

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO O UNA ENFERMEDAD AMPARADA EL ASEGURADO INCURRIESE EN CUALQUIERA DE LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, SEGUROS INBURSA, S.A. (LA COMPAÑÍA) REEMBOLSARÁ O, EN CASO DE EXISTIR CONVENIO, PAGARÁ DIRECTAMENTE EL COSTO DE LOS MISMOS, AJUSTÁNDOLOS PREVIAMENTE A LAS LIMITACIONES CONSIGNADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y CLÁUSULAS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO LA PÓLIZA Y EL CERTIFICADO DEL ASEGURADO AFECTADO SE ENCUENTREN EN VIGOR EN LA FECHA EN QUE OCURRA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS.

CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD AMPARADA POR ESTA PÓLIZA, SE SUMARÁN LAS CANTIDADES RECLAMADAS QUE PROCEDAN, DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES Y CLÁUSULAS ADICIONALES. DEL IMPORTE ASÍ DETERMINADO SE DESCONTARÁ PRIMERO LA CANTIDAD QUE SE INDICA EN EL RUBRO DE DEDUCIBLE EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y, DESPUÉS, A LA CIFRA RESTANTE, LA CANTIDAD QUE RESULTE DE APLICAR EL PORCENTAJE DE GASTOS A CARGO DE CADA ASEGURADO (COASEGURO). LAS CANTIDADES POR COASEGURO Y DEDUCIBLE SE APLICARÁN A CADA ENFERMEDAD.

EN CASO DE GASTOS EFECTUADOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, NO SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE NI EL COASEGURO.

EL TOTAL DE LAS CANTIDADES QUE PAGUE LA COMPAÑÍA, POR RECLAMACIONES ORIGINADAS A CAUSA DE UN PADECIMIENTO QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO NO SERÁ SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA QUE SE HAYA CONTRATADO. EN CASO DE CONTRATARSE LA SUMA ASEGURADA EN FUNCIÓN DEL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, EL NÚMERO DE VECES DE SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL DE SUMA ASEGURADA VIGENTE A LA FECHA DE INICIO DEL PADECIMIENTO PERMANECERÁ FIJO DURANTE TODO EL TIEMPO DE COBERTURA, INCREMENTÁNDOSE ÚNICAMENTE POR LAS VARIACIONES QUE SUFRA EL CITADO SALARIO MÍNIMO.

1. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

LOS GASTOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO EN LA REPÚBLICA MEXICANA POR SERVICIOS Y/O MATERIALES MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE CUALQUIER ACCIDENTE AMPARADO O ENFERMEDAD AMPARADA, QUE POR PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO, SEAN NECESARIOS PARA TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO, Y QUE EFECTUÉ EL ASEGURADO, POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1.1 HONORARIOS QUIRÚRGICOS

- 1.1.1 LOS HONORARIOS DE MÉDICOS Y AYUDANTES, POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O CONSULTA MÉDICA, QUEDARÁN SUJETOS, COMO MÁXIMO, A LOS PORCENTAJES QUE APARECEN ANOTADOS EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS, APLICADOS SOBRE LA CIFRA BASE DEL PLAN CONTRATADO CONSIGNADA EN LA CLÁUSULA DE COBERTURA LIMITADA, SALVO ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO.
- 1.1.2 CUANDO EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA EL CIRUJANO PRACTIQUE AL ASEGURADO DOS O MAS OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ÚNICAMENTE EL IMPORTE DE LA MAYOR, O UNA DE ELLAS CUANDO LAS CANTIDADES ESTIPULADAS SEAN IGUALES.
- 1.1.3 SI EL CIRUJANO EFECTÚA OTRA INTERVENCIÓN DIFERENTE A LA PRINCIPAL, EN UNA REGIÓN DISTINTA DEL CUERPO DEL PACIENTE EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA, LOS HONORARIOS DE LA SEGUNDA INTERVENCIÓN SE PAGARÁN AL CINCUENTA POR CIENTO DE LO QUE MARCA EL CATÁLOGO; CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN ADICIONAL QUEDARÁ EXCLUÍDA.
- 1.1.4 SI SE REQUIERE OTRA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DIFERENTE ESPECIALIDAD, EN LA MISMA SESIÓN, LOS HONORARIOS DEL SEGUNDO CIRUJANO SE CUBRIRÁN AL CIEN POR CIENTO DE ACUERDO AL MONTO MARCADO EN EL CATÁLOGO. EN EL CASO DE UN POLITRAUMATIZADO, EL PAGO SE HARÁ DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LOS PÁRRAFOS 1.1.2 Y 1.1.3
- 1.1.5 SI HUBIERA NECESIDAD DE UNA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SE LE DARÁ TRATAMIENTO NORMAL, COMO SI SE TRATARA DE OTRA AFECCIÓN, SIEMPRE QUE SE REALICE DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS VEINTICUATRO HORAS DE HABERSE EFECTUADO LA PRIMERA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- 1.1.6 CUANDO SEA NECESARIA LA RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DE VARIOS ELEMENTOS (NEUROGRAFIAS, ARTERIOGRAFIAS, TENORRAFIAS) EN LA MISMA SESIÓN Y POR LA MISMA INCISIÓN, SE PAGARÁ EL CINCUENTA POR CIENTO DEL PORCENTAJE ESTIPULADO PARA LA MAS ELEVADA Y EL VEINTICINCO POR CIENTO DEL PORCENTAJE ESTIPULADO PARA LAS RESTANTES
- 1.1.7 LAS CIRUGÍAS QUIRÚRGICAS REALIZADAS, QUE NO SE ENCUENTREN EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS SE VALUARÁN POR SIMILITUD A LAS CONTENIDAS EN ÉL.
- 1.1.8 HONORARIOS DE ANESTESISTA, PAGÁNDOSE COMO MÁXIMO, HASTA EL TREINTA POR CIENTO DE LOS CORRESPONDIENTES AL MÉDICO CIRUJANO TITULAR.

- 1.1.9 HONORARIOS DE AYUDANTES; PAGÁNDOSE COMO MÁXIMO, PARA EL PRIMER AYUDANTE HASTA EL VEINTE POR CIENTO DE LOS HONORARIOS DEL MÉDICO TITULAR; PARA EL SEGUNDO AYUDANTE HASTA EL DIEZ POR CIENTO DE LOS HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO TITULAR.
- 1.2 HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS. LOS HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS POST-OPERATORIAS QUEDARÁN COMPRENDIDAS EN EL PAGO TOTAL INDICADO EN EL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS .
- 1.3 EL PAGO DE LOS HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE DEBE EFECTUAR LA COMPAÑÍA, EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ EL CIEN POR CIENTO DE LA CIFRA BASE DEL PLAN CONTRATADO POR EL ASEGURADO.
- 1.4 GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN, REPRESENTADOS POR EL COSTO DEL CUARTO PRIVADO STANDARD, CON BAÑO Y ALIMENTOS, ASÍ COMO MEDICINAS CONSUMIDAS EN EL MISMO POR EL ASEGURADO.
- 1.5 GASTOS DE ANESTESIA Y DE SALA DE OPERACIONES, RECUPERACIÓN, O DE CURACIONES.
- 1.6 GASTOS ORIGINADOS POR LA ESTANCIA DEL ASEGURADO EN TERAPIA INTENSIVA, INTERMEDIA, Y UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS.
- 1.7 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARÁCTER RECONSTRUCTIVO, NO ESTÉTICO, QUE RESULTEN INDISPENSABLES, A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS.
- 1.8 HONORARIOS DE ENFERMERAS, PRESCRITAS POR EL MÉDICO TRATANTE, CON UN MÁXIMO DE TRES TURNOS POR DÍA. EN CASO DE CONTRATARSE FUERA DE UN HOSPITAL, SE PAGARÁ POR UN MÁXIMO DE TREINTA DÍAS, POR CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD, CON MÁXIMO, POR TURNO DE OCHO HORAS, DEL VEINTICINCO POR CIENTO DEL SALARIO MÍNIMO MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL.
- 1.9 MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS FUERA DEL HOSPITAL O SANATORIO, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y SE ACOMPAÑE LA NOTA ORIGINAL DE LA FARMACIA, CON LA RECETA CORRESPONDIENTE.
- 1.10 ANÁLISIS DE LABORATORIOS, ESTUDIOS DE RAYOS X, ISÓTOPOS RADIOACTIVOS, DE ELECTRORADIOGRAFÍA, DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA, O DE CUALQUIERA OTROS INDISPENSABLES PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CUBIERTOS.
- 1.11 TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIONES DE PLASMA, SUEROS, U OTRAS SUBSTANCIAS SEMEJANTES.
- 1.12 GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXÍGENO.
- 1.13 GASTOS ORIGINADOS POR LA RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO.
- 1.14 GASTOS ORIGINADOS POR TRATAMIENTOS DE RADIO, TERAPIA-RADIOACTIVA, TERAPIA-FÍSICA, O INHALOTERAPIA, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR EL MÉDICO.
- 1.15 GASTOS QUE RESULTEN DE LA COMPRA DE APARATOS DE PRÓTESIS, PRESCRITOS POR EL MÉDICO, QUEDARÁN CUBIERTOS, HASTA UN MÁXIMO, DEL DIEZ POR CIENTO DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA:
- A) SOLO ESTARÁN CUBIERTAS LAS PRÓTESIS DENTALES, COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE AMPARADO.
- B) QUEDARÁ EXCLUÍDA LA REPOSICIÓN DE APARATOS DE PRÓTESIS YA EXISTENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
- 1.16 GASTOS DE TRANSPORTE TERRESTRE, PROPORCIONADO POR SERVICIOS PROFESIONALES DE AMBULANCIA, HACIA O DESDE UN HOSPITAL.
- 1.17 GASTOS POR TRATAMIENTOS DE PADECIMIENTOS CONGÉNITOS DE LOS HIJOS DE LOS ASEGURADOS, NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO TITULAR.
- 1.18 LOS HONORARIOS Y CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO , REALIZADOS POR QUIROPRÁCTICOS, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉN RECOMENDADOS POR UN MÉDICO , Y TENGAN CÉDULA PROFESIONAL.
- 1.19 LOS GASTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, QUE OCURRAN DESPUÉS DEL PERÍODO DE ESPERA, ES DECIR, QUE SU TRATAMIENTO INICIAL (MÉDICO O QUIRÚRGICO), SEA A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA CONTINUA DE LA PÓLIZA EN SEGUROS INBURSA, S.A., PARA CADA ASEGURADA:
- A) LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON MOTIVO DE EMBARAZOS EXTRAUTERINOS. B) LOS ESTADOS DE FIEBRE PUERPERAL.
- C) LOS ESTADOS DE ECLAMPSIA Y TOXICOSIS GRAVÍDICA

D) LA OPERACIÓN CESÁREA, CUANDO SEA EFECTUADA POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA, INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE. SE CUBRE COMO ENFERMEDAD CON DEDUCIBLE DE CINCO VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, A LA FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

E) EMBARAZO MOLAR.

CUALQUIER OTRA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO NO QUEDA CUBIERTA.

1.20 COSTO DE LA CAMA EXTRA PARA EL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO, DURANTE LA INTERNACIÓN DE ESTE EN UN SANATORIO U HOSPITAL.

1.21 EN CASO DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA: RENTA DE EQUIPO PARA RECUPERACIÓN, INCLUYENDO CAMA TIPO HOSPITAL, SILLA DE RUEDAS, VENTILADORES, RESPIRADORES ARTIFICIALES, PULMÓN DE ACERO, O CUALQUIER OTRO EQUIPO MECÁNICO USADO PARA EL TRATAMIENTO DE PARÁLISIS RESPIRATORIA O PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.

NOTA: EN TODO CASO Y TODA VEZ QUE EL GASTO MÉDICO INCLUYE EL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (I.V.A.), LA INDEMNIZACIÓN RESPECTIVA LO COMPRENDERÁ.

2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

EL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS RESULTANTES DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES (ACCIDENTE O ENFERMEDAD), ENTENDIÉNDOSE POR ESTOS,

AQUELLOS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO AFECTADO, QUE FUERON DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO, APARENTE A LA VISTA, Y LOS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUEDEN PASAR DESAPERCIBIDOS. ASÍ MISMO, AQUELLOS POR LOS CUALES SE HAYAN EROGADO GASTOS, CON ANTERIORIDAD A DICHA FECHA.

2.2 EROGACIONES FUERA DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

2.3 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, EL APRENDIZAJE, O EL SUEÑO.

2.4 AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO; ABORTOS, A MENOS QUE SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE; PARTOS PREMATUROS O PARTOS NORMALES O ANORMALES, LEGRADOS CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUEPERIO, QUE NO SEAN PRECISAMENTE DE LAS CONSIGNADAS EN ESTA PÓLIZA, EN EL INCISO 1.19 DEL CAPÍTULO GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

2.5 TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DERIVADOS DEL SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y SUS COMPLICACIONES.

2.6 PADECIMIENTOS DE ALCOHOLISMO O QUE RESULTEN POR EL USO O ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL O DE ALGUNA DROGA, ESTIMULANTE, O SIMILARES, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.

2.7 TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES CUALQUIERA QUE SEA SU NATURALEZA Y ORIGEN, EXCEPTO AQUELLOS QUE SEAN COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

CUBIERTO, QUE HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO AFECTADO.

- 2.8 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARÁCTER ESTÉTICO.
- 2.9 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CON EL FIN DE CORREGIR EL ASTIGMATISMO, PRESBIOPÍA, HIPERMETROPÍA, O MIOPÍA.
- 2.10 ESTRABISMO DE LOS ASEGURADOS NACIDOS FUERA DE LA VIGENCIA DEL SEGURO DEL ASEGURADO TITULAR.
- 2.11 TRATAMIENTOS DE CALVICIE, OBESIDAD, REDUCCIÓN DE PESO, O TABAQUISMO.
- 2.12 CIRCUNCISIÓN, EXCEPTO EN LOS CASOS EN QUE SEA PRESCRITA POR UN MÉDICO.
- 2.13 EXÁMENES DE LA VISTA, ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, O APARATOS AUDITIVOS.
- 2.14 CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DE ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE CHECK-UP.
- 2.15 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA CONTROL DE NATALIDAD O ESTERILIDAD.
- 2.16 CIRUGÍAS DE NARIZ O SENOS PARANASALES, SALVO LOS CASOS EN QUE SEA INDISPENSABLE, A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO PARA EL ASEGURADO AFECTADO.
- 2.17 TRATAMIENTOS ORIGINADOS POR CUALQUIER AFECCIÓN, O COMPLICACIÓN EN LA PERSONA DEL ASEGURADO, QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE RADIACIONES ATÓMICAS O NUCLEARES, O DERIVADOS DE ESTAS, SIEMPRE QUE CONSTITUYAN RIESGOS CATASTRÓFICOS, POR AFECTAR A TODA UNA COLECTIVIDAD.
- 2.18 TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DERIVADAS DE: INTENTOS DE SUICIDIO O LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGESTIÓN DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS, EXCEPTO LOS PRESCRITOS POR UN MÉDICO.
- 2.19 EROGACIONES REALIZADAS POR ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO DURANTE LA INTERNACIÓN
DE ESTE EN SANATORIO U HOSPITAL, TALES COMO CUARTO O ALIMENTOS EXTRA, ADICIONALES A LOS CONSIGNADOS EN ESTA PÓLIZA EN EL INCISO 1.20 DEL CAPÍTULO DE GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.
- 2.20 PAGO DE SERVICIOS A ACOMPAÑANTES EN EL TRASLADO DEL ASEGURADO EN CALIDAD DE PACIENTE, O GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN HOSPITALES, DENTRO O FUERA DEL PAÍS.
- 2.21 LESIONES PROVOCADAS EN RIÑA, ÚNICAMENTE CON PROVOCACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO.

- 2.22 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, REBELIÓN, O INSURRECCIONES.
- 2.23 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA CUANDO PARTICIPE EN PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA, O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- 2.24 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS HAGA USO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR, SALVO QUE DICHO USO SE DERIVE DE UNA COMISIÓN LABORAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR SU PATRÓN, O QUE SEA OCASIONAL O AMATEUR.
- 2.25 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA DURANTE LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE, EN DONDE EL ASEGURADO RECIBA INGRESOS POR SU PARTICIPACIÓN.
- 2.26 LESIONES QUE EL ASEGURADO SUFRA MIENTRAS SE ENCUENTRE A BORDO DE UNA AERONAVE,
COMO PILOTO, MECÁNICO DE VUELO, MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, O EN CUALQUIER TIPO DE ENTRENAMIENTO EN VUELO.
- 2.27 CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA O QUE PUEDA SURGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES, AFECCIONES O INTERVENCIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS EN ESTE CONTRATO, SIEMPRE QUE DICHAS COMPLICACIONES SEAN COMPROBADAS POR LA COMPAÑÍA.
- 2.28 LESIONES ORIGINADAS EN ACTOS DELICTIVOS INTENCIONALES EN QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- 2.29 PELUQUERÍA, BARBERÍA, PEDICURISTA, LA COMPRA O ALQUILER DE APARATOS Y/O SERVICIOS PARA LA COMODIDAD PERSONAL.
- 2.30 TRATAMIENTOS DE NATURALEZA EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN.

3. CLÁUSULAS GENERALES

DEFINICIONES

- 3.1. ACCIDENTE.- ES AQUEL ACONTECIMIENTO PROVENIENTE DE UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA Y VIOLENTA QUE PRODUZCA LESIONES CORPORALES EN LA PERSONA DEL ASEGURADO. POR LO TANTO, NO SE CONSIDERARÁ ACCIDENTE CUANDO LAS LESIONES SEAN PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL PROPIO ASEGURADO.
- ACCIDENTE AMPARADO.- SE CONSIDERA COMO TAL, SIEMPRE QUE AL OCURRIR SE ENCUENTRE VIGENTE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA, PARA EL ASEGURADO AFECTADO.
- 3.2. ENFERMEDAD.- SE ENTENDERÁ POR ENFERMEDAD TODA ALTERACIÓN DE LA SALUD QUE RESULTE DE LA ACCIÓN DE AGENTES MORBOSOS, DE ORIGEN INTERNO O EXTERNO, CON RELACIÓN AL ORGANISMO. SON MATERIA DE ESTA PÓLIZA SOLO LAS ENFERMEDADES QUE AMERITEN TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO.
- ENFERMEDAD AMPARADA.- TODA AQUELLA CUYO INICIO OCURRA MIENTRAS SE ENCUENTRE VIGENTE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO AFECTADO.
- LAS RECAÍDAS, COMPLICACIONES, O SECUELAS, SE CONSIDERARÁN COMO LA MISMA ENFERMEDAD AMPARADA QUE LES DIO ORIGEN.

- 3.3. PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.- PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD PREEXISTENTE ES AQUELLA QUE PREVIAMENTE A LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO: A) SE HAYA DECLARADO SU EXISTENCIA, O B) QUE SE COMPROUEBE 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, O C) EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS, COMPROBABLES DOCUMENTALMENTE, PARA RECIBIR UN TRATAMIENTO MÉDICO DEL PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD DE QUE SE TRATE.

LA COMPAÑÍA SÓLO PODRÁ RECHAZAR UNA RECLAMACIÓN POR UN PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD PREEXISTENTE CUANDO CUENTE CON LAS PRUEBAS QUE SE SEÑALAN EN LOS CASOS DEL PÁRRAFO ANTERIOR.

CUANDO LA COMPAÑÍA CUENTE CON PRUEBAS DOCUMENTALES DE QUE EL ASEGURADO HAYA HECHO GASTOS PARA RECIBIR UN DIAGNÓSTICO DEL PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD DE QUE SE TRATE, PODRÁ SOLICITAR EL RESULTADO DEL DIAGNÓSTICO CORRESPONDIENTE, O EN SU CASO EL EXPEDIENTE MÉDICO O CLÍNICO, PARA RESOLVER LA PROCEDENCIA DE LA RECLAMACIÓN.

EN CASO DE QUE EXISTA ALGUNA CONTROVERSIAS POR ESTE CONCEPTO SE APLICARÁ LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA DENOMINADA ARBITRAJE MÉDICO.

SI USTED(ES) SE SOMETIÓ(ERON) A EXAMEN MÉDICO A SOLICITUD DE LA COMPAÑÍA, NO PODRÁN APLICÁRSELE(S) LAS DISPOSICIONES RELATIVAS A LOS PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES PREEXISTENTES RESPECTO DE LOS PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES RELATIVOS AL TIPO DE EXAMEN QUE SE LE(S) HAYA APLICADO, QUE NO HUBIESE SIDO DIAGNOSTICADO EN EL CITADO EXAMEN.

- 3.4. URGENCIA O EMERGENCIA.- NECESIDAD IMPOSTERGABLE DE SUMINISTRAR SERVICIOS MÉDICOS, AL ASEGURADO O A CUALQUIERA DE SUS DEPENDIENTES, PARA EVITAR LA MUERTE O UN DAÑO INMINENTE Y GRAVE A SU SALUD O INTEGRIDAD FÍSICA.
- 3.5. PLAN CONTRATADO.- SE REFIERE AL PLAN QUE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN DEL GRUPO ASEGURADO SE HA CONTRATADO. ESTE PUEDE SER AMPLIO O LIMITADO (AAA, AA, A).

LAS ESPECIFICACIONES DEL PLAN LIMITADO EN LO QUE SE REFIERE AL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS Y NIVEL DE ATENCIÓN HOSPITALARIA, SE ESTABLECEN EN LA CLÁUSULA DE COBERTURA LIMITADA QUE SE ANEXA A LA PÓLIZA.

DICHAS ESPECIFICACIONES NO OPERAN EN EL PLAN AMPLIO.

- 3.6. MÉDICO.- PERSONA QUE EJERCE LA MEDICINA, TITULADO, Y LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y PUEDE SER: MÉDICO GENERAL, MÉDICO ESPECIALISTA, O CIRUJANO.

SE ENTENDERÁN COMO HONORARIOS MÉDICOS, LA SUMA DE LOS GASTOS EROGADOS POR LOS SIGUIENTES CONCEPTOS: HONORARIOS POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, AYUDANTES E INSTRUMENTISTAS, ASÍ COMO LAS VISITAS POSTOPERATORIAS.

- 3.7. ANESTESISTA.- MÉDICO ESPECIALIZADO EN LA PREPARACIÓN Y SUMINISTRO DE ANESTESIA.
- 3.8. ENFERMERA.- PERSONA QUE EJERCE LA ENFERMERÍA, CON TÍTULO Y LEGALMENTE AUTORIZADA PARA LA PRÁCTICA DE SU PROFESIÓN.
- 3.9. HOSPITAL.- ESTABLECIMIENTO CON SERVICIO LAS VEINTICUATRO HORAS DEL DÍA, PARA LA ESTANCIA DE ENFERMOS, CON SALAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CON MÉDICOS Y ENFERMERAS TITULADOS, Y QUE ESTÉN LEGALMENTE ESTABLECIDOS.
LOS HOSPITALES SE CLASIFICAN CONFORME A SUS COSTOS Y CAPACIDADES TÉCNICAS INSTALADAS EN AAA (NIVEL MÁXIMO), AA (NIVEL MEDIO), O A (NIVEL BÁSICO), TENIENDO O NO CONVENIO FIRMADO CON LA COMPAÑÍA. LA CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES POR PLAN CONTRATADO PUEDE SER CONSULTADA CON EL MÉDICO DICTAMINADOR DE LA COMPAÑÍA, EN LAS OFICINAS DE LA MISMA, O BIEN, PUEDE SOLICITARSE LA INFORMACIÓN TELEFÓNICAMENTE.
- 3.10. DEPENDIENTES ECONÓMICOS O FAMILIA DEL ASEGURADO TITULAR.-EL CÓNYUGE, LOS HIJOS QUE SEAN SOLTEROS, QUE NO TENGAN INGRESOS POR TRABAJO PERSONAL, Y QUE SEAN MENORES DE VEINTICINCO AÑOS DE EDAD. SOLAMENTE ESTARÁN CUBIERTOS A SOLICITUD EXPRESA DEL CONTRATANTE Y PREVIA ACEPTACIÓN DE LA COMPAÑÍA.
- 3.11. CONTRATANTE.- ES AQUELLA PERSONA MORAL QUE APARECE COMO REPRESENTANTE DEL GRUPO Y QUE SE COMPROMETE A REALIZAR EL PAGO DE LAS PRIMAS.

CUANDO HAYA CAMBIO DE CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA PODRÁ RESCINDIR EL CONTRATO DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ESE HECHO Y SUS OBLIGACIONES TERMINARÁN TREINTA DÍAS DESPUÉS DE HABER SIDO NOTIFICADA LA RESCISIÓN POR ESCRITO AL NUEVO CONTRATANTE. LA COMPAÑÍA REEMBOLSARÁ A ÉSTE LA PARTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL TIEMPO QUE FALTE PARA LA TERMINACIÓN DE LA VIGENCIA INICIALMENTE PACTADA.

- 3.12. DEDUCIBLE.- LA CANTIDAD FIJA QUE EL ASEGURADO DEBERÁ APORTAR POR CADA ENFERMEDAD AMPARADA.

- 3.13. COASEGURO.- PORCENTAJE DE GASTOS CUBIERTOS, UNA VEZ DESCONTADO EL DEDUCIBLE, QUE QUEDARÁ A CARGO DEL ASEGURADO. SOLAMENTE SE APLICARÁ POR ENFERMEDAD.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO TUVIERA QUE RECURRIR A ALGÚN HOSPITAL DE MAYOR NIVEL A LOS DEL PLAN CONTRATADO, PARTICIPARÁ CON EL DEDUCIBLE Y COASEGURO PACTADOS, AUMENTADO ESTE ÚLTIMO EN VEINTE PUNTOS PORCENTUALES.

EL COASEGURO MÁXIMO ABSOLUTO A CARGO DEL ASEGURADO SERÁ DE TREINTA VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DEL PRIMER GASTO DE UN PADECIMIENTO, INDEPENDIENTEMENTE DEL PLAN CONTRATADO.

- 3.14. CONVENIO DE PAGO DIRECTO.- DOCUMENTO MEDIANTE EL CUAL LA INSTITUCIÓN ACUERDA EL PAGO DE SERVICIOS Y HONORARIOS A MÉDICOS Y HOSPITALES QUE PREVIAMENTE HAYAN ACORDADO FIRMAR Y PARTICIPAR, POR PROPIA CUENTA Y EN SUSTITUCIÓN DEL ASEGURADO, RESPECTO A ENFERMEDADES Y ACCIDENTES CUBIERTOS, HASTA EL MONTO AMPARADO. EN CASO DE QUE EL MÉDICO NO ACEPTE EL PAGO DIRECTO, EL ASEGURADO PAGARÁ LOS HONORARIOS, LOS CUALES LE SERÁN REEMBOLSADOS POSTERIORMENTE POR LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA.
- 3.15. REEMBOLSO. ESTE SISTEMA CONSISTE EN QUE LOS GASTOS REALIZADOS COMO CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS POR LA PÓLIZA, DEBERÁN SER LIQUIDADOS POR EL ASEGURADO DIRECTAMENTE AL PRESTADOR DE SERVICIOS.

EN CASO DE QUE LA RECLAMACIÓN PROCEDIERA A TRAVÉS DE ESTE SISTEMA, EL ASEGURADO DEBERÁ COMPROBAR A LA ASEGURADORA LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO. EL RECLAMANTE DEBERÁ ENTREGAR LOS COMPROBANTES ORIGINALES QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS FISCALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS, HISTORIA CLÍNICA, RADIOGRAFÍAS, ESTUDIOS Y/O CUALQUIER OTRO ELEMENTO QUE CONFIRME LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

LOS GASTOS QUE PROCEDAN SERÁN REEMBOLSADOS POR LA COMPAÑÍA AL ASEGURADO O A QUIEN ESTE DESIGNE.

- 3.16. HOSPITALIZACIÓN. PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, ES LA ESTANCIA CONTINUA EN UN HOSPITAL O SANATORIO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA SEA JUSTIFICADA Y COMPROBABLE, PARA EL PADECIMIENTO, A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO INGRESE COMO PACIENTE INTERNO.
- 3.17. CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS. RELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS, DONDE SE DETERMINA EL MONTO MÁXIMO QUE PAGARÁ LA COMPAÑÍA PARA CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTOS.

4. BASES DEL CONTRATO

- 4.1. CONTRATO.- LAS DECLARACIONES DEL CONTRATANTE, PROPORCIONADAS, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA EN LA SOLICITUD, CONFORME A LAS CUALES HAN SIDO CLASIFICADOS LOS RIESGOS, ESTA PÓLIZA, SUS ENDOSOS, EL REGISTRO DE ASEGURADOS, LOS CERTIFICADOS, Y CONSENTIMIENTOS INDIVIDUALES, FORMAN PARTE Y CONSTITUYEN TESTIMONIO DEL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXPEDIR ENDOSOS DE EXCLUSIÓN, MEDIANTE LOS CUALES SE EXCLUYA LA COBERTURA DE DETERMINADOS PADECIMIENTOS QUE, POR SU NATURALEZA, INFUJAN EN LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

- 4.2. MODIFICACIONES AL CONTRATO . - LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SOLAMENTE PODRÁN MODIFICARSE PREVIO ACUERDO ENTRE EL CONTRATANTE Y LA COMPAÑÍA, EL CUAL DEBERÁ CONSTAR POR ESCRITO, MEDIANTE ENDOSOS O CLÁUSULAS ADICIONALES, REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, COMO LO PREVIENE EL ARTÍCULO 19 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

EN CONSECUENCIA, LOS AGENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA NO AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA CARECEN DE FACULTADES PARA HACER MODIFICACIONES O CONCESIONES.

SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL ASEGURADO PODRÁ PEDIR LA RECTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE, DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS QUE SIGAN AL DÍA EN QUE RECIBA LA PÓLIZA. TRANSCURRIDO ESTE PLAZO SE CONSIDERARÁN ACEPTADAS LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA O DE SUS MODIFICACIONES. (ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO). ESTE DERECHO SE HACE EXTENSIVO AL CONTRATANTE.

- 4.3. OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN.- EL CONTRATANTE Y LOS ASEGURADOS ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA, DE ACUERDO CON LOS CUESTIONARIOS RELATIVOS, TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES QUE SE LE PREGUNTEN PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO , QUE PUEDAN INFUIR EN LAS CONDICIONES CONVENIDAS, TAL COMO LOS CONOZCAN O DEBAN CONOCER EN EL MOMENTO DE LA DECLARACIÓN. LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS IMPORTANTES, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFUIÓ EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO (ARTÍCULOS 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

- 4.4. RENOVACIÓN.- ESTA PÓLIZA SE CONSIDERARÁ RENOVADA, POR PERIODOS DE UN AÑO, SI DENTRO DE LOS ÚLTIMOS SESENTA DÍAS DE VIGENCIA DE CADA PERÍODO, ALGUNA DE LAS PARTES NO DA AVISO A LA OTRA, POR ESCRITO, DE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLA. EL PAGO DE LA PRIMA ACREDITADO MEDIANTE EL RECIBO, EXTENDIDO EN LAS FORMAS USUALES DE LA COMPAÑÍA, SE TENDRÁ COMO PRUEBA SUFFICIENTE DE TAL RENOVACIÓN.

NO QUEDARÁN CUBIERTOS, A PARTIR DE CUALQUIER RENOVACIÓN, LOS ASEGURADOS CUYA EDAD, A LA FECHA DE RENOVACIÓN, ESTÉ FUERA DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA.

LA TARIFA, SERÁ LA QUE RIJA EN LA FECHA DE RENOVACIÓN, SOMETIDA A REGISTRO Y VIGILANCIA DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

4.5. EDAD

- A) LA COMPAÑÍA NO ACEPTARÁ EL INGRESO A ESTA PÓLIZA DE PERSONAS MAYORES DE SESENTA Y CUATRO AÑOS. EN LOS CASOS DE RENOVACIÓN, LA PÓLIZA PODRÁ ESTAR EN VIGOR HASTA UN LÍMITE DE SESENTA Y NUEVE AÑOS DE EDAD DE CADA ASEGURADO.

- B) CUANDO SE COMPRUEBE QUE HUBO INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE LA EDAD DEL ASEGURADO, LA EMPRESA 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 EMPRESA. EN ESTE CASO SE DEVOLVERÁ AL CONTRATANTE LA RESERVA DEL CONTRATO, EXISTENTE EN LA FECHA DE SU RESCISIÓN.

- C) SI LA EDAD DEL ASEGURADO ESTUVIERE COMPRENDIDA DENTRO DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN FIJADOS POR LA COMPAÑÍA, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES REGLAS:

- CUANDO A CONSECUENCIA DE LA INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD, SE PAGARE UNA PRIMA MENOR DE LA QUE CORRESPONDERÍA POR LA EDAD REAL, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN QUE EXISTA ENTRE LA PRIMA ESTIPULADA Y LA PRIMA DE TARIFA PARA LA EDAD REAL, VIGENTE EN LA ÚLTIMA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA ANUAL DE LA PÓLIZA.

- SI LA COMPAÑÍA HUBIERE SATISFECHO YA EL IMPORTE DEL SEGURO, AL DESCUBRIRSE LA INEXACTITUD DE LA INDICACIÓN SOBRE LA EDAD DEL ASEGURADO, TENDRÁ DERECHO A REPETIR LO QUE HUBIERE PAGADO DE MAS, CONFORME AL CÁLCULO DE LA FRACCIÓN ANTERIOR, INCLUYENDO LOS INTERESES RESPECTIVOS, USANDO UNA TASA IGUAL AL PROMEDIO DEL COSTO PORCENTUAL PROMEDIO DE CAPTACIÓN QUE PUBLICA MENSUALMENTE EL BANCO DE MÉXICO.

- SI A CONSECUENCIA DE LA INEXACTA DECLARACIÓN DE LA EDAD, SE ESTUVIERE PAGANDO UNA PRIMA MAS ELEVADA QUE LA CORRESPONDIENTE A LA EDAD REAL, LA COMPAÑÍA ESTARÁ OBLIGADA A REEMBOLSAR LA DIFERENCIA ENTRE LA RESERVA EXISTENTE Y LA QUE HABRÍA SIDO NECESARIA PARA LA EDAD DEL ASEGURADO EN LA ÚLTIMA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LAS PRIMAS ULTERIORES DEBERÁN REDUCIRSE, DE ACUERDO CON ESTA EDAD.

- D) LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE EXIGIR, EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPROBACIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO DE LOS ASEGURADOS, EN CUYO CASO, HARÁ LA ANOTACIÓN CORRESPONDIENTE, Y NO TENDRÁ DERECHO A EXIGIR NUEVAS PRUEBAS PARA Dicha COMPROBACIÓN.

4.6. MOVIMIENTOS

ALTAS DE ASEGURADOS.- LA COMPAÑÍA, MIENTRAS ESTÉ EN VIGOR LA PÓLIZA, PODRÁ INCLUIR BAJO LA PROTECCIÓN DE LA MISMA, NUEVOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURABLE, PARA LO CUAL EL CONTRATANTE DEBERÁ SOLICITARLO, POR ESCRITO, DE ACUERDO CON LAS REGLAS ESTABLECIDAS EN ESTA PÓLIZA. LAS ALTAS DE PERSONAS QUE SE SOLICITEN CON POSTERIORIDAD A LOS PRIMEROS TREINTA DÍAS DE HABER ADQUIRIDO EL DERECHO DE FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, QUEDARÁN SUJETAS A LA ACEPTACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA, CONFORME A LAS PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD QUE, EN TAL CASO, QUEDA FACULTADA A SOLICITAR. EL CONTRATANTE DEBERÁ ENVIR A LA COMPAÑÍA ALGÚN DOCUMENTO QUE PRUEBE LA FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO AL GRUPO.

CUANDO EL GRUPO ASEGURADO INCLUYA A LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO TITULAR Y ESTOS ADQUIERAN DERECHOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, QUEDARÁN CUBIERTOS A PARTIR DE LA FECHA DEL MATRIMONIO CIVIL O DEL NACIMIENTO, SIEMPRE Y CUANDO LA COMPAÑÍA RECIBA AVISO POR ESCRITO DEL CONTRATANTE DURANTE LOS PRIMEROS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A DICHA FECHA, DEBIENDO ADJUNTAR EL ACTA DE MATRIMONIO O NACIMIENTO RESPECTIVA Y ESTARÁ OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA CORRESPONDIENTE. DE NO HABERSE HECHO ASÍ, SU INCLUSIÓN QUEDARÁ CONDICIONADA A LA ACEPTACIÓN PREVIA DE LA COMPAÑÍA.

EN CASO DE ALTA DE UN ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA COBRARÁ UNA PRIMA DE ACUERDO CON LA EDAD, DOMICILIO, SEXO, Y OCUPACIÓN DE DICHO ASEGURADO, CALCULADA EN PROPORCIÓN, DESDE LA FECHA DE INGRESO HASTA EL PRÓXIMO VENCIMIENTO DEL PAGO DE LA PRIMA.

CANCELACIÓN DE ASEGURADOS.-SE CANCELARÁN EN ESTA PÓLIZA AQUELLAS PERSONAS QUE SE SEPAREN DEL GRUPO ASEGURADO, PARA LO CUAL EL CONTRATANTE SE OBLIGA A AVISAR SU CANCELACIÓN, DE INMEDIATO, Y POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA. LOS BENEFICIOS DEL SEGURO PARA ESTAS PERSONAS CESARÁN DESDE EL MOMENTO DE LA SEPARACIÓN, SALVO POR SINIESTROS OCURRIDOS ANTES DE LA CANCELACIÓN Y CONFORME AL INCISO 6.7

EN CASO DE CANCELACIÓN DE UN ASEGURADO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LA COMPAÑÍA DEVOLVERÁ AL CONTRATANTE LA PRIMA NETA NO DEVENGADA CORRESPONDIENTE A DICHO ASEGURADO.

CUANDO UN MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURADO NO CUBRA AL CONTRATANTE LA PARTE DE LA PRIMA A QUE SE HUBIESE OBLIGADO, ESTE PODRÁ SOLICITAR SU CANCELACIÓN A LA COMPAÑÍA.

- 4.7. OBLIGACIÓN DE ASEGURAR.- EL CONTRATANTE SE OBLIGA A SOLICITAR SEGURO PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE, EN EL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA, REÚNAN LAS CARACTERÍSTICAS NECESARIAS PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE. ASIMISMO, SE OBLIGA A SOLICITAR SEGURO EN LOS TÉRMINOS DE ESTA PÓLIZA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE, CON POSTERIORIDAD, LLEGAREN A CUMPLIR DICHAS CARACTERÍSTICAS, DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A QUE LAS CUMPLAN.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN, POR PARTE DEL CONTRATANTE, FACULTARÁ A LA COMPAÑÍA A DAR POR TERMINADO EL CONTRATO, MEDIANTE AVISO POR ESCRITO AL CONTRATANTE, COMUNICADO CON TREINTA DÍAS DE ANTICIACIÓN A LA FECHA EFECTIVA DE TERMINACIÓN.

- 4.8. REHABILITACIÓN.- NO OBSTANTE LO DISPUESTO EN LA CLÁUSULA "PRIMAS" DE LAS CONDICIONES GENERALES, EL ASEGURADO O CONTRATANTE PODRÁN, DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES AL ÚLTIMO DÍA DEL PLAZO DE GRACIA SEÑALADO EN DICHA CLÁUSULA, PAGAR LA PRIMA DE ESTE SEGURO O LA PARTE CORRESPONDIENTE DE ELLA, SI SE HA PACTADO SU PAGO FRACCIONADO. EN ESTE CASO, POR EL SOLO HECHO DEL PAGO MENCIONADO LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO SE REHABILITARÁN A PARTIR DE LA HORA Y DÍA SEÑALADOS EN EL COMPROBANTE DE PAGO Y LA VIGENCIA ORIGINAL SE PRORROGARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR UN LAPSO IGUAL AL COMPRENDIDO ENTRE EL ÚLTIMO DÍA DEL MENCIONADO PLAZO DE GRACIA Y LA HORA Y DÍA EN QUE SURTA EFECTO LA REHABILITACIÓN.

SIN EMBARGO, SI, A MAS TARDAR AL HACER EL PAGO DE QUE SE TRATA, EL ASEGURADO SOLICITA, POR ESCRITO, QUE ESTE SEGURO CONERVE SU VIGENCIA ORIGINAL, LA COMPAÑÍA AJUSTARÁ Y, EN SU CASO, DEVOLVERÁ DE INMEDIATO, A PRORRATA, LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PERÍODO DURANTE EL CUAL CESARON LOS EFECTOS DEL MISMO, CONFORME AL ARTÍCULO 40 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, CUYOS MOMENTOS INICIAL Y TERMINAL SE INDICAN AL FINAL DEL PÁRRAFO PRECEDENTE.

EN CASO DE QUE NO SE CONSIGNE LA HORA EN EL COMPROBANTE DE PAGO, SE ENTENDERÁ REHABILITADO EL SEGURO DESDE LAS CERO HORAS DE LA FECHA DE PAGO.

SIN PERJUICIO DE SUS EFECTOS AUTOMÁTICOS, LA REHABILITACIÓN A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA DEBERÁ HACERLA CONSTAR LA COMPAÑÍA, PARA FINES ADMINISTRATIVOS, EN EL RECIBO QUE SE EMITA CON MOTIVO DEL PAGO CORRESPONDIENTE Y EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE SE EMITA CON POSTERIORIDAD A DICHO PAGO.

- 4.9. NOTIFICACIONES.- CUALQUIER COMUNICACIÓN O NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON ESTA PÓLIZA DEBERÁ HACERSE A LA COMPAÑÍA, POR ESCRITO, PRECISAMENTE A SU DOMICILIO SOCIAL.
- 4.10. MONEDA.- TANTO EL PAGO DE LA PRIMA COMO LAS INDEMNIZACIONES A QUE HAYA LUGAR POR ESTA PÓLIZA, SON LIQUIDABLES, EN MONEDA NACIONAL, DE ACUERDO CON LA LEY MONETARIA VIGENTE EN LA FECHA DE PAGO, EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA COMPAÑÍA EN LA REPÚBLICA MEXICANA.
- 4.11. COMPETENCIA.- EN CASO DE CONTROVERSIAS, EL QUEJOSO PODRÁ, A SU ELECCIÓN, OCURRIR A PRESENTAR SU RECLAMACIÓN ANTE LA COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF), EN SUS OFICINAS CENTRALES O EN CUALQUIERA DE SUS DELEGACIONES O ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE ESTA INSTITUCIÓN DE SEGUROS EN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 50-BIS Y 68 DE LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS, O BIEN, PODRÁ PRESENTAR SU DEMANDA ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES DEL DOMICILIO DE CUALQUIERA DE LAS DELEGACIONES DE LA CONDUSEF EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 136 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, LO QUE DEBERÁ HACER DENTRO DEL TÉRMINO DE DOS AÑOS CONTADOS A PARTIR DE QUE SE SUSCITE EL HECHO QUE LE DIO ORIGEN, O EN SU CASO, A PARTIR DE LA NEGATIVA DE ESTA INSTITUCIÓN DE SEGUROS A SATISFACER SUS PRETENSIONES.

EN CASO DE QUE EL QUEJOSO DECIDA PRESENTAR SU RECLAMACIÓN ANTE CONDUSEF Y LAS PARTES NO SE SOMETAN AL ARBITRAJE DE LA MISMA O DE QUIEN ÉSTA PROPONGA, SE DEJARÁN A SALVO LOS DERECHOS DEL QUEJOSO PARA QUE LOS HAGA VALER ANTE LOS TRIBUNALES COMPETENTES DEL DOMICILIO DE CUALQUIERA DE LAS DELEGACIONES DE LA CONDUSEF.

- 4.12. ARBITRAJE MEDICO .- EN CASO DE DESACUERDO ENTRE USTED (ES) Y LA COMPAÑÍA RESPECTO DE SI UN PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD ES PREEXISTENTE O NO, USTED(ES) PODRÁ(N) ACUDIR A UN PROCEDIMIENTO ARBITRAL. EN ESTE CASO, LA CONTROVERSIAS SERÁ SOMETIDA A LA DECISIÓN DE UN ÁRBITRO, QUE DEBERÁ SER PERITO MÉDICO, NOMBRADO POR ESCRITO DE COMÚN ACUERDO ENTRE LAS PARTES, PERO SI NO SE PUSIEREN DE ACUERDO EN EL NOMBRAMIENTO DE UN SÓLO ÁRBITRO, SE DESIGNARÁN DOS, UNO POR CADA PARTE. ESTE NOMBRAMIENTO SE HARÁ DENTRO DE LOS 10 (DIEZ) DÍAS NATURALES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE UNA DE LAS PARTES HUBIERE SIDO REQUERIDA POR ESCRITO POR SU CONTRAPARTE PARA QUE ASÍ LO HICIERA.

ANTES DE COMENZAR CON SUS FUNCIONES CORRESPONDIENTES, AMBOS ÁRBITROS NOMBRARÁN UN TERCERO, QUE TAMBIÉN DEBERÁ SER PERITO MÉDICO, PARA EL CASO DE QUE EXISTA CONTRADICIÓN EN SUS DICTÁMENES.

SI UNA DE LAS PARTES SE NEGARE A NOMBRAR SU ÁRBITRO, O SI NO LO HICIERE CUANDO SEA REQUERIDA POR LA OTRA O SI LOS ÁRBITROS NO SE PUSIERAN DE ACUERDO EN EL NOMBRAMIENTO DEL TERCERO, SERÁ LA AUTORIDAD JUDICIAL COMPETENTE LA QUE A PETICIÓN DE CUALQUIERA DE LAS PARTES HARÁ EL NOMBRAMIENTO DEL ÁRBITRO QUE HICIERE FALTA, DEL ÁRBITRO TERCERO O DE AMBOS SI ASÍ FUERE NECESARIO.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UNA DE LAS PARTES SI FUERE PERSONA FÍSICA O DE SU DISOLUCIÓN EN CASO DE PERSONA MORAL, MIENTRAS SE ESTÉ REALIZANDO EL ARBITRAJE A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA, NO ANULARÁ NI AFECTARÁ LOS PODERES O ATRIBUCIONES DE LOS ÁRBITROS. EN CASO DE QUE SEA ALGUNO DE LOS ÁRBITROS EL QUE FALLECIERE ANTES DEL DICTAMEN, SERÁ DESIGNADO OTRO SEGÚN CORRESPONDA (POR LAS PARTES, LOS ÁRBITROS O LA AUTORIDAD JUDICIAL) PARA QUE LO SUSTITUYA.

LOS GASTOS Y HONORARIOS QUE SE ORIGINEN CON MOTIVO DEL ARBITRAJE SERÁN A CARGO DE NOSOTROS.

SI USTED(ES) OPTÓ(ARON) POR ACUDIR AL PROCEDIMIENTO ARBITRAL Y POR CAUSAS IMPUTABLES A USTED(ES) NO PUDIERA LLEVARSE A CABO EL ARBITRAJE A QUE SE REFIERE ESTA CLÁUSULA HASTA LA EMISIÓN DEL LAUDO RESPECTIVO, SE ENTENDERÁ QUE USTED(ES) ACEPTA(N) LA DETERMINACIÓN DE NOSOTROS RESPECTO A LA PREEXISTENCIA DE UN PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD.

EL LAUDO EMITIDO A CONSECUENCIA DEL ARBITRAJE A QUE ESTA CLÁUSULA SE REFIERE, VINCULARÁ A LAS PARTES Y TENDRÁ CARÁCTER DE COSA JUZGADA, LO CUAL NO SIGNIFICA ACEPTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR PARTE DE NOSOTROS, SIMPLEMENTE DETERMINARÁ LA PREEXISTENCIA O NO DEL PADECIMIENTO Y/O ENFERMEDAD DE QUE SE TRATE, QUEDANDO A SALVO LOS DERECHOS DE LAS PARTES PARA EJERCER LAS ACCIONES Y OPONER LAS EXCEPCIONES CORRESPONDIENTES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY APLICABLE.

- 4.13. **PREScripción.-** TODAS LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBIRÁN EN DOS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACONTECIMIENTO QUE LES DIO ORIGEN. ESTE PLAZO NO CORRERÁ EN CASO DE OMISIÓN, FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO CORRIDO, SINO DESDE EL DÍA EN QUE ESTA INSTITUCIÓN DE SEGUROS HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DE ÉL; Y SI SE TRATA DE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO, DESDE EL DÍA EN QUE HAYA LLEGADO A CONOCIMIENTO DE LOS INTERESADOS, QUIENES DEBERÁN DEMOSTRAR QUE HASTA ENTONCES IGNORABAN DICHA REALIZACIÓN. TRATÁNDOSE DE TERCEROS BENEFICIARIOS, SE NECESITARÁ ADEMÁS QUE ESTOS TENGAN CONOCIMIENTO DEL DERECHO CONSTITUIDO A SU FAVOR.

ES NULO EL PACTO QUE ABREVIE O EXTIENDA EL PLAZO DE PREScripción A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR.

ADEMÁS DE LAS CAUSAS ORDINARIAS DE INTERRUPCIÓN DE LA PREScripción, ESTA SE INTERRUMPIRÁ POR EL NOMBRAMIENTO DE PERITOS CON MOTIVO DE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO O POR LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN ANTE LA CONDUSEF Y SE SUSPENDERÁ POR LA PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN ANTE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE ESTA INSTITUCIÓN DE SEGUROS.

5. PRIMAS

LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS PUEDE SER, SEGÚN SE INDIQUE EN LA SOLICITUD: ANUAL, SEMESTRAL, TRIMESTRAL O MENSUAL, APLICANDO UN RECARGO POR FINANCIAMIENTO SI LA FORMA DE PAGO NO ES ANUAL. LA FORMA DE PAGO CONVENIDA SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA VENCE EL PRIMER DÍA DE CADA PERÍODO DE PAGO. SE ENTIENDE POR PERÍODO DE PAGO LOS AÑOS, SEMESTRES, TRIMESTRES O MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA, INDICADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LA FORMA DE PAGO CONVENIDA.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA, EL CONTRATANTE GOZARÁ DE UN TÉRMINO MÁXIMO DE ENTRE 3 (TRES) Y 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A CADA PERÍODO DE PAGO ANUAL O, EN CASO DE QUE LA FORMA DE PAGO SEA FRACCIONADA, A PARTIR DE LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA FRACCIÓN CORRESPONDIENTE. DICHO TÉRMINO SE PRECISA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y EN EL RECIBO EXPEDIDO POR LA COMPAÑÍA.

SI EL CONTRATANTE NO LIQUIDA LA PRIMA O LA FRACCIÓN DE ELLA EN CASO DE HABER CONVENIDO PAGO FRACCIONADO, DENTRO DEL TÉRMINO A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, LOS EFECTOS DEL CONTRATO CESARÁN AUTOMÁTICAMENTE A LAS 12:00 HORAS DEL ÚLTIMO DÍA DE DICHO TÉRMINO.

EL CONTRATANTE ESTARÁ OBLIGADO A PAGAR LA PRIMA EN EL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F., EL CUAL SE SEÑALA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, O EN CUALQUIERA DE SUS OFICINAS, CONTRA ENTREGA DEL RECIBO CORRESPONDIENTE, POR LO QUE EN ESTE CASO SE ENTENDERÁ QUE LA PRIMA ESTÁ COBRADA POR LA COMPAÑÍA, SOLAMENTE CUANDO EL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO TENGAN ORIGINAL DEL RECIBO OFICIAL EXPEDIDO PRECISAMENTE POR LA COMPAÑÍA. SE ENTENDERÁ QUE EL RECIBO ES OFICIAL CUANDO REÚNA LOS REQUISITOS QUE EN EL MISMO SE ESTABLEZCAN PARA QUE SE CONSIDERE PAGADO. ASIMISMO, EL PAGO DE LAS PRIMAS SE PUEDE HACER CON CARGO A TARJETA DE CRÉDITO, DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES, EN LOS TÉRMINOS ESPECIFICADOS EN LA SOLICITUD, EN ESTE CASO EL ESTADO DE CUENTA DONDE APARECE EL CARGO CORRESPONDIENTE DE LA PRIMA, HARÁ PRUEBA SUFFICIENTE DE DICHO PAGO.

LA COMPAÑÍA PODRÁ RECLAMAR DE LOS ASEGURADOS EL PAGO DE LA PRIMA CUANDO EL CONTRATANTE QUE OBTUVO LA PÓLIZA RESULTE INSOLVENTE.

LA COMPAÑÍA TENDRÁ EL DERECHO DE COMPENSAR LAS PRIMAS SOBRE PÓLIZAS QUE SE LE ADEUDEN, CON LA PRESTACIÓN DEBIDA AL BENEFICIARIO.

LA PRIMA NETA DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, ES LA SUMA DE LAS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE USTEDES, DE ACUERDO CON SU SEXO, DOMICILIO, OCUPACIÓN Y EDAD, EN LA FECHA DE EMISIÓN, DEBIENDO SER CUBIERTA EN LA FECHA DE CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

EN CADA RENOVACIÓN, LA PRIMA NETA SERÁ LA SUMA DE LAS CORRESPONDIENTES A CADA UNO DE USTEDES, DE ACUERDO CON SU SEXO, DOMICILIO, OCUPACIÓN, Y EDAD ALCANZADA EN LA FECHA DE RENOVACIÓN, APLICANDO LAS TARIFAS EN VIGOR DE ESA FECHA, DEBIENDO SER CUBIERTA EN LA FECHA DE RENOVACIÓN DEL CONTRATO.

LA PRIMA TOTAL ES LA SUMA DE LA PRIMA NETA, EL FINANCIAMIENTO POR PAGO FRACCIONADO, LOS GASTOS DE EXPEDICIÓN Y EL IMPUESTO (I.V.A.).

6.SINIESTROS

- 6.1. AVISO.- ES OBLIGACIÓN DEL ASEGURADO DAR AVISO, POR ESCRITO, A LA COMPAÑÍA, EN EL CURSO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE HAYA PRESENTADO CUALQUIER ACCIDENTE O ENFERMEDAD, QUE PUEDA SER MOTIVO DE INDEMNIZACIÓN.
- 6.2. RECLAMACIONES.- EN TODA RECLAMACIÓN DEBERÁ COMPROBARSE A LA COMPAÑÍA, POR CUENTA DEL ASEGURADO LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO. EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR A LA COMPAÑÍA LAS FORMAS DE DECLARACIÓN CORRESPONDIENTES QUE PARA EL EFECTO SE LE PROPORCIONEN, ASÍ COMO TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS INDEMNIZABLES, QUE DEBERÁN REUNIR LOS REQUISITOS QUE PARA LOS DE SU CLASE EXIJAN LAS LEYES Y REGLAMENTOS FISCALES VIGENTES. TALES DOCUMENTOS QUEDARÁN EN PODER DE LA COMPAÑÍA, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO SE HARÁ, POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, PAGO ALGUNO A ESTABLECIMIENTOS DE CARIDAD, BENEFICENCIA, ASISTENCIA SOCIAL, O CUALESQUIERA OTROS SEMEJANTES, EN DONDE NO SE EXIGE REMUNERACIÓN.

LA COMPAÑÍA PODRÁ NOMBRAR A ALGUNA PERSONA, QUIEN TENDRÁ A SU CARGO LA VERIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD O LESIONES, Y DE QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE INTERNADO EN EL SANATORIO U HOSPITAL, Y LA COMPROBACIÓN DE LOS GASTOS.

6.3. PAGO DE INDEMNIZACIONES

- A) LAS INDEMNIZACIONES QUE RESULTE CONFORME A ESTE CONTRATO SERÁN LIQUIDADAS EN EL CURSO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA RECIBA LOS DOCUMENTOS E INFORMACIONES QUE LE PERMITAN CONOCER EL FUNDAMENTO DE LA RECLAMACIÓN.
- B) TODAS LAS INDEMNIZACIONES CUBIERTAS POR LA COMPAÑÍA SERÁN LIQUIDADAS EN LAS OFICINAS DE LA MISMA.
- C) CUALQUIER PAGO REALIZADO INDEBIDAMENTE POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, A CAUSA DE OMISIÓN O NEGLIGENCIA EN EL AVISO POR PARTE DEL CONTRATANTE, OBLIGA A ESTE A REINTEGRAR DICHO PAGO A LA COMPAÑÍA.
- D) EL PAGO DEL I.V.A. SERÁ CUBIERTO POR LA COMPAÑÍA. CUALQUIER OTRO IMPUESTO QUEDARÁ A CARGO DEL ASEGURADO.
- E) EN DEFECTO DEL ASEGURADO, POR MUERTE O INCAPACIDAD PARA EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS CIVILES, EL PAGO SE HARÁ AL BENEFICIARIO DESIGNADO Y, EN DEFECTO DE ESTE O EN CASO DE QUE NO EXISTIESE DESIGNACIÓN DE NUEVO BENEFICIARIO, A QUIEN ACREDITE LA LEGAL REPRESENTACIÓN DEL ASEGURADO INCAPAZ O A LA SUCESIÓN DEL ASEGURADO.
- F) EN CASO DE QUE EL PLAN CONTRATADO SEA UN PLAN LIMITADO (AAA, AA, A), EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN SE EFECTUARÁ DE ACUERDO AL CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CORRESPONDIENTE A DICHO PLAN.
- G) EN CASO DE QUE EL PLAN CONTRATADO SEA AMPLIO, NO EXISTIRÁ LA LIMITANTE CITADA EN EL PÁRRAGO ANTERIOR.

SIN EMBARGO, EL MONTO QUE SE PAGARÁ POR LOS GASTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA, PARA HOSPITALES Y MÉDICOS CON QUIENES NO SE TENGA CONVENIO DE PAGO DIRECTO, NO PODRÁ SER SUPERIOR EN MAS DE UN 10 % AL QUE CORRESPONDA PARA SERVICIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS EN HOSPITALES DE CATEGORÍA SIMILAR, CON LOS QUE EXISTA DICHO CONVENIO.

CUANDO LA ATENCIÓN MÉDICA SE REALICE CON UN PRESTADOR DE SERVICIOS CON EL QUE NO SE TENGA CONVENIO DE PAGO DIRECTO, SE PODRÁN CONSULTAR LAS TARIFAS FIJADAS CON LOS PRESTADORES DE SERVICIOS CON LOS QUE EXISTA DICHO CONVENIO, CON EL MÉDICO DICTAMINADOR DE LA COMPAÑÍA, EN LAS OFICINAS DE LA MISMA, O BIEN, PUEDE SOLICITARSE DICHA INFORMACIÓN TELEFÓNICAMENTE.

LA OBLIGACIÓN MÁXIMA DE LA COMPAÑÍA, POR PADECIMIENTO, NO SERÁ SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, ESPECIFICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

- 6.4. OTROS SEGUROS. EN CASO DE RECLAMACIÓN, SI LAS COBERTURAS OTORGADAS EN ESTA PÓLIZA ESTUVIESEN AMPARADAS EN TODO O EN PARTE POR OTROS SEGUROS, EN ESTA U OTRAS ASEGURADORAS, LAS INDEMNIZACIONES PAGADERAS EN TOTAL POR TODAS LAS PÓLIZAS NO EXCEDERÁN A LOS GASTOS REALES INCURRIDOS, PARA LO CUAL, EN CASO DE QUE OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA YA HAYA CUBIERTO DE MANERA PARCIAL LOS GASTOS REALIZADOS, EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR FOTOCOPIA DE TODOS LOS COMPROBANTES, ASÍ COMO DEL FINIQUITO ELABORADO POR LA OTRA ASEGURADORA.
- 6.5. DEDUCCIONES.- CUALQUIER PRIMA VENCIDA Y NO PAGADA DE ESTA PÓLIZA, PODRÁ SER DEDUCIDA DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN.
- 6.6. INDEMNIZACIÓN POR MORA.- SI LA COMPAÑÍA NO CUMPLE CON LAS OBLIGACIONES ASUMIDAS EN ESTE CONTRATO DE SEGURO AL HACERSE EXIGIBLES LEGALMENTE, DEBERÁ PAGAR AL ACREDOR UNA INDEMNIZACIÓN POR MORA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.
- 6.7. DE ACUERDO AL TIPO DE EXPERIENCIA ESTIPULADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE APLICARÁ UNA DE LAS SIGUIENTES MODALIDADES PARA LA TERMINACIÓN DE OBLIGACIONES EN CASO DE QUE NO SE RENUEVE LA PÓLIZA :
 - A) EXPERIENCIA GENERAL: LA COMPAÑÍA SOLAMENTE REEMBOLSARÁ EL COSTO DE LOS GASTOS EFECTUADOS, PARA PADECIMIENTOS EN CURSO DE PAGO A LA TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DURANTE UN PERÍODO MÁXIMO DE TRESIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE OCURRA EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTOS O HASTA EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA, LO QUE OCURRA PRIMERO.
 - B) EXPERIENCIA PROPIA.-EN CASO DE QUE NO SE RENUEVE LA PÓLIZA CON SEGUROS INBURSA, S.A., SE LIMITARÁ LA OBLIGACIÓN AL PAGO DE LAS RECLAMACIONES INICIALES O COMPLEMENTARIAS CORRESPONDIENTES A EROGACIONES POR CONCEPTO DE GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS, EFECTUADAS POR EL ASEGURADO, CON ANTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUEDANDO, EN ESTE CASO, EXCLUIDAS LAS EROGACIONES REALIZADAS EN FECHAS POSTERIORES A DICHA FECHA.

7.REVELACIÓN DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA QUE LE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO O PERSONA MORAL POR SU INTERVENCIÓN EN LA CELEBRACIÓN DE ESTE CONTRATO.

DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL CONTRATANTE PODRÁ SOLICITAR POR ESCRITO A LA INSTITUCIÓN 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 INSTITUCIÓN 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.

"LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B, Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO REGISTRO NÚMERO 06-367-I-1/ 25677 EXP 732.2 (S-128)Y/1 DE FECHA 12/09/1994, 06-367-II-1.1/12119 EXP 732.1 (S-128)Y/1 DE FECHA 17/08/2001 Y BAJO LOS REGISTROS DVA-S91/2001 DE FECHA 12/03/2001, CNSF-S0022-0700-2003 DE FECHA 30/09/2003, CGEN-S0022-0092-2005 DE FECHA 29/06/2005, CGEN-S0022-0287-2005 DEL 16/12/2005, CGEN-S0022-0282-2006 DE FECHA 16/05/2006 Y CGEN-S0022-0321-2006 DE FECHA 08/08/2006".