

Seguro de Salud Colectivo

Membresía

Condiciones Generales



ÍNDICE

1. Definiciones _____	5
2. Objeto del Seguro _____	11
3. Coberturas _____	12
4. Coberturas Opcionales _____	17
5. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera _____	17
6. Exclusiones Generales _____	18
7. Cláusulas Generales _____	20

1. Definiciones

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

1.1. Accidente

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

1.2. Antigüedad

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en la presente póliza.

1.3. Asegurado

Persona física que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro, la cual tendrá el carácter de Titular cuando se expida a su nombre un certificado individual de la póliza. Podrá extender la cobertura del contrato de seguro a su cónyuge, hijos y/o padres, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

1.4. Coberturas

Servicios médicos tendientes a prevenir o restaurar la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato. Las partes han convenido las coberturas y límites de cobertura que se indican como contratados en la Carátula de la Póliza y certificado individual.

1.5. Colectividad asegurable

Cualquier conjunto de personas que perte-

nezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro, y que cumplen con lo siguiente:

- a) Al menos 10 miembros titulares cuando exista regla general de suma asegurada.
- b) Al menos 10 miembros titulares debiendo constituir por lo menos el 50% del total de miembros que integren la colectividad, cuando no existe regla general de suma asegurada.
- c) Cuando se cubran Dependientes Económicos dentro de la colectividad asegurada, se considerará como tales:
 - Cónyuge que cumpla con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.
 - Hijos que cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.
 - Ascendientes que cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

1.6. Colectividad asegurada

Es el conjunto de personas constituido por los integrantes de la Colectividad Asegurable que habiendo solicitado este seguro y habiendo sido aceptada su oferta por la Compañía, sean incluidos con la calidad de Asegurados en el registro respectivo. Cada una de dichas personas formará parte de la Colectividad Asegurada desde la fecha que se indique en el registro de que se trata, y



hasta en tanto no se produzca alguna de las causas por las que, conforme a esta póliza o a la ley, deben cesar, individual o colectivamente, los efectos de este contrato.

1.7. Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V.

1.8. Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para si y/o para terceras personas quién es responsable ante La Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

1.9. Contrato de seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes involucradas. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, el registro de asegurados y los endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba de la celebración del contrato de seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- b) La carátula de la póliza, que contiene:
 1. Firma de la Compañía
 2. Nombre y domicilio del contratante
 3. Las características de la Colectividad Asegurada
 4. Fecha de inicio y fin de la vigencia
 5. Monto de copagos

6. Cobertura contratada
7. Prima del seguro
8. Montos de suma asegurada o tipo de plan

- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) Las condiciones generales:
Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente sus términos y características, así como las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.
- e) Certificado individual: Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene, entre otros datos, el nombre del Asegurado Titular y sus dependientes económicos, las características del plan contratado y de la colectividad asegurada, cobertura, vigencia, prima, suma asegurada, y copagos.
- f) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

1.10. Copago

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

Esta participación es una cantidad previamente establecida que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o



como una cantidad fija. El copago para cada tipo de atención médica se encontrará estipulado en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual correspondiente.

1.11. Deportes extremos

Aquellos deportes o actividades deportivas que exponen al límite las capacidades físicas, mentales y atléticas de quien los practica, y entre los cuales se encuentran: ala delta y similares, exploración de barrancos, bungee o caída libre, carreras de supervivencia, ciclismo de montaña, descenso en ríos o rafting hydrospeed (clase IV o V), escalada integral (sin equipo), paracaidismo, salto base, ski extremo, snowboard extremo, submarinismo a pulmón libre(sin equipo), triatlón extremo, u otras actividades deportivas igualmente peligrosas.

1.12. Diagnóstico

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas y mediante el uso de procedimientos de creación de imágenes y resultados de laboratorio.

1.13. Endoso

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

1.14. Enfermedad o padecimiento

Toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico, diagnosticada por un médico profesionalmente autorizado.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y

secuelas, se considerarán como una misma enfermedad.

1.15. Enfermera

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

1.16. Evento

Para efectos del presente Contrato, se entenderá como evento a cada uno de los servicios que brinda la Compañía al Asegurado para el cuidado de su salud biológica. La duración del evento será desde el momento en que el asegurado ingrese al servicio, incluirá la estancia continua del asegurado en el mismo y finalizará con el egreso del asegurado.

1.17. Error de diagnóstico

Concepto equivocado o juicio falso al determinar la naturaleza de una enfermedad por sus signos, síntomas y auxiliares de diagnóstico.

1.18. Exclusiones

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

1.19. Extra prima

Recargo aplicable a la prima por concepto de agravación del riesgo cubierto en el presente contrato por la ocupación del Asegurado al momento de la celebración del mismo.

1.20. Fecha de antigüedad

Es la fecha en que el Asegurado es dado de alta en la Póliza siempre y cuando ésta se renueve con vigencias sucesivas ininterrumpidas. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro una nueva póliza, la nueva fecha de alta será considerada como fecha de antigüedad. Lo anterior sin perjuicio de lo señalado en la Cláusula de Rehabilitación de



estas Condiciones Generales.

1.21. Fecha de Inicio de cobertura

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

1.22. Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor, que corresponde a las 00:00 horas del día estipulado en la carátula de la póliza o certificado individual.

1.23. Fecha de término de vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este contrato de seguro, que corresponde a las 24:00 horas del día estipulado en la carátula de la póliza o certificado individual.

1.24. Fisioterapia

Terapias físicas con base en ejercicios, ultrasonido, corrientes interferenciales, láser terapia, mecanoterapia, terapia con calor y gimnasio.

1.25. Gasto usual y acostumbrado (GUA)

Para los efectos de la cobertura de esta póliza, se entiende como tal, los honorarios que usualmente cobra el Médico Tratante, hospital o cualquier otro recurso médico de la Red de Prestadores de Servicios con base a los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos.

1.26. Honorarios médicos

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los asegurados con base en los tabuladores que la Compañía tiene con él establecidos.

1.27. Hospital o sanatorio

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

1.28. Hospitalización

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

1.29. Medicamentos

Es toda sustancia o mezcla que tenga efecto terapéutico, preventivo o de rehabilitación que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica. Para efectos de la presente póliza, se entenderá como medicamento únicamente a los productos que sean preparados con fórmulas autorizadas por la Secretaría de Salud en establecimientos de la industria químico-farmacéutica y que se encuentren legalmente autorizados por dicha Secretaría para su comercialización en México.

1.30. Medicina preventiva

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

1.31. Médico de primer contacto

Son aquellos médicos que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios con los que puede acudir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad y/o accidente cubiertos por la presente póliza, y definen si es necesario que el Asegurado 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) Odontología
- f) Ginecología y Obstetricia
- g) Oftalmología

1.32. Médico tratante

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

1.33. Órtesis

Son aquellos dispositivos ortopédicos destinados a corregir o aliviar sustituir o complementar una función, un órgano o un tejido del cuerpo humano. Como ejemplo: bastones, muletas, férulas de fibra de vidrio, collarines, sillas de ruedas no motorizadas, andaderas y camas.

1.34. 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, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

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

1.35. Padecimientos preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los 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 que juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

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

1.36. Periodo al descubierto

Tiempo durante el cual la Póliza no está pagada. Empieza el día siguiente de haber terminado el Periodo de Gracia y termina al



momento de recibir el pago completo de la prima o la fracción previamente pactada, según las cláusulas del presente contrato. No se pagarán las reclamaciones por eventos ocurridos durante ese periodo.

1.37. Periodo de espera

Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, antes de la aparición de los primeros síntomas y/o el diagnóstico del padecimiento o enfermedad. De lo contrario se considerarán preexistentes de acuerdo a la definición 1.35.

1.38. Periodo de gracia

Plazo máximo que tiene el Contratante para pagar la prima, el cual será de 30 días naturales, según la forma de pago pactada.

1.39. Prima

Es el costo por el presente contrato a cargo del Contratante, correspondiente a cada uno de los Asegurados de acuerdo a su ocupación, sexo y edad en la fecha de inicio de vigencia estipulada en la Carátula de la Póliza y/o en el 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.

1.40. Prótesis

Extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo faltante.

1.41. Red de Prestadores de Servicios

Es un conjunto de proveedores de servicios médicos especializados (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias y casas de ortopedia, entre otros) que dan servicio con el objetivo de atender las necesidades de salud de los Asegurados, de acuerdo al plan con-

tratado y se indica en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

Únicamente durante la atención de urgencias, se considerarán Médicos de la Red de Prestadores de Servicios a los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos con los Hospitales integrantes de la Red de Prestadores de Servicios, que se encuentren atendiendo en el área de urgencias al momento del evento.

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

Adicionalmente los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de Medi Access, 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.

1.42. Reembolso

Gastos erogados por el Asegurado, los cuales serán reintegrados por la Compañía en los términos y condiciones descritos en las cláusulas del contrato.

1.43. 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.

1.44. Signo

Se dice de cada una de las manifestaciones



de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

1.45. Síntoma

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

1.46. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la póliza.

1.47. Suma asegurada

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

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

En las coberturas con límite de suma asegurada en ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada.

1.48. 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 la póliza.

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 orgánicas.

1.49. Urgencia médica

Es todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata (Artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

1.50. Vigencia

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

2. Objetivo 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 a 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. Coberturas

3.1. Cobertura básica

3.1.1. Consulta de primer contacto

Es la atención que proporciona cualquier médico, 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
- Odontología
- Oftalmología

Alcance de la cobertura:

- 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 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.
- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

3.1.2. Consulta de especialidad (segundo contacto)

El asegurado será canalizado por el médico de primer contacto por medio del formato correspondiente, a uno de segundo contacto; en caso de presentar padecimientos cuya naturaleza requiera atención especializada.

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:

- 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.
- Los medicamentos 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.
- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 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.**

3.1.3. Medicamentos

Se encuentran cubiertos los medicamentos prescritos por el Médico Tratante relacionados con el diagnóstico de la consulta.

El asegurado cubriendo el copago establecido en la carátula de la póliza y/o en el Certificado individual y presentando el formato correspondiente, podrá obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

En caso de generar gastos relacionados con



esta cobertura con proveedores fuera de la Red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**

3.1.4. Apoyos de diagnóstico

Son los estudios de laboratorio y/o gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos.

Alcance de la cobertura:

- Los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopia, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecografía del ojo, requieren autorización de la Compañía.
- Los estudios especializados deberán ser prescritos por el médico tratante mediante el formato correspondiente.
- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **No se cubren estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que origino la consulta.**
- **No se cubren estudios que requieran o sean derivados de una hospitalización.**
- **No se cubren los apoyos de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y pro-**

gramados por el Cirujano Dentista, a excepción de radiografías dentales.

3.1.5. Urgencia médica sin hospitalización

Los servicios correspondientes a la atención en caso de urgencia médica, deberán ser atendidos por los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos en los hospitales donde se reciba la atención, 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.
- En caso de que se requiera Órtesis o Prótesis, éstas se cubrirán de acuerdo a las condiciones de la cobertura correspondiente.
- La Urgencia 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 un alta voluntaria por parte del Asegurado.
- En todos los casos en que la atención por este concepto se brinde en algún hospital fuera de la Red de Prestadores de Servicios, el pago de los gastos erogados por esta cobertura quedará a cargo del Asegurado. Dicho pago, previa valoración por parte de la Compañía le será reembolsado, de acuerdo a los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubre ningún gasto referente a hospitalización derivado de una urgencia.**



3.1.6. Odontología

Alcance de la cobertura:

- Profilaxis (limpieza)
- Historia clínica dental
- Radiografías dentales
- Obturaciones de amalgamas
- Obturaciones de resinas fotocurables
- Extracciones (incluidos terceros molares que no requieran cirugía maxilofacial)
- Se podrán realizar un máximo de 3 procedimientos en una misma consulta cubriendo el copago indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual.
- En caso de que el Cirujano dentista prescriba medicamentos al asegurado, éstos se cubrirán con el copago correspondiente a la cobertura de medicamentos 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 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubre ortodoncia, cirugía maxilofacial, endodoncia, periodoncia, ortopedia dental, guardas oclusales, ni cualquier procedimiento no enunciado anteriormente en el apartado de Alcance de la cobertura. En caso de que al asegurado se le realizara cualquier procedimiento no cubierto, este deberá pagar el 100% de su costo.**

3.1.7. Ambulancia terrestre (con o sin unidad de terapia intensiva)

Se cubre el traslado terrestre (por urgencia o programado) del asegurado, del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el hospital, centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que por su condición de

salud no lo pueda realizar por sus propios medios. 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. Esta atención puede o no derivar en un traslado de urgencia a un centro hospitalario.

Alcance de la cobertura:

- Se otorga el servicio de traslado de ida y vuelta en un mismo día cubriendo el copago correspondiente que aparece 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 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubre el traslado de pacientes que se encuentran en condiciones de psiquiátricoagresivo, ebrio o drogado agresivo.**

3.1.8. Órtesis

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

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **No se cubren aparatos de órtesis para padecimientos preexistentes, únicamente para padecimientos iniciados después del inicio de vigencia de la póliza.**
- **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.**

3.1.9. Prótesis no quirúrgicas

En caso de accidentes y/o enfermedades cubiertas por la presente póliza, se otorgan los aparatos de prótesis no quirúrgicas, previa valoración del médico tratante y de la Compañía de acuerdo a los tipos, modelos y marcas establecidos por esta última. 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.

Alcance de la cobertura:

- Las prótesis no quirúrgicas se otorgan cuando las limitaciones físico orgánicas impidan al asegurado desarrollar adecuadamente sus funciones y no cuando

sean requeridos con fines estéticos o cosméticos.

- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **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.**
- **No se cubren prótesis quirúrgicas.**

3.1.10. Esquema de vacunación:

Se cubre de acuerdo al esquema de vacunación indicado por la Secretaría de Salud, adicional a este esquema quedan cubiertas las vacunas contra Hepatitis A y Varicela, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

- **No se cubren vacunas que no estén consideradas en el esquema de vacunación de la Secretaría de Salud de acuerdo a la edad y sexo del asegurado correspondiente.**

3.1.11. Orientación médica telefónica

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



3.1.12. Consulta médico domiciliaria

Es la atención médica brindada en el domicilio del Asegurado cubriendo el copago correspondiente indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual. Esta cobertura incluye los honorarios del médico que lo visite y los medicamentos derivados de estas consultas, aplicando para estos el copago definido en la cobertura de medicamentos.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

3.1.13. Servicios de enfermería

Se otorgan los servicios de enfermería (especialistas, generales o auxiliares) previa valoración del médico tratante y autorización de la Compañía. 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.

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 lo prescribe, la Compañía pondrá a consideración la ampliación del plazo. Lo anterior, siempre que la póliza se encuentre vigente.
- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- **No se otorgará el servicio a pacientes que se encuentran en condiciones psiquiátricas-agresivas, ebrio o drogado**

agresivo.

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

3.1.14. Suministro de oxígeno

Esta cobertura será proporcionada al asegurado cuando sea prescrito por el médico tratante y previa autorización de la Compañía.

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.
- En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

3.1.15. Fisioterapia e inhaloterapia

El asegurado será canalizado por el médico tratante por medio del formato correspondiente, para recibir la atención necesaria cubriendo el copago indicado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual. Sólo se cubre un máximo de 30 sesiones por año póliza por fisioterapia y 30 por año póliza por inhaloterapia.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la red, se aplicarán los términos de la cobertura 3.1.16 Atención fuera de Red.

3.1.16. Atención fuera de red

Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios, debe-



rá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 7.2.15 Pago de Indemnizaciones.

Sobre el monto reclamado por el asegurado, la Compañía establecerá el monto procedente de acuerdo al 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:

4. Coberturas Opcionales

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

4.1. Ayuda de leche

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 a los tipos y marcas prescritos por el médico tratante

4.2. Ayuda de lentes

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 perio-

dos 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. Padecimiento y/o enfermedades con periodo de espera

5.1. 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, aun cuando se trate de una urgencia médica:

- Litiasis renal y en vías urinarias
- Varices
- Padecimientos ginecológicos no quirúrgicos (se consideran como tales los que presenta la mujer cuando no se encuentra embarazada)
- Padecimientos de glándulas mamarias no quirúrgicos

5.2. 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, aun cuando se trate de una urgencia



médica:

- Padecimientos anorectales no quirúrgicos
- Padecimientos de la columna vertebral no quirúrgicos
- Padecimientos ortopédicos no quirúrgicos
- Padecimientos de rodilla no quirúrgicos
- Padecimientos del hombro no quirúrgicos
- Padecimientos de cadera no quirúrgicos

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

5.3. Periodo de espera de 4 años

VIH

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos 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 de su plan.

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 Generales

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. Gastos, estudios y procedimientos quirúrgicos y/u hospitalarios.

6.2. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro así como sus complicaciones, excepto los indicados en el endoso de preexistencia declarada.

6.3. Servicios originados por hechos ocultos o mal informados.

6.4. Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante.

6.5. Cualquier gasto relacionado con cirugía ambulatoria.

6.6. 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.

6.7. 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.

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

6.9. Complicaciones originadas por cual-



quier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

6.10. 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.

6.11. Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, 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.

6.12. Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares.

6.13. Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.

6.14. Equipo de riñón artificial para uso residencial

6.15. Estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquinéticos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, lesiones autoinfligidas, intento de suicidio (aun cuando se cometan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica, tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos. Todo lo anterior independientemente de su causa o complicación.

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

6.17. Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia del alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias, por culpa grave del asegurado.

6.18. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento quirúrgico de carácter estético o plástico.

6.19. Tratamientos de calvicie, dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.

6.20. 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.

6.21. Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja,



independientemente de la causa de su prescripción.

6.22. 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.

6.23. Gastos y estudios erogados por el donador de órganos, así como sus complicaciones y secuelas.

6.24. 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.

6.25. Lesiones producidas en riñas en las cuales el asegurado sea el provocador, lesiones sufridas como consecuencia de la participación del asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval o policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, y epidemias declaradas oficialmente.

6.26. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte por el que el asegurado perciba cualquier tipo de retribución, así como los resultantes de su participación en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad; o bien deportes peligrosos

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

6.27. Gastos y honorarios médicos por tratamiento médico, cuando el médico sea el mismo asegurado, familiar directo del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

6.28. Cámara hiperbárica

6.29. Tratamientos de planificación familiar o de anticoncepción.

7. Cláusulas Generales

7.1. Cláusulas de interés para el asegurado

7.1.1. 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, constituyen testimonio del contrato de seguro.

La Compañía se reserva el derecho de expedir endosos para excluir la cobertura de determinadas actividades que, por su naturaleza, influyan en la agravación del riesgo. Los endosos se expedirán al momento de la notificación a la Compañía, por cambio de residencia o por cambio de ocupación del o los Asegurados.

7.1.2. Modificaciones y notificaciones

Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modifi-



carse 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). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no estén expresamente autorizadas por la Compañía, no podrán hacer modificaciones ni concesiones.

Cualquier notificación relacionada con esta póliza deberá enviarse, por escrito, al domicilio de la Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual.

Cualquier solicitud de modificación a las condiciones originales de la Póliza surtirá efecto a partir de la fecha en que sea recibida 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.

7.1.3. Modificaciones de la infraestructura hospitalaria

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

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 Presta-

dores de Servicios, ya que ésta será actualizada continuamente.

7.1.4. 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, a excepción de las coberturas con periodo de espera.

7.1.5. Rehabilitación

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

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

Como resultado de la rehabilitación la Compañía eliminará el periodo de antigüedad reconocido, mismo que empezará a contar a partir de la fecha de rehabilitación. No están cubiertos los siniestros ocurridos entre la fecha en que este contrato hubiera cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

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

7.1.6. Rectificación de póliza

Si el contenido de la póliza o sus modifi-



caciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza.

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

7.1.7. Reporte de movimientos de asegurados

7.1.7.1. Altas

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

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

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, conta-

rará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando 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.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado Titular nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento siempre y cuando el Contratante lo notifique a la Compañía por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de dicho nacimiento y la madre haya estado asegurada al menos diez meses cumplidos en forma continua o desde la última rehabilitación con el plan, al momento del nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

7.1.7.2. Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando

sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante dentro de los cinco días hábiles posteriores a la separación de la colectividad, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

7.1.7.3. Registro de asegurados

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos:

Operación y plan de seguro, nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro para cada Asegurado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

7.1.8. Prima

7.1.8.1. 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.

Éstas se calcularán de acuerdo al proce-

dimiento contenido en la tarifa que se encuentre vigente en la fecha de iniciación de cada período 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.

7.1.8.2. Pago

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 a cambio de un recibo oficial expedido por ésta.

Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago, por lo que es obligación del contratante verificar en sus estados de cuenta la realización de los cargos de acuerdo a la periodicidad contratada. En caso de que por causas imputables al asegurado, no pueda efectuarse el cargo, aplicará la cláusula de cancelación.

La cancelación de la autorización para la realización de los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito con firma del Contratante de la Póliza y de acuerdo a las políticas de pago establecidas por la Compañía.

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

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



seleccionada.

El Contratante podrá optar por el pago de la prima en forma mensual, trimestral, semestral o anual. 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.

7.1.8.3. Ajuste de prima

En caso de altas de Asegurados, o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante la prima correspondiente. En el caso de bajas, se aplicará la cláusula 7.1.7.2 Bajas.

7.1.8.4. Vencimiento

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

7.1.8.5. Contribución del asegurado

Cuando así se indique en la solicitud y quede establecido en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, los integrantes de la Colectividad Asegurada podrán contribuir al pago de la prima en la proporción que se indique.

7.1.8.6. Periodo de gracia

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

último día de este plazo.

7.1.9. Periodo de beneficio

Esta Póliza abarcará las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual, aplicando las exclusiones correspondientes, siempre que la eventualidad prevista en el presente contrato ocurra dentro de la vigencia del mismo, y terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años, contados a partir de la fecha en la que termina la vigencia del contrato.

7.1.10. Renovación

La Compañía podrá renovar el presente contrato en las mismas condiciones en que fue contratado mediante endoso, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

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

El pago de la prima acreditada mediante el



recibo extendido en las formas usuales de la Compañía se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

7.1.11. Edad

Los límites de edad de aceptación para esta Póliza son desde el nacimiento, hasta los 64 años. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza, o la fecha de renovación en su caso.

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

Si se comprueba que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad del Asegurado al tiempo de la celebración del contrato, esté fuera de los límites de admisión fijados por esta Póliza. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima pagada de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante el 60% de la Prima en exceso que hubiese pagado respecto a la que le hubiera correspondido de acuerdo con la edad real del Asegurado. El nuevo monto de la Prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado.

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 co-

rresponda 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).

7.1.12. Residencia

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

El contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales al cambio de residencia del Asegurado.

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

7.1.13. Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del asegurado presentar a esta Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

7.1.14. Cobros por servicios no cubiertos

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente Contrato, o bien por falta de aviso de baja de algún Asegurado de acuerdo a la cláusula 7.1.7.2 Bajas.



7.1.15. Vigencia del seguro

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

Inicio: Respecto de cada Asegurado, las coberturas especificadas en la Póliza surtirán plenamente sus efectos a partir de las cero (0) horas del día de la fecha inicial de vigencia estipulada en el certificado individual.

Fin: Respecto a cada Asegurado, cesarán los efectos de esta Póliza, a partir de las veinticuatro (24) horas del último día del Periodo de Seguro contratado y establecido en la carátula de la póliza y en el certificado respectivo.

7.2. Cláusulas contractuales

7.2.1. Límite de responsabilidad para la compañía respecto de terceros

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

7.2.2. Límite de cobertura

El presente contrato tiene cobertura limitada de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza y en el certificado individual.

7.2.3. Sumas aseguradas

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la suma asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía pagará la suma asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado.

7.2.4. Competencia

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

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

Unidad Especializada (UNE): teléfono 01(55)-4433-7417; domicilio: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines, No. 3642 Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México; correo electrónico unidadespecializada@mediaccess.com.mx horario; de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.



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

7.2.5. Prescripción

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

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

En términos del Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

7.2.6. 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.

7.2.7. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

De acuerdo al artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o 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.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable, en aquellos casos en que el monto de su suma asegurada sea superior a la máxima establecida sin requisitos de asegurabilidad y para aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato después de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

7.2.8. Moneda

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

7.2.9. Información sobre comisiones a intermediarios

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

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

7.2.10. Interés moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se obliga

a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

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

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

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

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



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

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

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

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán

por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de



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

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

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

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

7.2.11. Cambio de contratante

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales

siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente 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.

7.2.12. Agravación del riesgo

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

La Compañía analizará el nuevo riesgo y en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, 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.

7.2.13. 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.

7.2.14. Cancelación

La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación por cualquiera de las partes, si una vez transcurridos 30 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza o de la parcialidad correspondiente, no se recibió el pago de la Prima.

El Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía todos los servicios que se le hubieren otorgado en el período de gracia, salvo que proceda la rehabilitación de su Póliza. En caso de cancelación voluntaria de la Póliza por parte del Contratante, el mismo deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o de renovación. La Compañía estará obligada a devolver la Prima Neta Pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, menos los gastos de adquisición y administración.

7.2.15. Pago de indemnizaciones

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

Pagos improcedentes.- Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a rein-

tegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso.- La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en 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 o bien si tomo la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

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

Los documentos de comprobación de los



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

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

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

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión

y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados. El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas así como en su caso, el copago respectivo, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado de que se trate al momento en que se erogaron los gastos.

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

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

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes 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.

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

7.2.16. Entrega de información

Los certificados de todos y cada uno de los asegurados, así como las condiciones generales de su póliza serán entregados por la Compañía al contratante, quien a su vez se



obliga a hacer llegar los citados documentos a cada asegurado.

7.2.17. 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.

7.2.18. Derechos de los asegurados

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

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso de parte del médico tratante.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de la atención.
5. Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en

esta póliza.

10. No aceptar las propuestas terapéuticas.
11. Seleccionar al médico y hospital para su atención dentro de la Red de Prestadores de Servicios y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

7.2.19. 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 expida 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 número 1.6 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 siguientes a que se verifique cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a modi-



ficaciones 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.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio:

www.segurosmediaccess.com.mx

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 11 de julio de 2014, con el número CNSF-H0702-0040-2014 / CONDUSEF-001707-02.

