

Seguro Colectivo de Salud Flex Plus

Condiciones Generales



ÍNDICE

1. Definiciones _____	5
2. Objeto y descripción de las coberturas _____	9
3. Exclusiones y Gastos No Cubiertos _____	16
4. Clausulas Generales _____	19

1. Definiciones

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

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran 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.

Asegurado

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

Carátula de la póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene las características del plan contratado, coberturas y descripción de la Colectividad Asegurada.

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, nombre del Contratante, nombre

y fecha de nacimiento o edad del(os) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio.

Cirugía Ambulatoria

Es aquella cirugía de baja o mediana complejidad que requiere vigilancia post operatoria por un tiempo no mayor a seis horas.

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 en 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.

Colectividad Asegurable

Cualquier conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que cumplen con lo siguiente:

- Al menos 10 miembros titulares cuando exista regla general de suma asegurada.
- Al menos 10 miembros titulares debiendo constituir por lo menos el 50% del total de miembros que integren la colectividad, cuando no exista regla general de suma asegurada.
- Cuando se cubra 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.

Compañía

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

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.

Contrato de Seguro

Las declaraciones del Contratante proporcionadas a la Compañía en la solicitud, la Carátula de la Póliza, los Certificados Individuales, las Coberturas adicionales, Endosos y el Registro de Asegurados constituyen testimonio y/o prueba del Contrato de Seguro, celebrado entre la Compañía y el Contratante.

Copago

Participación monetaria del Asegurado en

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

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.

Endoprótesis

Son apoyos que facilitan o corrigen las deformaciones de órganos o de diferentes estructuras del cuerpo, tales como articulaciones y marcapasos.

Endoso

Documento que forma parte de la póliza, modificando y/o adicionando sus condiciones.

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico.

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.

Enfermera

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

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, con excepción de la cobertura de urgencia en el extranjero, para la cual el GUA equivale al costo promedio que resulte de los honorarios regulares de los médicos, especialistas y hospitales que ejercen la medicina en la ciudad, región o país donde se haya generado el gasto.

Honorarios Médicos

Pago que obtiene el profesional médico legalmente 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 o accidentados.

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.

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.

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, 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) Ginecología y Obstetricia
- f) Oftalmología

Médico Tratante

Es el médico de primer contacto o especialista titulado y con cédula profesional que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, que brinda control y tratamiento médico o quirúrgico al Asegurado, siendo el responsable médico del mismo.

Padecimiento

Es una alteración en la salud del Asegurado, provocada por una causa, interna o externa, que amerite tratamiento médico.

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.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos padecimientos que:

1. Se hayan manifestado con anterioridad al conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la Póliza para cada Asegurado.
2. Se hayan detectado con diagnóstico



médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

3. El Asegurado se hubiere sometido a un tratamiento por dicho padecimiento, o bien, que exista un gasto previo a la celebración del Contrato de Seguro.

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

Pago Directo

Es el reintegro que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales, de los gastos erogados por el Asegurado, a la Red de Prestadores de Servicios por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Pase Médico

Es el documento de autorización que otorga el Médico tratante, ya sea en papel o por autorización electrónica, para que el Asegurado asista a una consulta de especialidad o a la toma de un estudio de laboratorio o gabinete.

Periodo de Espera

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado, a fin que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas.

Periodo de Gracia

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

Red o Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de médicos, farmacias,

laboratorios, gabinetes, servicios de hospitalización, servicios de rehabilitación y apoyos médicos con los que la Compañía mantiene convenio para brindar servicios de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del Asegurado.

Siendo estos recursos médicos, los únicos que podrán ser utilizados en este plan, sin que se afecten las condiciones del mismo.

Para hacer uso de estos servicios el Asegurado deberá comunicarse las 24 horas del día, los 365 días del año, al Centro de Atención Telefónica de la Compañía al siguiente número.

800-681-0249 Desde cualquier lugar dentro de la República Mexicana.

Sitio en Internet: www.segurosmediaccess.com.mx

Reembolso

Es el reintegro que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales, de los gastos erogados por el Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Servicios Médicos Especializados

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

Signo

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



médica.

Síntoma

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

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada año póliza. La suma asegurada se encontrará estipulada en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente.

Tarjeta de Identificación

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

Tratamiento Médico

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas a proteger, promover 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.

Urgencia Médica

Se entiende por urgencia médica, cualquier accidente o enfermedad inesperada que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o su integridad física y que requiera atención inmediata.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de urgencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de urgencia.

Vigencia

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

2. Objeto y descripción de las coberturas

Objeto del seguro

Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, la Compañía, ofrece un Plan de Salud Flex dentro del territorio nacional a través de su Red de Prestadores de Servicios Médicos, consistente en el otorgamiento de atención médica integral de alta calidad, eficaz y humana, que sea confiable, y que brinde seguridad a través de recursos humanos, físicos y tecnológicos de excelencia. Por lo cual, si el Asegurado incurre en cualquiera de los gastos cubiertos por la presente póliza en el momento que se presente una enfermedad y/o accidente o al recibir alguna consulta o tratamiento de Medicina Preventiva que requiera tratamiento médico



o quirúrgico, la Compañía pagará el costo de los mismos, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente, así como a las condiciones generales y endosos, siempre y cuando ocurra durante el periodo de cobertura del Asegurado y la póliza se encuentre en vigor al momento del accidente y/o enfermedad.

Descripción de las coberturas

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el copago contratado hasta por el límite de suma asegurada contratado conforme a lo especificado en la carátula de la póliza y /o certificado individual correspondiente.

Cosultas de primer contacto

Bajo esta cobertura el Asegurado podrá acudir directamente a los Médicos pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios de las siguientes especialidades:

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

Consultas de especialidad (Segundo contacto)

Por esta cobertura el Asegurado en caso de así requerirlo, podrá ser turnado a una consulta con un Médico especialista o algún servicio complementario y/o servicio de la especialidad correspondiente, mediante la expedición de un pase médico mismo que proporcionará el Médico Tratante de primer contacto.

El Asegurado podrá elegir al Especialista

con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía.

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

Odontología

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

Diagnóstico y profilaxis

- a) Profilaxis (limpieza)
- b) Historia Clínica Dental
- c) Radiografías Dentales

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

Operatoria dental

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

- a) Obturaciones de amalgama
- b) Obturaciones de resinas fotocurables
- c) Extracciones
- d) Extracciones del tercer molar en consultorio (que no requiera cirugía maxilofacial)

Odontopediatría

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



- a) Obturaciones de amalgama
- b) Obturaciones de resinas fotocurables
- c) Extracciones

Medicamentos

Estarán cubiertos los medicamentos siempre y cuando estos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante (primer contacto o de especialidades) del Asegurado que pertenezca a la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía y estén en relación al diagnóstico de la consulta. Las recetas deben canjearse en una farmacia de la Red preferentemente el mismo día de su expedición o a más tardar dentro de los tres días siguientes a la misma.

Atención ginecológica y obstétrica

a) Ginecología.- Se cubren los servicios por consulta, tratamientos, medicamentos, análisis de laboratorio y gabinete una vez transcurrido el periodo de espera establecido en el inciso o) Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con periodo de Espera para padecimientos ginecológicos. Esta cobertura únicamente se otorga a las Aseguradas que cuenten con 20 años de edad o más.

b) Obstetricia.- Cubre la atención de consultas, estudios de apoyo de diagnóstico, embarazo extrauterino, estados de preclampsia y eclampsia, embarazo molar, parto, operación cesárea y servicios de cuna para el recién nacido sano; siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada por al menos 10 meses en forma continua, y la póliza se encuentre vigente. Dicha cobertura aplicará solamente si la Asegurada es menor a 45 años.

Cobertura del recién nacido

Se cubren desde el día de nacimiento los tratamientos médicos y quirúrgicos del recién nacido efectuados dentro del territorio nacional, los cuales se cubrirán únicamente

cuando la madre tenga 10 meses continuos de asegurada en la póliza y se haya notificado el nacimiento a la Compañía a más tardar a los 30 días de ocurrido para el alta correspondiente.

Se cubren los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, mayores a cinco años de edad, siempre y cuando sus signos o síntomas hayan pasado desapercibidos, es decir, no hayan sido aparentes a la vista ni diagnosticados previamente a la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

Apoyos de diagnóstico

Se cubren todos los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y cualquier otro servicio que sea necesario para diagnosticar el estado de salud del Asegurado, derivado de algún accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Estos servicios deberán ser indicados por el Médico Tratante de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía y se practicarán en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red.

Para la realización de cualquier estudio de diagnóstico es necesario que el Asegurado siga las indicaciones establecidas en las Condiciones Generales.

Los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopía, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo, el Asegurado requerirá autorización de la Compañía así como orientación acerca de los sitios en que se realizan.

Hospitalización

Se cubre el servicio de hospital ya



sea corta o larga estancia y urgencias médicas para la atención de accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Específicamente están amparados bajo esta cobertura:

- Los tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del Médico Tratante.
- Cuarto Sencillo privado con baño incluyendo alimentos del Asegurado internado
- Los servicios médicos y de enfermería, medicamentos y anestias suministrados durante la hospitalización, incluyendo el derecho a la sala de operaciones, anesthesiologo, salas de terapia y recuperacion
- Los Honorarios de Médicos y de sus asistentes, por intervenciones quirúrgicas, consultas postoperatorias que sean necesarias
- Los estudios de Laboratorio y Gabinete
- Otros apoyos que requiera o indique el Médico Tratante

El Asegurado que requiera ser internado en un Hospital de la Red de Prestadores de Servicios deberá seguir las indicaciones establecidas en las Condiciones Generales.

Para cirugías programadas el Médico Tratante o el propio Asegurado deberá entregar a la Compañía el formato respectivo, la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete requeridos o enviarlos en forma electrónica.

En caso de que la cirugía no pueda realizarse en algún Hospital de la Red de Prestadores

de Servicios, la Compañía y el Médico Tratante designarán el centro hospitalario en el que se llevará a cabo, notificándose al Asegurado.

El Médico Tratante coordinará la atención médica necesaria para el Asegurado.

Los servicios no ordenados por el Médico Tratante o no indicados en la presente cláusula se encuentran excluidos de la cobertura.

Ambulancia

Se cubren los traslados en ambulancia terrestre programadas o de urgencia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización, Centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que él mismo, por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios. Este servicio requerirá ser coordinado y autorizado por la Compañía.

Prótesis y endoprótesis

Estarán cubiertas las prótesis, cuando así lo requiera el tratamiento del accidente o enfermedad y sean autorizados por la Compañía.

La endoprótesis se cubrirá solo en los casos en que el tipo de lesión o alteración pongan en peligro la vida o transforme en forma importante la función de un órgano del Asegurado.

Terapias de rehabilitación física y enfermera

La Compañía cubrirá las terapias de rehabilitación física cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad amparados así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante.

La rehabilitación física se proporciona al Asegurado por lesiones que puedan



generar invalidez, incapacidad parcial o por recuperación tardía, con el objetivo de lograr su rehabilitación en el menor tiempo posible, siempre y cuando se garantice que se va a recuperar la función.

Esta cobertura se brinda con un límite de 30 sesiones como máximo por año póliza.

Así mismo, La Compañía pagará los honorarios de enfermeras tituladas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o en la recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del médico tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 30 días naturales con un máximo de tres turnos por día por año póliza, salvo autorización expresa de La Compañía.

Urgencias médicas

Este servicio se prestará a los Asegurados que presenten Urgencias reales, tales como heridas, accidentes o enfermedades que pongan en riesgo su vida, su integridad física o función de algún órgano.

Se considera como Urgencia real los accidentes de cualquier tipo donde el Asegurado presenta:

- Pérdida del estado de conciencia
- Fracturas evidentes
- Heridas cortantes sangrantes
- Probable lesión de columna cervical
- Infarto agudo al miocardio o angina de pecho
- Sangrado de tubo digestivo de considerable magnitud

También es considerada como urgencia cualquier insuficiencia respiratoria aguda de cualquier causa como:

- Crisis asmática
- Descompensación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas
- Sangrado durante el embarazo

Lo anteriormente expuesto se menciona de forma enunciativa más no limitativa.

El Asegurado recibirá el servicio de Urgencias en los Hospitales de la Red de Prestadores de Servicios para lo cual deberá comunicarse al Centro de Atención Telefónica para en su caso recibir la asesoría sobre los trámites a realizar.

En casos de urgencia médica ocurrida en que se requiera atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, se deberá avisar telefónicamente o por escrito a la Compañía al Centro de Atención Telefónica dentro de los 5 días hábiles siguientes de cualquier urgencia médica real o atención que pueda ser motivo de una indemnización para que el Asegurado reciba sugerencias del médico de la Red de Prestadores de Servicios, sea valorado y si su condición médica lo permite, sea trasladado a un hospital de la Red. Además se le indicará si sus gastos están cubiertos, mismos que le serán pagados por la Compañía al solicitar su reembolso de acuerdo a lo determinado en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.

Salvo caso fortuito o de fuerza mayor, si el Asegurado omite dar el aviso a la Compañía en el plazo mencionado anteriormente, participará con el 20% (veinte por ciento) de copago adicional del importe que le correspondiere a su indemnización, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula antes indicada.

Atención de servicios médicos que no



tiene la compañía

En el caso de que el Asegurado requiera un determinado servicio médico que no esté contemplado dentro de la Red de Prestadores de Servicios, el Médico Tratante le informará al Asegurado y a la Compañía el Centro de Salud o de auxiliares médicos en donde será atendido.

Atención fuera de Red

Si El Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente fuera de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de las presentes Condiciones Generales y en caso de proceder el reembolso se aplicará un copago adicional del 50% (cincuenta por ciento) sobre los montos procedentes de acuerdo al gasto usual acostumbrado GUA según se define en el apartado 1. Definiciones, de la presente póliza.

Padecimientos y tratamientos cubiertos con periodo de espera

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 12 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- Padecimientos ginecológicos (Se consideran como tales los que presenta la mujer cuando no se encuentra embarazada)
- Padecimientos de glándulas mamarias
- Insuficiencia de piso perineal
- Endometriosis (no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad)

- Planificación familiar definitiva
- Padecimientos de la columna vertebral, excepto hernias de disco
- Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- Vesícula y vías biliares

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 24 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Padecimientos Ano Rectales
- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones
- Nariz y/ o senos paranasales por enfermedad
- Cataratas
- Hallux Valgus (Juanetes)

Se cubrirán los siguientes padecimientos cuyas primeras manifestaciones o primer gasto médico para diagnóstico o tratamiento se inicien después de los primeros 36 meses de vigencia continua para cada Asegurado, del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la póliza:

- Cirugía prostática por enfermedad
- Cirugía de cadera por enfermedad
- Cirugía de rodilla por enfermedad
- Cirugía de hombro por enfermedad

Medicina preventiva

La Medicina Preventiva que la Compañía ofrece tiene un enfoque de Salud Pública basado en el agotamiento de los niveles de prevención primaria y prevención secundaria, buscando, con el primero, evitar la presentación de la enfermedad y, con el



segundo, detener la progresión de procesos patológicos presentes o instaurados. En campañas de prevención que establezca la Compañía no se aplicará copago alguno.

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

1.- Clínica del niño sano:

El objetivo de esta Clínica es vigilar el crecimiento y desarrollo del niño desde que nace hasta los 11 años, detectando a tiempo cualquier anormalidad. Orientado a mejorar los niveles de salud del niño a través de la disminución de la frecuencia de enfermedades propias de la infancia.

2.- Clínica del adolescente:

Orientada a vigilar y orientar el crecimiento y desarrollo del adolescente contemplando el aspecto físico, psicológico y social, teniendo a los padres como copartícipes.

El objetivo se cumple a través de una revisión médica anual de los 11 a los 15 años y programas de orientación que incluyen: educación sexual, nutrición, motivación al ejercicio físico y prevención de hábitos negativos. Con esto se busca brindar información y entendimiento al adolescente para que conserve y fomente su salud.

3.- Clínica de la mujer:

El interés primordial es la prevención del cáncer cervicouterino y mamario a través de la realización de exámenes periódicos como son: el papanicolaou y exploración de mamas; así mismo se encarga de proporcionar orientación en el control de la natalidad.

4.- Clínica de diabetes:

Mediante esta clínica se da a conocer de manera integral al Asegurado con diabetes y a su familia, los conocimientos necesarios sobre dicha enfermedad, con la finalidad de reducir el riesgo de las complicaciones agudas y crónicas de esta enfermedad y mejorar la calidad de vida del Asegurado.

5.- Esquema de vacunación cubierto:

Se cubrirá de acuerdo al esquema de vacunación indicado por la Secretaría de Salud (SSA) y serán aplicadas a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos de la Compañía.

Urgencias médicas 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.

Se entenderá por Enfermedad Aguda, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiese 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.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como 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.

Beneficio de la cobertura

Suma Asegurada Máxima \$300,000.00 US*

Copago \$50.00 US*

*Dólares americanos

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 call center, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia a call center 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. No habrá reembolso por esta cobertura. Para esta cobertura solo opera el pago directo.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cobertura es independiente de la contratada en la protección básica y será efectiva durante la vigencia de la póliza.

Tanto los gastos cubiertos como las exclusiones, son las mismas que se estipulan en las Condiciones Generales, adicionando las siguientes:

Exclusiones

- Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleve a cabo en el extranjero.

- Servicios de enfermera fuera del hospital.

- Tratamientos de rehabilitación.

- Los gastos inherentes a la operación cesárea, parto y embarazo, así como su rehabilitación.

- Padecimientos preexistentes.

- Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.

- Los gastos por concepto de cuarto y alimento del hospital o sanatorio, se limitaran al costo correspondiente a cuarto semiprivado.

3. Exclusiones y gastos no cubiertos

No se cubrirán los gastos que se originen a consecuencia de:

1. Padecimientos congénitos de cualquier tipo, salvo los especificados en la Cobertura del recién nacido del apartado 2. Objeto y descripción de coberturas.

2. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de estos.

3. Gastos originados por el embarazo de una Asegurada, por la atención del parto, cesárea, o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, cuando la Asegurada tenga una antigüedad continua menor a 10 meses en la póliza o desde la última rehabilitación, así como



tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo de ésta.

4. Abortos punibles y legrados punibles.

5. Anteojos, lentes de contacto, excepto los lentes intraoculares y será por una sola vez en cada ojo.

6. Intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir trastornos de refracción ocular siempre y cuando el número de dioptrías por ojo sea menor a 5.

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

8. Terapia de lenguaje de cualquier tipo.

9. Complementos alimenticios.

10. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

11. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente cubierto.

12. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.

13. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.

14. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos.

15. Diagnóstico y/o tratamiento derivado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.

16. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.

17. Cualquier tipo de Tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.

18. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares 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.

19. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.

20. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.

21. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.

22. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquellas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.

23. Prótesis y Endoprótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por el Asegurado con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que sean necesarios a causa de un accidente, deformidad o enfermedad que se hayan manifestado



mientras el Asegurado este cubierto por esta póliza.

24. Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.

25. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como “check up”.

26. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.

27. Los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, cama extra y alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, cremas, jabones, etc. Así como fotografías y videocasetes, estacionamiento, habitaciones diferentes a las indicadas en este documento.

28. Artículos de curación, fuera del hospital tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.

29. Equipo de riñón artificial para uso

residencial.

30. Todos los gastos por transporte no definidos en la cobertura Ambulancia del apartado 2. Objeto y descripción de coberturas.

31. Los gastos erogados por el donador de órgano a consecuencia de complicaciones o secuelas derivadas de la misma donación.

32. Atención médica en el extranjero, exceptuando las urgencias médicas.

33. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.

34. Padecimientos Preexistentes excepto los indicados en el endoso de preexistencia declarada.

Esta póliza no cubre gastos médicos en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:

35. Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.

36. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.

37. Hechos o actos vinculados con la calidad que el Asegurado tenga como miembro del ejército o de otras fuerzas armadas, de cualquier país u organización de países.

38. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas



o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.

39. Práctica profesional de cualquier deporte o práctica de box, lucha libre o grecorromana, alpinismo, paracaidismo, rafting, charrería, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo o de los denominados “extremos”, aun cuando se practiquen en forma amateur u ocasional.

40. Intentos de suicidio, o lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

41. Epidemias declaradas oficialmente.

42. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.

43. Las específicamente descritas por los endosos emitidos por la Compañía.

4. 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, constituyen testimonio del contrato de seguro.

Bases del contrato

Esta póliza, y en su caso las cláusulas que a la misma se agreguen, se entienden otorgadas con base en la solicitud formulada por el Contratante.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes, cuestionarios, declaraciones y demás requisitos mencionados, de acuerdo con las preguntas que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso a la colectividad asegurada.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere esta cláusula, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la realización del siniestro, como lo previenen los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Periodo de beneficio

Se establecerá un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los gastos erogados por los servicios de salud que requiera el Asegurado de las enfermedades y/o accidentes cubiertos por la presente póliza y cuyo tratamiento haya sido iniciado durante la vigencia de la misma, el cual terminará:

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



Modificaciones y notificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Dichas modificaciones deberán constar por escrito, en endosos debidamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía, en su domicilio social.

Rectificación de póliza

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días 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).

Periodo de seguro

Las partes convienen expresamente en que el Periodo de Seguro contratado inicialmente y por renovación, coincidirá siempre con el plazo que cubre la Prima respectiva y que se indica en la Carátula de esta póliza y en el certificado individual correspondiente.

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.

Edad

La Compañía aceptará el ingreso a esta póliza a personas a partir del primer día de nacidas y hasta los 64 años cumplidos previa presentación de las pruebas de asegurabilidad que exige la Compañía.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, y que aparecen en la carátula de la póliza y/o certificado individual correspondiente; en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática existente en la fecha de su rescisión.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada que haya sido pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si debido a la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía reembolsará 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 restantes deberán reducirse de acuerdo a la edad real.

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/o certificado individual correspondiente y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

Reporte de movimientos

Altas

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo. La Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlos, si no lo hace quedarán asegurados 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.¹

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

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

1. Transcripción del Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.



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 correspondiente², 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, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

Prima

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

Vencimiento.- La prima o fracción de ella 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 estas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Periodicidad.- Las partes convienen que el periodo de pago de primas será anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

2. Transcripción del Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

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.

Ajuste de Primas.- En caso de altas de Asegurados, o de aumento de beneficios, la Compañía cobrará al Contratante la prima correspondiente.

Pago de prima.- El Contratante deberá pagar a su vencimiento, 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 mas 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.

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

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 derivadas del Contrato, se obliga a pagar al Asegurado o a los Beneficiarios, un interés moratorio de



acuerdo a lo siguiente:

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

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

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

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

Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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



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

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

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán

a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.” (Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)

Renovación

La Compañía podrá renovar el presente contrato en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro



de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. 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.³

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.

Cancelación

La Póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación por cualquiera de las partes en los siguientes casos:

- Para el caso de forma de pago anual, una vez transcurridos treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la Póliza sin haber recibido el pago de la Prima.
- Para el caso de forma de pago fraccionada, una vez transcurridos treinta días naturales a partir del inicio de vigencia del recibo correspondiente sin haber recibido el pago de la Prima.

En ambos casos, 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, él 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 adquisición.

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 durante entre el periodo entre la fecha en que este contrato hubiera cesado sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

Residencia

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

3. Transcripción del Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.



Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por las causas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

Subrogación

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

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

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.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones

de este Contrato, se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicados por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

Competencia

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente por el Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico publicado en el Diario Oficial de la federación el 3 de junio de 1996.

En todo caso, queda a elección del reclamante hacer valer sus derechos de conformidad con lo previsto en las disposiciones mencionadas en el párrafo anterior, o acudir ante los Tribunales Jurisdiccionales competentes en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

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

CONDUSEF: teléfono 55-5340-0999 en la CDMX y del interior de la República al 800-999-8080; con domicilio en Av. Insurgentes Sur núm. 762, planta baja, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 Ciudad



de México, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

Vigencia del seguro

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

Iniciación.- 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 de esta Póliza, si se trata de quienes forman parte de la Colectividad Asegurada a la celebración de este contrato. En los demás casos, a partir de las cero (0) horas del día de la fecha inicial de vigencia estipulada en el certificado individual.

Terminación.- 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.

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.

Pago de indemnización

Cuantía del pago.- La cantidad que se les pagará directamente a los Proveedores médicos de la Compañía, 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 reintegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso.- La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía 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 de lo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía 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 Proveedores Médicos de la Compañía, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: 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 él o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
3. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser 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.

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.).

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 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 Médicos.

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, limitaciones de la póliza y aplicando un copago adicional de acuerdo a lo siguiente:

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

Concepto	Copago
Urgencia fuera de Red	
a) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	0% (cero por ciento) exceptuando los gastos realizados en el extranjero por urgencia médica, para los cuales aplica un copago de \$50.00 Dólares Americanos
b) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	20% adicional de la indemnización procedente
Atención fuera de Red	
c) Con aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	50% adicional de la indemnización procedente
d) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles siguientes:	50%+20% adicional de la indemnización procedente

cualquier obligación.

Modificaciones de la infraestructura hospitalaria

La Compañía informará al Contratante y a los Asegurados por escrito dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes en que suceda de los cambios de la Red de Prestadores de Servicios.

Cobros por servicios no cubiertos

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

Terminación anticipada

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato mediante notificación fehaciente a la Compañía, con treinta (30) días de anticipación, surtiendo efecto al término del plazo, debiendo las partes satisfacer



las obligaciones que tengan pendientes por cumplir conforme a este contrato.

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 5 días siguientes a que se verifiquen, los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- A Informar por escrito a la Compañía, en un plazo máximo de 5 días naturales 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 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.

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.

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 aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y otorgaron su consentimiento después de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

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. 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.

Daño moral

En los términos de la póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden y



en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que La Compañía no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

Cambio de contratante

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el Contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión⁴ de manera fehaciente al nuevo Contratante.

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

4. Transcripción de la Fracción II del Artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

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 CNSF, a partir del día 23 de abril de 2013 con el número CNSF-H0702-0078-2012/ CONDUSEF-001833-01.

