberturas Opcionales con Costo

En caso de ser descritas como contratadas en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual, se cubrirá lo siguiente:

Apoyo para la compra de leche (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Se cubrirán los gastos correspondientes a la compra de sustitutos de leche materna prescritos por el médico tratante durante los primeros seis meses de vida del recién nacido o hasta que el gasto erogado alcance como máximo la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, lo que suceda primero.

Alcance de la cobertura:

Solamente se cubren los sustitutos de leche de acuerdo con los tipos y marcas prescritos

por el médico tratante.

Apoyo para la compra de lentes (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

La Compañía pagará al asegurado los gastos correspondientes a cristales o micas, sencillas, blandas, monofocales y bifocales una vez al año siempre y cuando sean prescritos por el Oftalmólogo tratante o por periodos menores en caso de que el Oftalmólogo tratante indique que es necesario el cambio de graduación. El límite máximo de esta cobertura se encuentra especificado en la carátula de la póliza y/o certificado individual. Los lentes de contacto o lentes intraoculares sólo quedarán cubiertos si son prescritos por el Oftalmólogo tratante y a consecuencia de queratocono, afaquia, astigmatismo irregular, estrabismo paralítico y catarata, previa valoración de la Compañía.

5. Padecimientos y/o enfermedades con periodo de espera.

Periodo de espera de 1 año

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de los siguientes padecimientos, siempre y cuando el asegurado cumpla con al menos 1 año de contratación ininterrumpida de su plan:

- Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- Litiasis renal y en vías urinarias.
- Tumorações mamarias benignas y/o malignas.
- Varices e insuficiencia venosa de miembros inferiores.
- Padecimientos ginecológicos no infeccio-



sos.

- Insuficiencia de piso perineal.
- Planificación familiar definitiva.
- Hallux valgus (Juanetes).
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades ácido-pépticas.

Periodo de espera de 2 años

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de los siguientes padecimientos, siempre y cuando el asegurado cumpla con al menos 2 años de contratación ininterrumpida de su plan:

- Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y protusión discal cuando sea en columna vertebral.
- Padecimientos anorrectales.
- Nariz y senos paranasales.
- Amigdalectomía y Adenoidectomía. Padecimientos de columna vertebral.
- Padecimientos prostáticos.
- Padecimientos de rodilla.
- Padecimientos de mano.
- Cataratas.
- Circuncisión y sus complicaciones para asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o para asegurados nacidos antes de que su madre cumpliera 10 meses de antigüedad continua con su póliza, o desde su última rehabilitación.
- Padecimientos del hombro.
- Padecimientos de cadera.

En el caso de accidentes, únicamente para los padecimientos de Rodilla, Hombro, Cadera y Columna vertebral; no aplica el periodo de espera.

Periodo de espera de 4 años

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Se cubrirán los gastos generados por trata-

mientos médicos o quirúrgicos derivados de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Asegurado, siempre y cuando el Asegurado cuente con al menos cuatro años de contratación ininterrumpida en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.

Exclusión particular de la cobertura:

La cobertura aplica siempre y cuando el Virus de Inmunodeficiencia Humana no haya sido detectado antes o durante ese período de cuatro años. Tampoco se otorgará el servicio de diagnóstico para detectar la presencia del VIH en el Asegurado en ningún momento.

6. 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:

- **6.1. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro así como sus complicaciones, excepto los indicados en el endoso de preexistencia declarada.**
- **6.2. Servicios originados por hechos ocultos o mal informados.**
- **6.3. Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante.**
- **6.4. No se cubren enfermedades y/o padecimientos congénitos de cualquier tipo de menores de 5 años de**



edad cuya madre no haya estado asegurada al menos 10 meses ininterrumpidos a la fecha de nacimiento parto y/o nacimiento del menor en cuestión.

- 6.5. No se cubren enfermedades y/o padecimientos congénitos de cualquier tipo de los asegurados mayores de 5 años de edad, cuya madre no haya estado asegurada al menos 10 meses ininterrumpidos a la fecha de parto y/o nacimiento del asegurado en cuestión y cuyos signos o síntomas hayan sido aparentes y/o diagnosticados previamente a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
 - 6.6. Complicaciones originadas por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en el presente contrato.
 - 6.7. No se cubre cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en el periodo al descubierto, así como cualquier gasto erogado en dicho periodo.
 - 6.8. Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, de manera enunciativa más no limitativa, como por ejemplo: 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.
 - 6.9. Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares, prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición, salvo lo estipulado en la cobertura Apoyo para Compra de Lentes en caso de haber adquirido dicha cobertura.
 - 6.10. Cirugía refractiva para corregir dioptrías menores a 5 por cada ojo.
 - 6.11. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
 - 6.12. Consultas, medicamentos, estudios, tratamientos y/o terapias para trastornos psiquiátricos o psicológicos, de enajenación mental, corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquiénicos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia senil, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, psicomotores, angustia lesiones autoinfligidas, intento de suicidio (aun cuando se cometan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica.
- La Compañía no pagará ningún gasto por los conceptos anteriormente mencionados aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este contrato de seguro.
- 6.13. Curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (check up), materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, etc.), productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, etc.), multivitamínicos, complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sus-



titulos de leche materna, productos de perfumería o belleza, medicamentos de autoservicio o que no cumplan con la definición de medicamento de la Ley General de Salud.

- 6.14. Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia de cualquier negligencia o culpa grave del asegurado o por alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.
- 6.15. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento quirúrgico de carácter estético o plástico.
- 6.16. Cirugía estética de nariz, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.
- 6.17. Cualquier tipo de gasto derivado y/o relacionado con padecimientos de: calvicie, dietéticos y nutricionales, obesidad, sobrepeso, trastornos alimenticios, estético o plástico, así como para corregir o controlar el acné.
- 6.18. Honorarios, tratamientos médicos y quirúrgicos, procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo, homeopatía, quiropráctico, vegetarianos, etc.) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.
- 6.19. Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja, independientemente de la causa de su prescripción.
- 6.20. 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.
- 6.21. Gastos, estudios y procedimientos quirúrgicos erogados por el donador de órganos, así como sus complicaciones y secuelas.
- 6.22. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubieran prescrito o seguido, y aquellos que por su naturaleza, se consideran experimentales o de investigación.
- 6.23. 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, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, y epidemias declaradas oficialmente.
- 6.24. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier de-



porte 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 y/o extremos amateur o profesional tales como alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia, entre otros.

- **6.25. Gastos, honorarios médicos y/u quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico cuando el médico sea el mismo asegurado, familiar directo del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.**
- **6.26. Tratamientos de planificación familiar o de anticoncepción.**
- **6.27. No se consideran como accidentes cubiertos:**
 - a) **Las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el propio asegurado.**
 - b) **Aquellas lesiones que no requieran una atención médica inmediata al accidente o cuyo primer gasto ocurra posterior a los 30 días naturales de presentado el evento.**
 - c) **Aquellos accidentes que se deriven de agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, o de padecimientos que hayan sido cubiertos o se hayan manifestado en un inicio como enfermedad.**

7. Cláusulas Generales del Contrato

Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, los cuestionarios para evaluación del riesgo, el registro de Asegurados, las Condiciones Generales, la carátula de la póliza, los certificados individuales y los endosos adicionales en su caso, los recibos de pago de primas constituyen testimonio y prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y La Compañía.

Periodo de beneficio

En caso de cancelación, o terminación y no renovación del contrato de seguro, este contrato abarcará las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza, aplicando las exclusiones correspondientes vía reembolso, siempre que la eventualidad prevista en el presente contrato ocurra dentro de la vigencia de este, y terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

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

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

Modificaciones de la infraestructura hospitalaria

La Compañía se reserva el derecho de mo-



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

Adicionalmente los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo).

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 y/o certificado individual, excepto para los padecimientos y/o enfermedades con periodo de espera, cuyos servicios iniciarán una vez transcurrido dicho periodo.

Renovación

En virtud de que la vigencia en la póliza bajo este contrato es de un año como máximo, la compañía presentará al contratante con al menos treinta (30) días naturales antes de la terminación de la póliza en vigor, la propuesta de cotización bajo los mismos términos y condiciones, en la cual se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

El contratante deberá solicitar la renovación de la póliza con base en la cotización presentada de acuerdo con sus necesidades,

durante los últimos treinta días naturales antes del término de la vigencia de la póliza a renovar, la compañía procederá a la emisión siempre que se cumplan los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía para llevar a cabo la renovación.

La renovación de los asegurados que se encontraban vigentes en la póliza inmediata anterior de la renovación correspondiente se realizará sin requisitos de asegurabilidad. Los padecimientos y/o enfermedades con periodo de espera, así como la edad límite de aceptación no sufrirán modificación alguna respecto a lo establecido en la renovación anterior.

En caso de que la renovación no se lleve a cabo en la Compañía, esta no está obligada a cubrir el pago de las reclamaciones iniciales o complementarias correspondientes a erogaciones por concepto de gastos médicos cubiertos efectuadas por el asegurado con posterioridad al término de la vigencia de la póliza.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta la edad de sesenta y cuatro (64) años cumplidos para venta nueva y hasta los setenta y cuatro (74) años cumplidos para pólizas de renovación, cuando se trate de colectivos de contratación voluntaria y previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que solicite La Compañía.

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

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá y se reintegrará al



Contratante la parte de la Prima neta calculada en días exactos menos los gastos administrativos y de adquisición correspondientes, al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado, dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado, y se le solicitará que indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello. Lo anterior siempre y cuando no hubiera acontecido algún siniestro, en cuyo caso, no procederá devolución alguna.

- b) Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del Contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, La Compañía estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas

relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la Póliza.

- e) En caso de que La Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

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

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Residencia

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

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

Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas del presente contrato estu-

vieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

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

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

Cancelación, terminación, terminación anticipada y/o Rescisión

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

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

gurado al aniversario inmediato posterior de la Póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 74 años.

- Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si la póliza se cancela, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos menos los gastos administrativos correspondientes, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento, a los 30 días naturales de que se le notifique a la Compañía por escrito la cuenta bancaria del Contratante, adjuntando la carátula de la misma. En caso contrario, cuando la póliza presente algún siniestro o reclamación, la Compañía no devolverá dicha prima pues está se considerará devengada en su totalidad.

La cancelación de la póliza será efectiva a partir de la fecha en que el contratante haya solicitado la cancelación de la póliza por escrito a la Compañía.

Movimientos de asegurados

Altas

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



Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y 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, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de este contrato, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando el contratante lo notifique a la Compañía por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar, el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

Sólo se cubrirán sin necesidad de pruebas médicas y desde el momento del nacimiento, a los hijos del asegurado que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, y además que la madre esté asegurada en la Compañía y

tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua o desde la última rehabilitación, con el plan al momento del nacimiento y el trámite se realice en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

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

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

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

Bajas

En caso de bajas de Asegurados, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación.

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

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado por el contratante y/o Representante Legal, al cual se le adicionará copia de la identificación ofi-



cial, datos de contacto como son: teléfono, correo electrónico y domicilio.

Una vez resuelto precedente, 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.

La baja del asegurado en la póliza será efectiva a partir de la fecha en que el contratante haya solicitado la baja del asegurado de la póliza por escrito a la Compañía.

Causarán baja de este contrato, 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 a La Compañía por escrito y firmado por el mismo dentro de los 5 días hábiles posteriores a la separación de la colectividad, 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 caso de que el Asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar a La Compañía su baja de la Colectividad Asegurada.

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

Prima

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas,

de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia o fecha de alta del asegurado. En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica. La participación del asegurado en la prima se pactará en el momento de la celebración del contrato por el contratante.

a) Importe

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las correspondientes a todos los integrantes de la Colectividad Asegurada.

Ésta se calculará de acuerdo con la tarifa sometida a registro en la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

b) Vencimiento

La prima o fracción de la misma, vencerá al momento del inicio de vigencia del Contrato, y la prima fraccionada al inicio de vigencia del recibo correspondiente. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.



c) Forma de pago

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

d) Periodo de gracia

A partir del vencimiento de la prima o fracción de esta en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

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

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

e) Ajuste de Primas

En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios, cambio de parámetros, cambio de residencia u ocupación, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro.

f) Pago de prima

El Contratante deberá pagar al inicio del periodo de acuerdo a la periodicidad de pago seleccionada las primas pactadas, debiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: pago con tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, (en este caso deberá enviar a la compañía el comprobante de pago al área de cobranza a través del correo electrónico: cobranza.seguros@mediaccess.com.mx), etc. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o comprobante de depósito hará prueba plena de la realización de dicho pago.

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

La cancelación de autorización para realizar los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito, con firma del Contratante de la Póliza y de acuerdo con políticas de pago establecidas por

la Compañía. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

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

- **Comisiones**

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

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

- **Rectificaciones**

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días naturales posteriores al inicio de vigencia de la póliza.

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

- **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, y estar debidamente registradas ante la

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro) y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no estén expresamente autorizadas por la Compañía NO podrán hacer modificaciones ni concesiones.

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

- **Omissiones 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 los hechos, a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión,



inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del 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.

Pago de indemnizaciones

1. Cuantía del pago

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

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

2. Pagos improcedentes

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

3. Pagos por reembolso

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

Para efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en 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 de este dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

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

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

- Aviso de accidente o enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa, con letra legible y firma autógrafa del Asegurado de la póliza.
- Informe Médico: El documento será requisitado por 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, con firma autógrafa del Asegurado.

- Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
- Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
- Las notas o facturas de medicamentos 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 sólo concepto (consulta médica, estudios, medicamentos, etc.)

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

La Compañía sólo pagará los honorarios de

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

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

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 a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza y aplicando un copago adicional a los gastos realizados fuera de la Red conforme a lo siguiente, excepto para los gastos médicos derivados de honorarios médicos:

Urgencia fuera de Red: 25% adicional a la cantidad resultante.

Atención fuera de Red: 50% adicional a la



cantidad resultante.

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

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

Cobros por servicios no cubiertos

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

Moneda

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

Intereses Moratorios

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta

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

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las ta-



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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Responsabilidad de terceros

En los términos de este contrato, queda entendido que el Asegurado y/o beneficiario al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía, el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el asegurado y/o beneficiario.

Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Unidad Especializada (UNE): teléfono 55-1085-2000 EXT 2120; domicilio: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines, núm. 3642, Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900 Ciudad de México; correo electrónico unidadespecializada@mediaccess.com.mx; horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 17:00 hrs.

CONDUSEF: teléfono 55-5340-0999 en la CDMX y del interior de la República al 800-999-8080; con domicilio en Av. Insurgentes Sur núm. 762, planta baja, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 Ciudad de México, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

Régimen Fiscal

El régimen fiscal del presente contrato esta-



rá sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado por el mismo.

Derechos de los Asegurados

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

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso y digno en todo momento.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de su atención tanto a él como a sus acompañantes.
5. Conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. Ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que respecto a las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en este contrato.
10. 1A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.
11. 1 Seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.
12. Obligaciones del Contratante. El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.
13. Comunicar a La Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
14. Comunicar a La Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
15. Dar aviso a La Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.
16. Todos los movimientos se deberán informar a La Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, La Compañía podrá condicionar la aceptación del Asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de primas de cada Asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ello.

Obligaciones del Contratante

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

- A Informar a cada Asegurado, su calidad de integrante de la Colectividad Asegurada mediante esta póliza y entregar los certificados correspondientes que le ex-



pidan la Compañía.

- A informar por escrito a la Compañía dentro de los 30 días naturales siguientes a que se verifiquen, los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- 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 a 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.
- A informar por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de 5 días hábiles inmediatos posteriores a que ocurran, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- A informar por escrito a la Compañía, dentro del término de 5 días hábiles naturales siguientes a que se verifique cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. De ser el caso, las nuevas sumas aseguradas entrarán en vigor desde la fecha de cambio de condiciones.

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 con-

signados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Adicionalmente ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

Cambio de Contratante

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las 24 horas del día siguiente 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 asegurado y/o contratante deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado y/o contratante omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

Si el Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, la Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

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 ése 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.



Cláusula de conversión a individual

La Compañía no otorga el derecho de conversión a una póliza individual para los integrantes de la colectividad que se separen definitivamente de la misma.

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 202

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también

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

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

Artículo 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de



valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del 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 8

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

Artículo 9

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

Artículo 10

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

Artículo 19

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

Artículo 21

El contrato de seguro:

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



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

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

Artículo 40

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

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

Artículo 47

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

Artículo 48

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

Artículo 71

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

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

Artículo 81

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

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

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

Artículo 82

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

Artículo 84

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



Artículo 163

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

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

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

Artículo 172

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

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

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

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

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

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

Artículo 204

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS**Artículo 50 Bis**

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

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



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

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

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

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

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

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

En el caso de que las Instituciones Finan-

cieras 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 electrónicos 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 Institu-

ción 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 Finan-



ciera 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.



Anexo I - Cartilla de Vacunación

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA
BCG	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMER	AL NACER
		SEGUNDA	2 MESES
		TERCERA	6 MESES
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMER	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
		CUARTA	18 MESES
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS
ROTAVIRUS	DIARREA DE ROTAVIRUS	PRIMER	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		REFUERZO	12 MESES
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES
		SEGUNDA	7 MESES
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES
S R P	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PARATIDITIS	PRIMERA	1 AÑO
		REFUERZO	6 AÑOS
SABIN	POLIOMELITIS	ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES	

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 01 de julio de 2022 con el número CNSF-H0702-0026-2022/ CONDUSEF-005271-02.

