

La Latinoamericana, Seguros, S.A. (que en lo sucesivo se denominará la Compañía) cubrirá, de conformidad con este contrato de seguro y durante la vigencia establecida en la carátula de la póliza, a la(s) persona(s) descrita(s) en la misma. Conviniendo expresamente la Compañía y el Contratante que las declaraciones hechas por el solicitante, las Condiciones Particulares y las presentes Condiciones Generales rigen al contrato de seguro celebrado entre las partes y que en todo lo no previsto, se aplicará la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en su defecto, las leyes mexicanas aplicables a la misma; prevaleciendo las Condiciones Particulares de la Póliza sobre las Condiciones Generales.

Es muy importante que el Contratante exija a su agente de seguros que le explique las condiciones y los términos contenidos tanto en las presentes Condiciones Generales como en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**CONDUSEF-001896-01
0341101-B**

DEFINICIONES GENERALES

Para efectos de la presente póliza, las partes convienen en adoptar las siguientes definiciones:

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

2. Accidente Cubierto

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. **El periodo de espera no será aplicable cuando se trate de accidente o urgencia médica cubierta.**

3. Antigüedad

Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en alguna Póliza de Gastos Médicos Mayores.

4. Asegurado

Persona física expuesta al riesgo cubierto por la Póliza.

5. Asegurado Titular

Persona asegurada que firma como responsable en la solicitud de Seguro y aparece como Asegurado principal de la póliza.

6. Aviso de accidente o enfermedad

Formato indispensable en la reclamación del pago del siniestro, que deberá ser completamente llenado, por evento, por parte del reclamante. Deberá ser entregado a la Compañía para el reclamo de un siniestro.

7. Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos (GUA)

Relación en la que se establece el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por concepto de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico en cada intervención requerida a consecuencia de cualquier enfermedad o accidente cubiertos por la Póliza. El Plan contratado determinará ese límite máximo de responsabilidad.

El Catálogo de Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA) es descriptivo más no limitativo, por lo que si no encuentra el monto de un padecimiento especial, el Asegurado podrá solicitarlo a la Compañía, la cual mediante un estudio de mercado establecerá el monto del mismo.

8. Cirugía de corta estancia

Intervención quirúrgica que requiere hospitalización por un periodo menor de 24 horas.

9. Cirugía programada

Intervención quirúrgica no derivada de una emergencia o urgencia que requiere hospitalización. Incluye la cirugía de corta estancia.

10. Coaseguro

Porcentaje del riesgo a cargo del Asegurado, establecido en la Póliza. Aplica por cada reclamación presentada, después de descontado el deducible. En algunos casos el coaseguro llega a presentar variaciones, las cuales se describen en las presentes Condiciones Generales.

La anterior definición no debe confundirse, ni interpretarse con la contenida en el artículo 10 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la cual no esta cubierta.

11. Cobertura

Riesgo o conjunto de riesgos que pueden ser cubiertos por virtud del contrato de seguro, sujeto a los derechos y obligaciones que se establecen en las condiciones generales. Las partes convienen las coberturas que expresamente serán amparadas en la carátula de la póliza. En consecuencia las coberturas que no se señalan como amparadas en dicha carátula, no tendrán validez ni eficacia entre las partes, aún cuando se consiguen y regulen en estas condiciones generales.

12. Compañía

La Latinoamericana, Seguros, S.A., empresa autorizada para operar como Institución de Seguros por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, obligación que asume mediante el pago de la prima correspondiente, para resarcir los daños, o pagar una suma de dinero, al verificarse los riesgos amparados en la carátula de la póliza, con sujeción a las presentes condiciones generales.

13. Condiciones Especiales

Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones bajo las cuales operará un riesgo específico, generalmente adicionado a la póliza general, convenidos entre las partes, especificados en la Póliza, que modifican el Contrato de Seguro.

14. Condiciones Generales

El presente documento, el cual instrumenta el Contrato de Seguro y en el que se reflejan las normas que regulan los alcances de las coberturas, su objeto, riesgos expresamente excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de recibos y demás principios básicos convenidos entre la Compañía y el Contratante/Asegurado.

15. Consulta Médica

Atención que el médico tratante brinda a su paciente exclusivamente en su consultorio, mediante una cita preestablecida, la cual se considera fuera del área de hospitalización.

16. Contratante

Asegurado. Persona física o moral, cuya solicitud de seguro es aceptada por la Compañía con base en los datos e informes proporcionados, quien por lo tanto suscribe el contrato de seguro y asume las obligaciones que deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado.

17. Contrato de Seguro

Acuerdo de voluntades entre el Contratante y/o el Asegurado y la Compañía conformado por: a) Solicitud, b) Carátula de la Póliza, c) Recibo de Primas, d) Condiciones Generales, e) Condiciones Especiales o Particulares, f) Endosos, g) Catálogo de Honorarios Médicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico, h) tarjeta de identificación expedida por la Compañía, i) cláusulas adicionales que en su caso se agreguen.

18. Cuarto de Hospital

Se refiere al cuarto privado estándar, incluyendo cama extra para el acompañante.

19. Deporte Ocasional

Es aquel que se realiza de forma esporádica o incidental, sin preparación especial alguna y cuya frecuencia de práctica es hasta dos veces por semana como máximo.

20. Deporte No Profesional

Es aquel que se realiza con una frecuencia mayor a dos veces por semana, que requiere de una preparación especial, se puede o no participar en competencias, pero no se recibe remuneración alguna por su práctica, ya sea en especie o en dinero.

21. Deporte Peligroso

Es la práctica metódica de ejercicios físicos que se realizan de manera intensa, excesiva o riesgosa que aumentan desproporcionadamente el riesgo de lesión o incapacidad afectando la integridad personal, salud o vigor vital de quien los practica.

22. Deducible

Cantidad fija a cargo del Asegurado que aplica para cada enfermedad cubierta o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizar el primer gasto y una sola vez por enfermedad y/o accidente. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de la Compañía. Esta cantidad queda pactada y establecida en la carátula de la póliza. En algunos casos llega a presentar variaciones, las cuales se describen en las presentes Condiciones Generales.

23. Dependientes Económicos

Para los efectos de este seguro, se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular a:

- su cónyuge,
- los hijos del asegurado titular que dependan económicamente de él, solteros y que no perciban remuneración por trabajo personal, y
- los familiares del asegurado titular en línea recta que dependan económicamente de él; aceptados por la Compañía y que aparecen en la Carátula de la Póliza.

24. Emergencia médica

Ver Urgencia Médica.

25. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona de forma particular las condiciones generales del contrato de seguro y que forma parte integrante de éste.

26. Enfermedad o padecimiento

Es toda alteración de la salud que resulte por causas anormales, internas o externas con relación al organismo y por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico y es diagnosticada por un médico legalmente autorizado.

27. Enfermedad Cubierta

Es toda alteración de la salud que resulte por causas anormales, internas o externas con relación al organismo y por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico. Para efectos de este Contrato, se considerará como una sola Enfermedad Cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de iatrogenia o de complicaciones naturales a los procedimientos realizados y a las enfermedades tratadas, generadas en tratamiento continuo, ya sea hospitalario o ambulatorio.

Los padecimientos mencionados en el capítulo de enfermedades con periodo de espera serán considerados como Enfermedad Cubierta después de transcurridos los periodos de espera establecidos.

28. Enfermedad Congénita

Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero durante la gestación.

29. Enfermedades o Padecimientos Preexistentes

Enfermedades o padecimientos que previamente a la celebración del contrato,

- a) se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

30. Enfermera

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

31. Extraprima

Es la cantidad adicional que el Asegurado se obliga a pagar a la Compañía, por cubrir un riesgo mayor al que se hubiera contemplado originalmente.

32. Familia Asegurada

El Asegurado titular y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en la carátula de la póliza.

33. Gasto Usual y Acostumbrado

Es el valor promedio que corresponde a los precios, tarifas y honorarios profesionales fijados en una plaza o en un lugar determinado, por los prestadores y receptores de servicios médicos y hospitalarios, atendiendo a la naturaleza y complejidad técnica de los servicios, así como a la calidad, tiempo y costo de uso de instalaciones correspondientes, los cuales quedan referidos en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos (GUA).

34. Gastos médicos

Son aquellos gastos erogados por el Asegurado, médicamente indicados y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un accidente cubierto o enfermedad cubierta.

35. Honorarios médicos

Es la contraprestación que pagan los Asegurados, por los servicios que recibe de los médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión, mediante cédula profesional vigente, de acuerdo con el tabulador contratado.

36. Hospital, Clínica o Sanatorio

Establecimiento o institución de salud legalmente autorizado para la atención médica o quirúrgica. Para fines de este Contrato los hospitales se clasificarán de acuerdo con el plan contratado.

37. Hospitalización

Estancia continua del Asegurado mayor a 24 (veinticuatro) horas en un hospital, clínica o sanatorio, comprobable y justificada por la atención de una enfermedad cubierta o accidente cubierto. Dicho periodo empezará a correr desde el momento en que el Asegurado sea reconocido por el hospital como paciente interno y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

38. Iatrogenia

Daño a la salud que resulta inherente a la aplicación de un tratamiento cubierto, con independencia de quien lo prescribe, a consecuencia de una mala práctica médica.

39. Indemnización

Pago directo o reembolso de gastos médicos que efectivamente procedan según las presentes Condiciones Generales.

40. Informe médico

Formato indispensable en la reclamación del pago del siniestro, que debe ser llenado por el médico tratante y entregado por el Asegurado a la Compañía.

41. Inicio de Cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro.

42. Límite Máximo de Responsabilidad

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía, será el que se establece para cada cobertura contratada y amparada en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura. Y se indemnizará de conformidad a las condiciones generales y particulares, así como a lo establecido en el Artículo 91 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

43. LSCS

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

44. LGISMS

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

45. Médico

Profesional de la salud titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

46. Médico anesthesiólogo

Profesional de la salud titulada legalmente autorizada para la aplicación de anestesia.

47. Médico ayudante

Profesional de la salud titulada legalmente autorizada que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica.

48. Médico tratante

Profesional de la salud titulada legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. Puede ser médico general o médico especialista.

49. Nivel Hospitalario

Es la clasificación que otorga la Compañía a los distintos hospitales, conforme a la infraestructura con la que cuentan para otorgar la atención médica.

50. Órtesis o Aparatos Ortopédicos

Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (férulas, zapatos ortopédicos, muletas, silla de ruedas, entre otros).

51. Padecimientos congénitos

Alteraciones del estado de salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, las cuales tuvieron su origen durante el periodo de gestación y se hicieron evidentes al momento del nacimiento o posteriormente.

52. Padecimientos Preexistentes

Ver Enfermedades o Padecimientos Preexistentes

53. Pago directo

Indemnización mediante la cual la Compañía paga, de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro, directamente al prestador de servicios con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.

54. Pago por Reembolso

Indemnización mediante la cual la Compañía reintegra al Asegurado, previa autorización de ella y de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro, los gastos procedentes que él haya llevado a cabo con un prestador de servicios médicos a raíz de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Contrato de Seguro.

55. Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual queda suspendido y por tanto no operan los beneficios de este Contrato, por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Inicia a las doce horas del último día del plazo de gracia y termina cuando la Compañía acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada. Las reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este período, no quedarán cubiertos.

56. Periodo de espera

Lapso predeterminado e ininterrumpido, contado a partir del alta del Asegurado en el Seguro de Gastos Médicos, que debe transcurrir a fin de que se reciban los beneficios del Seguro. En las presentes Condiciones Generales se establece qué tratamientos o padecimientos quedan sujetos a periodo de espera.

57. Plan

Conjunto de componentes sistematizados de la póliza, suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otros, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios contratados y a los cuales tiene derecho. El Plan elegido por el cliente queda especificado en la Póliza.

58. Plazo de gracia

Plazo que la Compañía concede al Asegurado para el pago de la prima o de su fracción, en caso de pago en parcialidades.

59. Póliza

Documento en el que constan las obligaciones y derechos de las partes en los Contratos de Seguro.

60. Prima Devengada

La que corresponde proporcionalmente a un periodo de riesgo ya transcurrido en el que se contó con la cobertura del seguro. Es la proporción de la prima que cobra la Compañía cuando se cancela el seguro.

61. Prima de Riesgo

Es la prima que se obtiene en función de la probabilidad de que ocurra un siniestro y el monto de la pérdida que tendría el asegurado.

62. Prima de Seguro

Cantidad que deberá pagar el Contratante a la Compañía como contraprestación por el riesgo que ésta asume. La prima de la póliza se compone de la suma de las primas de tarifa de todos los Asegurados de acuerdo a cada una de las coberturas amparadas, además de los derechos de emisión, los impuestos de aplicación legal y el recargo por financiamiento del pago fraccionado de la prima si así fuere el caso.

63. Primer Gasto

Es el gasto erogado más antiguo del Asegurado para la atención de un accidente y/o enfermedad cubierta.

64. Programación de Cirugías

Procedimiento mediante el cual la Compañía otorga la autorización y confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica, tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria.

65. Prótesis

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir la función. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo, así mismo queda incluido en este rubro material de osteosíntesis, chips, tornillos, arandelas, barras estabilizadoras, placas, discos intersomáticos, stent, marcapasos, entre otros.

66. Prótesis Auditiva

Pieza, prótesis o implante especial con la cual se mejora la audición.

67. Reclamación o Solicitud de Servicios

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

68. Reclamante

Asegurado Titular que exige las indemnizaciones derivadas de este Contrato.

69. Reconocimiento de antigüedad

Consideración, por parte de la Compañía, del tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado protegido el Asegurado en un Seguro de Gastos Médicos Mayores de otras aseguradoras.

70. Reembolso

Ver Pago por Reembolso.

71. Región Anatómica

Zona del cuerpo compuesta de uno a varios elementos que realizan una función específica y que son susceptibles de padecimientos por los cuales es factible realizar uno o varios procedimientos quirúrgicos, así como tratamientos médicos destinados a recuperar o mejorar su función.

72. Reporte desde el Hospital

Servicio en el que la Compañía puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios independientes, previa valoración y dictamen, notificando el resultado del mismo al Asegurado, durante su estancia hospitalaria, siempre y cuando la estadía sea mayor a veinticuatro horas.

73. Signo

Cada una de las manifestaciones de una enfermedad o afectación por accidente que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

74. Siniestro

Eventualidad prevista en el contrato cuyos efectos dañosos cubre la póliza, hasta el límite máximo de responsabilidad contratado.

75. Síntoma

Fenómeno o anormalidad subjetiva, que revela una enfermedad o afectación por accidente y sirve para determinar su naturaleza.

76. SMGMVDF

Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

77. Solicitud

Documento indispensable para la emisión de la Póliza, mismo que contiene los datos e informes proporcionados para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones que se convengan,

el cual deberá ser llenado y firmado por el Asegurado Titular y/o por el Contratante conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

78. Suma asegurada

Ver Límite Máximo de Responsabilidad.

79. Tabulador de Honorarios Médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía para cada uno de éstos.

80. Tarjeta de Identificación

Tarjeta que se entrega a los Asegurados (Titular y Dependientes Económicos), misma que servirá como identificación ante nuestros prestadores de servicios médicos u hospitalarios en convenio.

81. Titular

Ver Asegurado Titular.

82. Tratamiento médico

Conjunto de acciones, prescripciones, intervenciones o procedimientos médicos destinados al restablecimiento de la salud del Asegurado que haya sufrido una enfermedad o accidente cubierto.

83. Urgencia Médica

Es la aparición repentina de la alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal magnitud, que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento requiere de atención médico-quirúrgica inmediata. **El periodo de espera no será aplicable cuando se trate de accidente o urgencia médica cubierta.**

84. Visita Médica

Atención que brinda el médico tratante a su paciente hospitalizado durante el tiempo que éste se encuentre internado y que forma parte del tratamiento médico quirúrgico. Las visitas médicas pueden ser otorgadas en los diferentes servicios del hospital como son: cuarto normal, terapia intermedia, terapia intensiva, acorde a la atención que por el padecimiento requiere el paciente.

CLÁUSULAS

1º CONTRATO DE SEGURO

Lo constituye la solicitud de seguro, carátula de la póliza, recibo de primas, condiciones generales, condiciones especiales o particulares, endosos a la póliza, catálogo de honorarios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico, tarjeta de identificación expedida por la Compañía y cláusulas adicionales que en su caso se agregasen.

Se entiende por carátula de póliza el documento en el que constan las coberturas que ampara la Compañía, los datos que identifican al Asegurado y al Contratante, las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del seguro, así como los límites máximos de responsabilidad, primas y demás condiciones técnicas del contrato.

La Compañía se reserva el derecho de expedir endosos mediante los cuales se excluya una Cobertura para cubrir determinados padecimientos u ocupaciones que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Este derecho se ejercerá en el momento de la contratación, en la rehabilitación, en la renovación o por cambio de ocupación del Asegurado.

2º PÓLIZA

Documento en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, las coberturas amparadas por la Compañía, las particulares que identifican al riesgo, las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del seguro, así como los límites máximos de responsabilidad, primas y datos del contratante y/o asegurado.

3º VIGENCIA DEL SEGURO

Salvo pacto en contrario, el presente contrato de seguro inicia a las doce horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del periodo del seguro.

4º PERIODO DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO

Sujeto a los términos y condiciones de este Contrato de Seguro, los Asegurados quedarán cubiertos, en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la Póliza. Si se trata de una enfermedad cubierta, ella quedará amparada si se origina 30 (treinta) días naturales posteriores a la alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no será necesario en los casos de renovación. Los hijos de madres aseguradas quedarán cubiertos desde el primer día de nacimiento cuando: a) nazcan dentro de la vigencia de la Póliza, b) la madre asegurada haya cubierto el periodo de espera respectivo, y c) se avise por escrito a la Compañía del nacimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a éste. **El periodo de espera no será aplicable para aquellas enfermedades derivadas de un accidente o urgencia médica cubierta.**

Los gastos originados con posterioridad al término de la vigencia de la Póliza en la que ocurrió el accidente y/o enfermedad cubierta, se continuarán pagado sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para el pago de los mismos, teniendo como tope la suma asegurada contratada por el concepto que se trate, lo anterior siempre y cuando la Póliza se renueve sin interrupción alguna.

Al tratarse de un seguro con renovación garantizada, el pago al que se refiere el párrafo anterior se efectuará siempre que no medie solicitud del Asegurado y/o Contratante en el que se solicite la cancelación de la Póliza contratada.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante opte por modificar las condiciones originalmente contratadas en lo que se refiere a deducible, coaseguro, suma asegurada, honorarios quirúrgicos y nivel hospitalario se le indemnizará aplicando las condiciones de cobertura, suma asegurada, honorarios quirúrgicos y/o nivel hospitalario menor; y el deducible y/o coaseguro mayor de ambos planes.

5º PERIODO DE BENEFICIO

Si el Asegurado y/o Contratante cancela el Contrato de Seguro, se le cubrirán los gastos efectuados durante los siguientes 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de conclusión del contrato cancelado, siempre y cuando dichos gastos deriven de reclamaciones provenientes de siniestros cubiertos que hayan ocurridos durante la vigencia de la Póliza cancelada.

6º MODIFICACIONES

Cualquier modificación a este contrato de seguro se hará por acuerdo entre las partes, se hará constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos, que se adherirán a esta póliza. Por lo tanto, el agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para cambiar los términos de la póliza y para hacer renuncia a su contenido.

7º ACEPTACIÓN DEL CONTRATO

(Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

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.

8º OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

(Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante y Asegurado 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, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

9º LÍMITES Y MODIFICACIONES POR EDAD

La Compañía no expide pólizas iniciales a personas con más de sesenta y cuatro años de edad. Este contrato de seguro se renovará por última vez en el año calendario en que el Asegurado cumpla la edad de setenta años; excepto cuando se contrato la cobertura vitalicia de conformidad con las condiciones en que opera ésta. Cuando el Asegurado tenga doce años de edad o más, será

necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; si tiene menos de doce años de edad, únicamente se requerirá el consentimiento de su representante legal.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y resultare que la edad real, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad aquí establecidos, el contrato quedará rescindido de pleno derecho y la Compañía devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada en la fecha de rescisión.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado al momento de la celebración del Contrato de Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagase 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 cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- b) Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado la diferencia entre la prima de riesgo no devengada y la que habría sido necesaria por la suma asegurada y por la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. La suma asegurada y las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento y por una sola vez la comprobación legal de la fecha de nacimiento del Asegurado. Al efectuarse esta comprobación, la Compañía anotará en esta póliza que se ha cumplido con esta obligación.

Para efectos de esta póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que haya alcanzado por años cumplidos.

10º OCUPACIÓN

Si el Asegurado cambia de ocupación a una que agrave el riesgo, deberá dar aviso inmediato por escrito a la Compañía, la cual se reservará el derecho de cancelar el Contrato o extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por su nueva ocupación o excluir las enfermedades y/o accidentes derivados de su nueva ocupación.

Si el Asegurado no da aviso por escrito a la Compañía, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

11º RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que radiquen en forma permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar previamente a la Compañía si el Asegurado permanece o permanecerá en el extranjero por más de tres meses continuos. Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

12º PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO

El monto de la prima de tarifa será la que corresponda a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa vigente, el sexo y edad alcanzada de cada asegurado, así como de acuerdo con la atención hospitalaria, deducible, coaseguro y suma asegurada, y finalmente de acuerdo con el Plan contratado en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. En cada renovación o inclusión, la prima se determinará conforme a los factores anteriores y aplicando las tarifas en vigor a la fecha en que se haga la renovación o inclusión, según los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Prima del Seguro se compone de la suma de las primas de tarifa de todos los Asegurados de acuerdo a las coberturas solicitadas por el contratante y que aparecen indicadas en la carátula de la póliza, más los gastos de emisión, recargo por financiamiento del pago e impuestos de aplicación legal.

La prima vence en el momento de la celebración del Contrato y los pagos subsecuentes vencerán al inicio de cada periodo pactado (Artículos 34, 40 y 41 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Si la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, no quedare pagada dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de iniciación de vigencia de este seguro, o de cada una de sus renovaciones, cesarán automáticamente los efectos de este contrato a las doce horas del último día de este plazo; y si los pagos subsecuentes de las primas parciales no hubiesen sido cubiertos dentro del término de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En el caso de pago fraccionado se le aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado entre la Compañía y el Asegurado al tiempo de celebración del Contrato de Seguro.

En caso de siniestro la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Contratante, el total de la prima pendiente de pago hasta completar la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

13º PLAZO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima o la primer fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido, el cual es de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo; y si los pagos subsecuentes de las primas parciales no hubiesen sido cubiertos dentro del término de 3 (tres) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del Contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

14º FORMA DE PAGO

Las primas convenidas deberán ser pagadas a la Compañía, conforme a las opciones descritas en el recibo correspondiente. Para ser reconocido por la Compañía, el recibo deberá quedar autenticado a través de la factura electrónica correspondiente.

15º PERIODO AL DESCUBIERTO

Es aquel lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del plazo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima. No procederá el pago de reclamaciones que ocurran durante este periodo.

16º REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula de pago de la prima de estas condiciones generales, el Contratante podrá dentro de los 30 (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 del día y hora señalados en el comprobante de pago. En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el seguro a las cero horas del día siguiente de la fecha de pago. El Contratante deberá presentar los siguientes documentos para proceder a la rehabilitación de su Póliza:

- a. Pago de la prima
- b. Carta de no siniestro

Bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes, y sus efectos posteriores, ocurridos durante el periodo al descubierto comprendido entre el vencimiento del periodo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

Solo se podrá Rehabilitar máximo 2 (dos) veces para todas las vigencias de una misma póliza.

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.

17º RENOVACIÓN DEL SEGURO

La Compañía renovará el contrato cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas.

Cuando se renueve el contrato, la Compañía tomará como base para actualizar los valores de la prima, deducible, franquicia (en caso de que aplique esta última) o coaseguro los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas. En caso de que la Compañía modifique sus bases y criterios para determinar los valores aludidos, la Compañía informará de este cambio y las nuevas bases que se empleen para su determinación al Contratante o Asegurado.

La Compañía informará al Contratante o al Asegurado, con al menos 30 (treinta) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima, deducible, franquicia (en caso de que aplique esta última) o coaseguro aplicables a la misma.

Esta póliza se considerará renovada por períodos de igual duración al contratado, si dentro de los últimos 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el contratante y/o Asegurado no da aviso a la Compañía por escrito, de su voluntad de que no sea renovada.

El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido autenticado a través de la factura electrónica correspondiente se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

18º TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

(Artículos 51 y 63 de la Ley sobre el Contrato de Seguros)

Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

- a. Cuando el Contratante lo dé por terminado, deberá notificar a la Compañía con 15 (quince) días naturales de anticipación, contando la Compañía con este lapso de tiempo para realizar cualquier aclaración. En todos los casos la Compañía reembolsará la prima por devengar descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.
- b. Cuando antes del fin del periodo de vigencia pactado, ocurriere la muerte del asegurado, la Compañía devolverá, proporcionalmente la parte de la prima o primas correspondientes a las coberturas no afectadas, descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.

De igual forma se procederá, cuando se contraten una o más coberturas y desaparezcan los riesgos amparados a consecuencia de eventos no asegurados.

- c. Cuando la Compañía lo dé por terminado de acuerdo a la cláusula de OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES o a la cláusula FORMA DE PAGO; la Compañía reembolsará la prima por devengar descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.

19º REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

En caso de que por algún accidente o enfermedad se llegase a agotar la suma asegurada contratada, la protección que brinda esta póliza no terminará automáticamente sino que dicha suma asegurada se reinstalará de manera automática, hasta por el total de la suma asegurada que se contrató inicialmente, solo para cubrir un nuevo accidente o enfermedad, distintos y ajenos en sus causas y efectos a las complicaciones a los que dieron origen al agotamiento de la suma asegurada. Para efectos de este beneficio y de la póliza, se considerará como una sola enfermedad cubierta a las enfermedades y complicaciones que se deriven como consecuencia de iatrogenia o de complicaciones naturales a los padecimientos realizados y a las enfermedades tratadas y generadas en tratamientos continuos, ya sea hospitalario o ambulatorio.

El total de las cantidades reembolsadas por la Compañía al Asegurado por un accidente cubierto o enfermedad cubierta de él o cualquier miembro de su familia asegurada, nunca excederá la cantidad establecida como suma asegurada en la carátula de la póliza.

20° PREEXISTENCIA.

Se deberá establecer que la Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como arbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Podrán establecer en los contratos, las enfermedades y/o padecimientos respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

Asimismo, se podrá establecer que en el caso de que el asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

21º RESPONSABILIDAD DE LA LATINOAMERICANA

En ningún caso la Compañía será responsable ante el Asegurado, sus dependientes o beneficiarios, de los daños y perjuicios originados por las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia o por uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en atención o tratamiento de cualquier accidente y/o enfermedad amparado.

22º COMPROBACIÓN

La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se deriven de la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado, Asegurado titular y Dependientes Económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación. Las obligaciones de la Compañía quedaran extinguidas si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluiría ó podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

23º PRESCRIPCIÓN

(Artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

- a. Cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- b. Dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán 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 sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

24º SUBROGACIÓN

(Artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

En caso de siniestro, la Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado o a sus dependientes.

El Asegurado o sus dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta Póliza y cooperar con la Compañía para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

25º MONEDA

Todos los pagos relativos a este Contrato, se liquidarán en Moneda Nacional y en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

En el caso de emergencia en el extranjero, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, serán reembolsables al equivalente en moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio vigente al día en que se efectuó el gasto. El tipo de cambio que se aplicará será el publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación del rubro "Tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana". Las demás indemnizaciones se realizarán conforme al tipo de cambio mencionado vigente al que se realice el pago.

26º COMUNICACIÓN

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá enviarse a la Compañía, por escrito, a su domicilio social, el cual está indicado en la carátula de la póliza.

En todos los casos en que la dirección de la oficinas de la Compañía fuera diferente del que consta en la carátula de la póliza, la Compañía deberá comunicar al Contratante la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o a sus causahabientes, tendrán validez si se dirigen al último domicilio que éste haya proporcionado a la Compañía para recibirlas.

27º COMPETENCIA

(Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de lo dispuesto en el Artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

28º IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

(Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

29º DERECHO DE LOS CONTRATANTES

(Artículo 36-C de la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros)

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.

30º TERRITORIALIDAD

Las partes quedan perfectamente enteradas que esta póliza solo será aplicable a los gastos médicos realizados por una enfermedad o accidente cubierto ocurridos únicamente dentro de los límites territoriales de los República Mexicana.

31º PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, La Latinoamericana, Seguros, S.A., en concordancia con el consentimiento expreso otorgado en los términos del texto que aparece en la página www.latinoseguros.com.mx, para el tratamiento de los datos personales de los titulares de los mismos, aun los sensibles, patrimoniales y/o financieros, los mismos serán tratados en los términos del AVISO DE PRIVACIDAD cuyo texto completo también se encuentra publicado en la referida página.

FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1º AJUSTES

En caso de altas o bajas de Asegurados o de aumentos o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período de seguro, por días exactos, de acuerdo con la tarifa vigente.

2º ALTAS DE ASEGURADOS

Si el reporte es oportuno, dentro de los 30 (treinta) días naturales señalados en este Contrato, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados; en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir. Lo anterior también es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento, siendo la fecha elegible la del matrimonio civil y la del día de nacimiento respectivamente.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía tendrá derecho a cobrar una prima de acuerdo con la edad y sexo de dicho Asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima, por días exactos.

3º BAJAS DE ASEGURADOS

Causarán baja de esta póliza, las personas: Cuando siendo el cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del Asegurado. O bien los hijos Asegurados que ya no dependan económicamente del Asegurado titular.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima no devengada a la fecha de cancelación correspondiente a este Asegurado, calculada en días exactos, descontando de ella los gastos ocasionados por la adquisición del Contrato, siempre y cuando no se le haya pagado alguna reclamación.

4º ENFERMEDAD CUBIERTA

Para efectos de esta póliza, se considerará como una sola Enfermedad Cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de iatrogenia o de complicaciones naturales a los procedimientos realizados y a las enfermedades tratadas, generadas en tratamiento continuo ya sea hospitalario o ambulatorio.

5º CAMBIO DE PLAN

Cuando el asegurado cambie de Plan en la Compañía, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo Contrato de Seguro los contemple. Lo anterior, sin limitar a la Compañía para llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

6º PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

a) Accidente

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes y comprobables, considerados desde el primer gasto sean erogados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a partir del primer día de ocurrido el accidente cubierto. Pasado este periodo, será considerado como Enfermedad.

La Compañía podrá en cualquier momento solicitar las pruebas médicas y legales, (según sea el caso) que demuestren plenamente el accidente reclamado.

El siniestro generado por un accidente cubierto, queda sujeto en todo momento a las cláusulas generales, limitaciones y exclusiones señaladas en el resto de las condiciones de la póliza.

En accidente se reducirán el coaseguro y deducible de acuerdo a este Contrato; y procederá la indemnización siempre y cuando la reclamación sea superior al deducible contratado.

b) Enfermedad

De las reclamaciones que por enfermedad cubierta se presenten, se definirán los gastos procedentes y comprobables que eroga el Asegurado con base en: las sumas aseguradas contratadas, condiciones vigentes al momento de erogarse el primer gasto, limitaciones y exclusiones que aparecen en la carátula de la póliza, condiciones generales y endosos correspondientes.

A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible de acuerdo con las condiciones de cobertura contratada que corresponda; a esta diferencia se le descontará la cantidad que se obtenga de aplicar el porcentaje de coaseguro contratado.

El resultado así obtenido corresponderá a la indemnización que se liquidará sobre la reclamación.

Aplicación y disminución de deducible y coaseguro en caso de enfermedad:

El deducible señalado en la carátula de la póliza podrán ser disminuido hasta por el equivalente a 1 SMGMVDF y 10 puntos porcentuales de coaseguro, siempre y cuando se utilicen a Médicos de la Red y hospitales en Convenio. Es decir se pagarán los gastos procedentes, después de ajustarlos a los límites establecidos en las condiciones de la Póliza.

La disminución de deducible y coaseguro sólo aplica en cobertura nacional, **excepto cuando la intervención sea de cirugía de nariz o senos paranasales.**

En caso de Accidente o Enfermedad:

De utilizarse un nivel hospitalario superior diferente al contratado, no aplicará este beneficio y además, el coaseguro y deducible se incrementará en la forma siguiente:

- Si contrató un Plan con hospitales Latino 200 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 100, aplicarán quince puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

- Si contrató un Plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 100, aplicarán treinta puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).
- Si contrató un Plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 200, aplicarán quince puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

El deducible se cobrará sólo una vez por evento.

El coaseguro se descontará por cada reclamación complementaria que se presente. La cantidad máxima a pagar por concepto de coaseguro será de hasta \$75,000.00 (setenta y cinco mil pesos) moneda nacional.

En el caso de reclamación por accidente no se aplicará ni deducible ni coaseguro siempre y cuando los gastos hayan sido erogados dentro de los primeros 30 (treinta) días posteriores al evento y sean mayores al deducible contratado.

7º PRUEBAS

El Contratante o el Asegurado titular presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione por el medio que decida ésta y toda la documentación original necesaria para acreditar la enfermedad padecida o los gastos erogados por el Asegurado, tales como comprobantes, notas, recetas, facturas las que cubran los requisitos fiscales. La Compañía se reserva el derecho en todo tiempo y siempre que lo juzgue conveniente, de corroborar los hechos, historial clínico, circunstancias o situaciones que dieron origen a la reclamación y que derive en una obligación para la misma, pudiendo valerse de cualquier medio legal para hacerlo. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de sus dependientes para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

8º DESCRIPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS

El procedimiento se aplicará como sigue:

- a) Se obtendrá el porcentaje que de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médico le corresponda al tipo de cirugía de que se trate.
- b) En la carátula de la póliza se encuentra señalada la base de honorarios quirúrgicos expresada en número de veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal (SMGMVDF). Este número se multiplicará por el SMGMVDF al momento en que ocurra el primer gasto.
- c) Finalmente, el producto del resultado obtenido en el inciso “a” y “b” corresponden a la cantidad disponible para cubrir los honorarios quirúrgicos.
- d) Si el catálogo de honorarios quirúrgicos corresponde al Gasto Usual y Acostumbrado, entonces la Compañía procederá a efectuar el cálculo de acuerdo al valor promedio que corresponde a los precios, tarifas y honorarios profesionales fijados en una plaza o en un lugar determinado, por los

prestadores y receptores de servicios médicos y hospitalarios, atendiendo a la naturaleza y complejidad técnica de los servicios, así como a la calidad, tiempo y costo de uso de instalaciones correspondientes, los cuales quedan referidos en el Tabulador de Honorarios Médicos.

ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

Si durante la vigencia de la póliza ocurriera una enfermedad y/o accidente cubierto por este Contrato de Seguro, La Compañía cubrirá el costo de los gastos procedentes que a continuación se mencionan, hasta el monto de la suma asegurada, de acuerdo con las condiciones y límites estipulados en las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y en la Póliza.

Se excluyen las enfermedades y tratamientos que se presenten en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de inicio de la Póliza. Esta exclusión no tendrá lugar cuando se trate de accidente o emergencia médica, renovaciones o se otorgue

Reconocimiento de Antigüedad.

Para todos los efectos de este contrato, las partes pactan que todo lo que no se especifique como gasto cubierto, se considerará no cubierto.

1º SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA

Los Servicios y Tratamientos que incluye la Cobertura Básica son los siguientes:

1. Gastos de hospital, sanatorio o clínica siempre que estén debidamente autorizados por las autoridades correspondientes y de acuerdo con el nivel hospitalario contratado, hasta 120 días como máximo –por internamiento del Asegurado de acuerdo con el accidente o enfermedad que se presente– tales como:

- a) Habitación privada estándar.
- b) Alimentos del paciente.
- c) Medicamentos consumidos dentro del hospital por el Asegurado, siempre y cuando estén indicados por el médico tratante y acordes al diagnóstico motivo del siniestro.
- d) Cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- e) Gastos de sala de operaciones, recuperación y curación.
- f) Equipo de anestesia, gases y medicamentos requeridos por el médico anestesiólogo.
- g) Estancia en terapia intensiva, intermedia y de cuidados coronarios.

2. Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico.

Se pagarán con base en el Tabulador de Honorarios Médicos contratado. Las consultas médicas postoperatorias en los siguientes 30 (treinta) días naturales a la intervención quirúrgica, se incluirán dentro de los honorarios médicos tabulados para la cirugía.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA:

2.1. La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

2.2. El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano:	La cantidad que aparece en el tabulador.
Anestesiólogo:	30% de lo tabulado para el cirujano.
Primer ayudante:	20 % de lo tabulado para el cirujano.
Segundo ayudante:	10% de lo tabulado al cirujano, sólo si el tipo de cirugía lo amerita y a juicio de la Compañía

2.3. Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, La Latinoamericana únicamente pagará el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

2.4. Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. Cualquier otra intervención quirúrgica adicional no quedará cubierta.

2.5. Cuando se requiera intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, se aplicara el catalogo para cada cirujano de forma individual.

2.6. Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

Honorarios Médicos:	De acuerdo con lo estipulado para el padecimiento cubierto en el Catálogo de Honorarios Médico-Quirúrgicos.
Anestesiólogo:	30% de lo tabulado para el cirujano.
Primer Ayudante:	20% de lo tabulado para el cirujano.
Segundo Ayudante:	10% de lo tabulado para el cirujano, sólo si el tipo de cirugía lo amerita y a juicio de La Latinoamericana.
Hospital:	Se pagará el 60% de la factura total.

2.7. Si hubiera necesidad de una intervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 hrs. de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.

2.8. Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano:	La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto.
Anestesiólogo:	30% de lo tabulado para el cirujano.
Ayudante:	30% de lo tabulado para el cirujano.
Cardiólogo Intensivista:	14% de lo tabulado para el cirujano.
Técnico de bomba extracorpórea:	10% de lo tabulado al cirujano.
Instrumentista:	4% de lo tabulado para el cirujano.

2.9. Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía laparoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos que se trata de un procedimiento laparoscópico.

2.10. Intervención o servicios no especificados. En este caso la Compañía determinará el porcentaje que corresponda por similitud en severidad y gravedad a alguna intervención o servicio especificado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. El pago que resulte no podrá ser mayor a la suma asegurada para honorarios quirúrgicos establecida en la carátula de la póliza.

2.11. Pago Máximo. Si la póliza se contrató con Catálogo de honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA), el pago máximo para cada intervención u otro servicio señalado en el catálogo, incluyendo todas las atenciones prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes y médicos involucrados en la atención quirúrgica, será el porcentaje asignado, aplicado sobre la suma asegurada, para gastos quirúrgicos que se indica en la carátula de esta póliza.

3. Honorarios por consultas médicas relacionadas con el padecimiento autorizado en sanatorio, hospital, consultorio o domicilio, de acuerdo al Tabulador de Honorarios Médicos.

4. En caso de cirugía, el costo de las visitas del médico que realice dicha intervención durante el mismo internamiento, estarán incluidas en el pago de los honorarios quirúrgicos.

Cuando se trate de un médico de diferente especialidad y el padecimiento justifique dicha participación, se cubrirá máximo una diaria en hospital y hasta dos en terapia intensiva o el equivalente, conforme a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y nivel hospitalario contratado.

5. En caso de tratamientos programados con duración mayor a 30 (treinta) días naturales, el gasto cubierto se estipulará con base en el procedimiento ya realizado. No se realizarán pagos por anticipado que excedan de este lapso de tiempo.

6. Medicamentos adquiridos y consumidos por el Asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y relacionados con el padecimiento cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional.

Deberá presentar para su reembolso, las facturas o recibos fiscales de las farmacias deberán estar acompañadas de las recetas correspondientes y estar expedidas a nombre del Asegurado o titular de la póliza.

7. Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, estudios de medicina nuclear, electrocardiograma, ultrasonido, electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética, o cualquier otro análisis o estudios indispensables para el diagnóstico definitivo o tratamiento de un accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza, siempre y cuando no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

8. Honorarios de enfermera(o) titulada(o) y legalmente autorizada(o) para ejercer su profesión fuera del hospital, con un máximo de tres turnos por día, de 8 horas por turno y hasta un máximo de 30 (treinta) días por enfermedad o accidente cubiertos, con orden del médico tratante, siempre y

cuando el diagnóstico lo amerite. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos contratado.

9. Transfusiones de sangre y aplicación de plasma, de sueros y de otras sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.

10. Compra o renta de aparatos ortopédicos, cajas intersomáticas, material de osteosíntesis, marcapasos, injertos óseos o de cualquier tipo, prótesis valvulares o de cualquier tipo e implantes de cualquier tipo (excepto dentales), hasta por 60 SMGMVDF por padecimiento y que se requieran a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por este Contrato, siempre y cuando vengan acompañadas de la orden del médico tratante y el diagnóstico que lo justifique. **Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos o prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad, sin importar la naturaleza o causa de la reposición. Se excluyen también las prótesis con fines estéticos.**

11. Tratamientos de fisioterapia, hidroterapia e inhaloterapia que sean científicamente comprobados, la Compañía, ofrecerá una ayuda al Asegurado que así lo requiera como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por éste contrato, siempre y cuando la terapia física haya sido prescrita por el médico tratante y ésta se realice en centros especializados para ello, hasta por 50 sesiones y de acuerdo a la Tabulador de Honorarios Médicos contratado.

La Compañía, podrá de conformidad con el padecimiento y a la evolución de éste, aplicar las políticas respectivas, basadas en su experiencia y en su caso podrá solicitar una segunda opinión médica.

12. Tratamientos de radioterapia y quimioterapia de una enfermedad cubierta, que sean científicamente comprobados y prescritos por el médico tratante.

13. Transporte en ambulancia terrestre, siempre que se justifique y con previa autorización por parte del área médica de la Compañía.

Ambulancia de Traslado Terrestre: Siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

La ambulancia terrestre contemplan únicamente traslados del hospital al domicilio y del domicilio al centro de atención, siempre y cuando sean médicamente necesarios, para lo cual se deberá contar con la justificación médica. Los servicios aplican únicamente para accidentes, urgencias médicas y enfermedades cubiertos por este Contrato.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Este beneficio no se brindará cuando:

13.1. Sea utilizado fuera del territorio nacional.

13.2. El paciente por cualquier circunstancia se encuentre en calidad de detenido por las autoridades.

13.3. Los horarios de los aeropuertos y condiciones físicas o meteorológicas no permitan efectuar la operación segura de transporte, por estado de guerra, disposición legal o prohibición de autoridades competentes sea imposible llevar a cabo el traslado.

13.4. Falta de una autorización expresa para transportar al afectado por parte de un médico que certifique la estabilidad clínica del Asegurado.

13.5. Cuando el Asegurado contrate por su cuenta el servicio en forma directa sin autorización de la Compañía, la procedencia será valorada por ésta y en caso de proceder se pagará por reembolso.

13.6. En cualquier caso los criterios médicos serán la base para determinar la prioridad con que un Asegurado pueda ser transportado.

14. Tratamientos médico-quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por este Contrato.

15. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por este Contrato, hasta por 17 SMGMVDF, siempre y cuando se presenten las pruebas donde se haga constar el daño sufrido.

16. Trasplantes de órganos. La Cobertura Básica contempla al Asegurado como receptor del trasplante (es decir, el enfermo). Para este último, la Compañía cubrirá hasta 800 SMGMVDF o la suma asegurada, lo que resulte menor. La Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donador hasta por 50 SMGMVDF. **Quedan excluidos los gastos del donador derivados por alguna complicación de cualquier tipo u origen.**

17. Consumo de oxígeno, prescrito por el médico tratante, justificado mediante receta médica y diagnóstico de la enfermedad que lo amerite.

18. Tratamientos realizados por médicos quiroprácticos, acupunturistas, homeópatas y naturistas con cédula profesional.

19. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de hernias y eventraciones post-operatorias, cuando la operación que les dio origen sea a consecuencia de un padecimiento cubierto por este Contrato.

20. Tratamientos por padecimientos congénitos de los hijos de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular, nacidos con anterioridad al inicio de la vigencia de la Póliza. Estos tratamientos se cubrirán hasta por un máximo de 160 SMGMVDF o la suma asegurada, lo que resulte menor, siempre y cuando: a) el hijo tenga reconocimiento de antigüedad desde su nacimiento; b) los síntomas hayan pasado desapercibidos o no hayan sido aparentes a la vista o no hayan sido diagnosticados previamente a la alta del hijo; c) no exista periodo al descubierto; d) sea mayor de 5 años.

21. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de un accidente: para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere se reporte a la Compañía dentro de las siguientes 24 horas de ocurrido el accidente. No se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la Red o sea atendido por médicos en convenio.

22. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rodilla y de columna vertebral (protrusión discal, compresión radicular) a consecuencia de un accidente: para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere se reporte a la Compañía dentro de las siguientes 24 horas de

ocurrido el accidente. Para estos padecimientos no se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la Red o sea atendido por médicos en convenio.

2º PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA, SUJETOS A PERIODO DE ESPERA

Los beneficios de la Cobertura Básica se otorgarán para algunos padecimientos y tratamientos una vez transcurrido un periodo de aseguramiento continuo dentro de la Compañía o en otras aseguradoras, según sea el caso. **El periodo de espera no será aplicable cuando se trate de accidente o emergencia médica cubierta.**

Los padecimientos y tratamientos sujetos a periodo de espera serán procedentes siempre y cuando: a) transcurra su plazo de espera respectivo, b) no sean preexistentes, c) sean consecuencia de una enfermedad cubierta por este Contrato, d) la fecha de inicio de la enfermedad o tratamiento ocurra posteriormente al periodo de espera. Existen padecimientos y tratamientos cuyo periodo de espera debe transcurrir en la Compañía sin importar la antigüedad en otras aseguradoras. La eliminación o reducción de periodos de espera no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes, por tanto sólo están cubiertas por este Contrato aquellas enfermedades y accidentes que hayan iniciado sus síntomas y signos dentro de la vigencia de ella.

Los Padecimientos y tratamientos amparados por la Cobertura Básica pero sujetos a periodo de espera son:

1. **Enfermedades:** el Contrato de Seguro no cubrirá todas aquellas enfermedades que se manifiesten dentro de los primeros 30 (treinta) días de ingreso de los Asegurados a la Póliza. Este periodo de espera no aplica en los casos de accidente o emergencia médica, ni en caso de renovación del Contrato de Seguro.
2. **Padecimientos ginecológicos, tumoraciones de útero, enfermedad por virus de papiloma humano y afecciones vulvares:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado.
3. **Padecimientos congénitos de los hijos de la Asegurada nacidos durante la vigencia de la Póliza:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Se debe dar de alta al recién nacido dentro de un lapso no mayor a 30 días posteriores al nacimiento.
4. **Tratamientos médico y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio:** a) embarazos extrauterinos; b) mola hidatiforme (embarazo molar); c) estados de fiebre puerperal; d) estados de preeclampsia o eclampsia; e) toxemia gravídica; f) placenta previa y placenta acreta; g) atonía uterina. (No quedará cubierta cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en estos incisos): para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 80 SMGMVDF o la suma asegurada, lo que resulte menor. No aplica ni deducible ni coaseguro.

5. **Parto prematuro:** para que esta intervención reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 20 SMGMVDF o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor. No aplica deducible ni coaseguro.

6. **Prematurez y sus complicaciones del recién nacido:** para que este padecimiento reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de diez meses, contados a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 40 SMGMVDF o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor. No aplica deducible ni coaseguro.

7. **Aborto y legrados uterinos:** para que estas intervenciones reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año contado a partir de la fecha de alta de la Asegurada Titular o de la cónyuge del Asegurado Titular. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Los pagos por parte de la Compañía procederán siempre y cuando la intervención sea prescrita por el médico tratante y sea necesaria porque esté en riesgo la vida o integridad de la Asegurada. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 5 SMGMVDF o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor. No aplica deducible ni coaseguro.

8. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales a consecuencia de una enfermedad cubierta por este Contrato:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. No se reduce el deducible aun cuando el Asegurado asista a hospitales de la Red o sea atendido por médicos en convenio. Este tratamiento opera con 50% de coaseguro.

9. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de amígdalas, adenoides, tumoraciones mamarias, hernias (inguinal, umbilical, hiatal), padecimientos anorrectales, várices, insuficiencia del piso perineal, cataratas, litiasis renal y urinaria:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado.

10. **Diagnóstico y tratamientos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sero positivo y sus complicaciones:** para que estos servicios reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de cuatro años, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por la suma asegurada o hasta 300 S.M.G.M.V.D.F, lo que resulte menor.

La suma asegurada de la cobertura para este padecimiento se determinará considerando la protección que el Asegurado haya mantenido en vigor en cada renovación los 4 años anteriores al momento de declararse afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Para hacer uso de este derecho de protección, el Asegurado deberá presentar a la emisión de la póliza sin excepción y en cada renovación, cuando la Compañía lo solicite, una prueba de detección con antigüedad menor a 30 (treinta) días naturales.

Durante el período de espera especificado, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento (método de WESTERN BLOT o ELISA ASSAY), podrán cubrirse en una sola ocasión, con un máximo de 2 veces el SMGMVDF, siempre que: a) El Asegurado notifique con anticipación

de 30 días naturales la fecha en que se elaborarán los estudios de diagnóstico. b) La atención se efectúe con médicos y laboratorios con convenio de costos con la Compañía. c) Envíe los resultados e interpretaciones realizadas y otorgue su autorización para que la Compañía, amplíe la información que considere necesaria.

Se excluyen de esta cobertura todos los gastos no relacionados expresamente en el tratamiento del complejo relacionado al SIDA.

11. **Circuncisión:** para que esta intervención reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El pago aplica siempre y cuando la intervención sea prescrita por un médico y el Asegurado sea menor de 13 años. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 5 SMGMVDF No aplica coaseguro ni deducible.

12. **Osteoporosis:** para que esta enfermedad reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de cuatro años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Los pagos que hará la Compañía serán hasta por 20 SMGMVDF, los cuales se reinstalarán en cada renovación de la Póliza.

13. **Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Los pagos por parte de la Compañía se harán siempre y cuando el tratamiento cuente con una segunda valoración médica por parte de la Compañía y no sea para fines estéticos ni preventivos.

14. **Tratamiento quirúrgico de Hallux valgus o “juanetes”:** para que este tratamiento reciba los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de dos años contados a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Los pagos por parte de la Compañía se harán siempre y cuando el tratamiento cuente con una segunda valoración médica por parte de la Compañía y no sea para fines estéticos ni preventivos.

15. **Xifosis, lordosis y escoliosis:** para que estos padecimientos reciban los beneficios del Seguro se requiere un periodo de espera de un año contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía.

16. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos prostáticos y de vesícula biliar:** para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro, se requiere de un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía.

17. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rodilla y de columna vertebral (protrusión discal, compresión radicular) a consecuencia de una enfermedad cubierta por este Contrato:** Para que estos tratamientos reciban los beneficios del Seguro, se requiere de un periodo de espera de un año, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado. El periodo de espera debe transcurrir en la Compañía. Para estos tratamientos se requiere contar con una segunda valoración de la Compañía.

3º BENEFICIOS Y SERVICIOS ESPECIALES PLUS (OTORGADOS POR LA COMPAÑÍA SIN COSTO PARA EL ASEGURADO)

La importancia de los Beneficios y Servicios Especiales Plus radica en complementar la Cobertura Básica para beneficio y provecho del Asegurado.

1. **Renovación vitalicia.** Los Asegurados obtendrán el beneficio de poder renovar la Póliza de forma vitalicia, sin requisitos médicos, pero sujeto a un término suspensivo consistente en que al cumplir los 70 años de edad, haya generado una antigüedad ininterrumpida de cuando menos 5 años en La Compañía.

Para el otorgamiento de este beneficio no opera el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad en otras aseguradoras.

Para que surta efecto este beneficio, el Asegurado deberá haber alcanzado los 70 años de edad. Las coberturas, beneficios adicionales y montos de suma asegurada que estén vigentes, no podrán ser incrementadas.

El derecho cubierto por este beneficio, se pierde si la renovación no es solicitada a más tardar en los términos de este Contrato.

2. **Transporte en ambulancia aérea.** En caso de urgencia médica siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente, el Asegurado obtendrá el beneficio de transporte en ambulancia aérea siempre que este servicio se realice con previa autorización por parte del área médica de la Compañía. Se aplicará un coaseguro del 10% sobre el monto total de la factura de vuelo. El límite de suma asegurada es de 40 SMGMVDF

Los servicios aplican únicamente para accidentes, urgencias médicas y enfermedades cubiertos por este Contrato.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Este beneficio no se brindará cuando:

- 2.1. Sea utilizado fuera del territorio nacional.
- 2.2. El paciente por cualquier circunstancia se encuentre en calidad de detenido por las autoridades.
- 2.3. Los horarios de los aeropuertos y condiciones físicas o meteorológicas no permitan efectuar la operación segura de transporte, por estado de guerra, disposición legal o prohibición de autoridades competentes sea imposible llevar a cabo el traslado.
- 2.4. Falta de una autorización expresa para transportar al afectado por parte de un médico que certifique la estabilidad clínica del Asegurado.
- 2.5. Cuando el Asegurado contrate por su cuenta el servicio en forma directa sin autorización de la Compañía, la procedencia será valorada por ésta y en caso de proceder se pagará por reembolso.
- 2.6. En cualquier caso los criterios médicos serán la base para determinar la prioridad con que un Asegurado pueda ser transportado.

3. **Emergencia en el extranjero.** Los Asegurados obtendrán el beneficio, si lo requieren, de tratamiento por emergencia médica cuando se encuentren viajando por causas de negocio o placer fuera de la República Mexicana, es decir, por motivos ajenos a los relacionados con su salud. Este beneficio opera únicamente durante tres meses contados a partir de la fecha del inicio del viaje. La condición de emergencia cesa cuando el Asegurado se encuentra estabilizado y pueda continuar el tratamiento en su lugar de origen.

Por este beneficio, todo gasto que se origine para controlar la situación de emergencia se cubrirá de acuerdo con lo siguiente:

Suma Asegurada	50,000.00 Dólares de los E.U.A. (el equivalente en moneda nacional a la fecha del evento) o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor.
Deducible	El contratado en la Póliza.
Coaseguro	10% adicional al contratado.

El deducible y el coaseguro invariablemente se aplicarán tanto por accidente como por enfermedad.

El porcentaje de los honorarios del cirujano será el doble de lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos.

Sólo estarán protegidas bajo este beneficio las personas que radiquen en forma permanente en la República Mexicana.

Este beneficio funciona en la forma de reembolso y no hay pago directo. El reembolso de los gastos efectuados con relación a esta cobertura, se efectuará en moneda nacional, con base al tipo de cambio del día en que se eroguen los gastos cubiertos, señalado por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, que se publica en el Diario Oficial de la Federación.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

3.1. **Los gastos provocados por un padecimiento preexistente no quedarán cubiertos.**

3.2. **Quedan excluidos todos aquellos padecimientos cuyos primeros síntomas de la emergencia empiecen antes del viaje.**

3.3. **Todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en sanatorio u hospital.**

3.4. **Tratamiento de rehabilitación física.**

3.5. **Maternidad y sus complicaciones no enunciadas en la cobertura, del parto o del puerperio.**

3.6. **La cobertura se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de la póliza.**

4. **Reconocimiento de antigüedad.** Los Asegurados obtendrán sin costo adicional el beneficio de reconocimiento de antigüedad generada por el Asegurado y sus dependientes de que se trate, en Instituciones de Seguros autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con las

que tuviere contratado anteriormente una póliza de Gastos Médicos Mayores, siempre que su vigencia en la misma haya sido continua e ininterrumpida con la iniciación de la presente, con el fin de disminuir o eliminar los periodos de espera que se contemplan en estas Condiciones Generales. Este beneficio no elimina los periodos de espera que deben transcurrir dentro de la Compañía.

No obstante, quedan excluidos los padecimientos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la contratación de esta póliza ya que el reconocimiento de antigüedad no implica la aceptación de los padecimientos preexistentes.

Este beneficio se aplica previa solicitud y entrega de los recibos originales con sello de pago de la prima, o de constancia expedida por la otra aseguradora. Este reconocimiento de antigüedad no se podrá otorgar cuando transcurran más de 30 días naturales entre el fin de vigencia de la póliza anterior y la fecha de recepción de la solicitud en la Compañía, o no se entregue la documentación completa que avale la antigüedad en la otra aseguradora.

5. Seguro de dos años sin costo para recién nacidos. Este beneficio otorga, sin costo durante los dos primeros años posteriores a la fecha del nacimiento, la Cobertura Básica a los hijos de la madre asegurada nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando: a) la madre haya estado asegurada durante dos años en la Compañía; b) se tenga contratada la cobertura de maternidad, c) se dé de alta en la Compañía al recién nacido durante los siguientes 30 días posteriores al nacimiento, y d) la madre continúe asegurada por el periodo de cobertura de este beneficio.

6. Segunda opinión médica nacional. En caso de que se requiera una intervención quirúrgica o tratamientos médicos a consecuencia de una enfermedad amparada o accidente cubierto, el Asegurado podrá solicitarle a la Compañía, sin costo, una segunda opinión médica nacional emitida por médicos especialistas de la Red Médica de la Compañía y que de ninguna manera participarán en la atención de la enfermedad amparada o accidente cubierto.

Si el Asegurado decide intervenir a pesar de que la segunda opinión médica haya recomendado o sugerido lo contrario, la Compañía cubrirá los gastos que correspondan a la intervención quirúrgica o tratamientos médicos en los términos de este Contrato, por lo que es responsabilidad total y absoluta del Asegurado la decisión tomada respecto al tratamiento a seguir.

Este ofrecimiento será aplicable una sola vez por cada padecimiento.

7. Segunda opinión médica internacional. Por vía reembolso y sólo hasta por 4 SMGMVDF el Asegurado podrá solicitar una segunda opinión médica internacional, sólo documental, siempre y cuando:

- a) sea para enfermedades amparadas por la Cobertura Básica,
- b) el médico tratante recomiende tratamiento médico-quirúrgico,
- c) sea para las siguientes enfermedades graves:
 - c.1 padecimientos cardio-vasculares;
 - c.2 padecimientos cerebro-vasculares;
 - c.3 padecimientos oncológicos;
 - c.4 tratamiento por insuficiencia renal crónica;
 - c.5 síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sero positivo;
 - c.6 trasplante de órganos.

Si el Asegurado decide intervenir a pesar de que la segunda opinión médica haya recomendado o sugerido lo contrario, la Compañía cubrirá los gastos que correspondan a la intervención quirúrgica o tratamientos médicos en los términos de este Contrato, por lo que es responsabilidad total y absoluta del Asegurado la decisión tomada respecto al tratamiento a seguir.

Este ofrecimiento será aplicable una sola vez por cada padecimiento.

8. **Tratamientos psiquiátricos.** El Asegurado tendrá derecho a este beneficio cuando a juicio de su médico de primer contacto y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico a consecuencia de haber sufrido una pérdida orgánica, sea víctima de manera comprobable de una violación o secuestro o padezca alguna de las siguientes enfermedades terminales amparadas por la Cobertura Básica: cáncer, accidente vascular cerebral, infarto al miocardio, insuficiencia renal. La Compañía pagará hasta 12 consultas por año, de acuerdo con el Tabulador de Honorarios Médicos. Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

EXCLUSIONES

8.1. **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad o accidente cubierto.**

8.2. **Padecimientos preexistentes.**

8.3. **Honorarios del médico psiquiatra, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en psiquiatría de enlace o carezca de acreditación del Consejo Mexicano de Psiquiatría, salvo cuando el psiquiatra pertenezca a la Red Médica de la Compañía.**

9. **Pruebas de compatibilidad sanguínea.** El Asegurado obtendrá el beneficio del pago de hasta 25 SMGMVDF o la suma asegurada, lo que resulte menor, por pruebas de compatibilidad sanguínea.

10. **Paquete de admisión del hospital.** El Asegurado obtendrá el “paquete de admisión” del hospital.

4º COBERTURA OPCIONAL, CONTRATADA BAJO CONVENIO ESPECIAL

Las Coberturas Opcionales son contratadas bajo convenio especial a solicitud expresa del Contratante y quedan especificadas en la Póliza.

1. COBERTURA PAGO DE COMPLEMENTOS MÉDICOS

Esta Cobertura Opcional –si es contratada– debe estar especificado en la carátula de la póliza.

Se hace constar que mediante la contratación de esta cobertura opcional se amparan los gastos complementarios efectuados durante la vigencia del Contrato de Seguro de los padecimientos que ya han recibido alguna indemnización en otra aseguradora durante el periodo inmediato anterior a la fecha de solicitud de alta en la Compañía, siempre y cuando los gastos reclamados estén cubiertos por este Contrato.

Para optar por esta Cobertura es obligatorio haber estado asegurado en otra u otras empresas aseguradoras. Asimismo es obligatorio reportar por escrito a la Compañía los padecimientos por los que ya ha habido un reembolso por parte de estas empresas, fechas de ocurrido y montos reclamados. De no existir la notificación por escrito, no procederá el pago de los gastos complementarios, los cuales requieren haber sido reconocidos por la Compañía.

La Compañía especificará los padecimientos amparados para cada Asegurado bajo esta Cobertura Opcional en la Póliza o mediante endoso y se reserva el derecho de expedir endosos para excluir determinados padecimientos.

La suma asegurada para los complementos médicos será igual a la suma asegurada que se tuvo en la empresa aseguradora anterior en la fecha de inicio del evento menos el monto de indemnizaciones pagadas a la fecha de la reclamación de los complementos médicos.

CONDICIONES Y REQUISITOS PARA EL PAGO DE COMPLEMENTOS

- 1.1. Anexar actualización de la historia clínica, informe médico y aviso de accidente o enfermedad del padecimiento reclamado.
- 1.2. Se deberá incluir finiquito de la aseguradora anterior que estipule la suma asegurada contratada y monto global pagado de los gastos presentados.
- 1.3. Se procederá a continuar con el pago del padecimiento hasta la suma asegurada contratada en la aseguradora anterior y hasta el agotamiento de esta.
- 1.4. Se aplicará el coaseguro de la póliza por cada padecimiento y gastos presentados, excepto en accidente.

2. COBERTURA DE MATERNIDAD (PARTO O CESÁREA)

Esta Cobertura Opcional –si es contratada– debe estar especificado en la carátula de la póliza.

Mediante esta cobertura la Compañía será responsable de cubrir como ayuda, los gastos médicos comprobables que erogue la asegurada, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto o cesárea, conforme a las siguientes condiciones y limitaciones:

2.1. **Parto:** Después de transcurridos diez meses de vigencia continua de cada madre asegurada en la Póliza, la Compañía cubrirá los honorarios médicos y los gastos de hospital comprobables que erogue la asegurada hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado. **Quedan excluidos los gastos prenatales y del recién nacido sano.**

2.2. **Cesárea:** Después de transcurridos diez meses de vigencia continua de cada madre asegurada en la Póliza, la Compañía se cubrirá los honorarios médicos y los gastos de hospital comprobables que erogue la asegurada hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de cesárea, mientras dichas cesáreas ocurran dentro de la vigencia y vida de la póliza de la asegurada. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado. **Quedan excluidos los gastos prenatales y del recién nacido sano.**

Se cubre el evento final del embarazo, es decir el parto, por lo que los gastos erogados para control y vigilancia del periodo de gestación y los del recién nacido no quedarán cubiertos.

3. **AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO**

Esta Cobertura Opcional –si es contratada– debe estar especificado en la carátula de la póliza.

Se hace constar que mediante la contratación de esta cobertura opcional se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios que se eroguen en el extranjero por accidente o enfermedad, ocurridos durante la vigencia de la póliza, a los Asegurados que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Los gastos erogados fuera de la República Mexicana, se reembolsarán en pesos (Moneda Nacional) previa presentación de notas y facturas a la Compañía, a nombre del Asegurado, una vez descontado el deducible y coaseguro correspondiente, según la carátula y/o endosos anexos a la póliza.

No procederá el siniestro cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor de seis meses en el extranjero.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

3.1. Padecimientos resultantes de la práctica PROFESIONAL de cualquier deporte.

3.2. Las que figuran en las Condiciones Generales de la póliza.

3.3. Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en hospital o sanatorio.

3.4. Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas en las Condiciones Generales de la póliza.

3.5. Los gastos de cuarto y alimentos quedan limitados al correspondiente a cuarto semiprivado como máximo.

3.6. La cobertura de esta cláusula se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de esta póliza.

3.7. El reembolso de los gastos efectuados en relación a esta cobertura, se efectuará en pesos (moneda nacional), con base en el tipo de cambio, del día en que se eroguen los gastos cubiertos señalado por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana, que se publica en el Diario Oficial de la Federación.

Excepción hecha de este beneficio subsistirán inalterados los términos y condiciones en que originalmente se expidió la póliza, considerando este beneficio como parte integrante e inseparable de la misma.

Suma Asegurada:	Igual a la contratada en el país.
Deducible:	El deducible básico contratado para territorio nacional incrementado en un 50%.
Coaseguro:	Ocho puntos porcentuales adicionales al contratado en el país.
Suma Asegurada para Honorarios Médico-	

Quirúrgicos (GUA): Con catálogo igual al contratado en territorio nacional, con máximo de la suma asegurada básica contratada.

El costo de este beneficio es adicional al de la cobertura básica.

EXCLUSIONES

Esta póliza NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades y/o accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos, ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

PADECIMIENTOS DEL ASEGURADO INICIADOS PREVIAMENTE A LA CONTRATACIÓN DE ÉSTA PÓLIZA CON LA COMPAÑÍA:

1. Padecimientos Preexistentes, considerados como tales o los que a continuación se mencionan:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como arbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento

de suscripción, podrán requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2. Estudios y tratamientos psiquiátricos o psíquicos, psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, ansiedad, histeria así como sus complicaciones, neurosis o psicosis y demencia, cualesquiera que fuesen sus orígenes, manifestaciones clínicas y consecuencias. Excepto lo consignado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 3º Beneficios y servicios especiales plus, numeral 8.
3. Tratamientos encaminados a corregir o a diagnosticar alteraciones del sueño, apnea de sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del lenguaje y de aprendizaje.
4. Afecciones propias del embarazo, aborto, parto normal, cesárea o parto prematuro que no sea precisamente la consignada en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera.
5. Toda complicación del embarazo, parto o puerperio que no sea precisamente la consignada en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera.
6. Aborto y legrados uterinos, excepto los consignados en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera.
7. Gastos originados por la operación cesárea o parto normal.
8. Gastos erogados para el control y vigilancia del periodo de gestación y gastos del recién nacido.
9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 1º Servicios y tratamientos de la cobertura básica, numeral 14.
10. Enfermedades y tratamientos que se presenten en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de inicio de la Póliza. Esta exclusión no tendrá

lugar cuando se trate de accidente o emergencia médica, renovaciones o se otorgue

Reconocimiento de Antigüedad.

11. Tratamiento de calvicie.
12. Tratamientos dietéticos, médicos o quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
13. Cualquier tratamiento por osteoporosis, síndrome climatérico o menopausia, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 12.
14. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier lesión pigmentaria de la piel, tales como lunares, nevus, acné y similares excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 13.
15. Tratamiento médico y/o quirúrgico de Hallux valgus o “juanetes”, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 14.
16. Adquisición de anteojos, lentes de contacto externos o internos, lentes intraoculares, anillos intraestomales, aparatos auditivos, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.
17. Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
18. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y queratocono.
19. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la fertilidad, infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual y cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas u orígenes.
20. Honorarios médicos o quirúrgicos cuando el profesionista sea familiar directo (padres, hermanos, hijos o cónyuge) del Asegurado o sea el mismo Asegurado.
21. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la estancia de éste en sanatorio, clínica u hospital (excepto la cama extra para un acompañante, siempre y cuando el estado del paciente así lo requiera) ni gastos de los acompañantes en el traslado del Asegurado como paciente ni los gastos que se deriven de gestiones administrativas por esta causas.

22. Gastos efectuados por el propio Asegurado que no tengan relación con la enfermedad o accidentes cubiertos.
23. Peluquería, barbería, pedicurista, así como compra o alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal, con excepción de lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 3º Beneficios y servicios especiales plus, numeral 10.
24. Cualquier enfermedad, lesión, padecimiento, cuidado o tratamiento debido a lesión autoinflingida o debido a intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones, así como tratamientos naturistas o vegetarianos, independientemente de sus orígenes y consecuencias.
26. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de contratación de esta Póliza, sin importar la naturaleza o causa de su reposición.
27. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales, parodontales u ortodoncia, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 1º Servicios y tratamientos de la cobertura básica, numeral 15.
28. Circuncisión, cualquiera que sea su causa, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 11.
29. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos con el nombre de check up, así como exámenes o estudios médicos de cualquier tipo que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.
30. Tratamientos preventivos.
31. Tratamientos médico-quirúrgicos experimentales o de investigación, cuya eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo no esté científicamente probada. Tratamientos con hormona de crecimiento.
32. Tratamiento médico o quirúrgico de nariz y/o senos paranasales excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 8.

33. **Tratamientos realizados por quiroprácticos, acupunturistas y naturistas excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 1º Servicios y tratamientos de la cobertura básica, numeral 18.**
34. **Tratamiento médico y/o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza, entendiéndose por padecimientos congénitos aquellos que existen desde que nace el individuo o antes del nacimiento. Estos pueden presentarse sin dar lugar a síntomas o signos aparentes en el nacimiento o manifestarse posteriormente. Enfermedades congénitas, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 3.**
35. **Todos los gastos erogados por tratamientos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sero positivo y sus complicaciones, excepto lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 10.**
36. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sero positivo en recién nacidos.**
37. **Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares no prescritas por un médico.**
38. **Tratamientos a base de cámara hiperbárica, braquiterapia, imanoterapia, ozonoterapia y radiofrecuencia.**
39. **Compra o renta de zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.**
40. **Enfermedades, lesiones o padecimientos que ocurran en riña provocada por el Asegurado o por la participación de él en actos delictivos intencionales.**
41. **Cuando el Asegurado por culpa grave sufra lesiones estando bajo la influencia de bebidas alcohólicas o algún enervante, estimulante o sustancia similar.**
42. **Enfermedades y/o accidentes, originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción. Se considera intoxicación etílica, a partir de 9gr/DL (sangre). En todos los casos se deberá presentar examen de sangre que corrobore o descarte la intoxicación.**
43. **Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**

44. Enfermedades, lesiones o padecimientos sufridos por el Asegurado en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia de cualquier clase, en mítines y/o en actos de guerra, participando como sujeto activo en actos terroristas, insurrección, revolución, rebelión, huelgas, alborotos populares o protesta.
45. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando participe, como conductor o acompañante dentro de vehículos automotores de cualquier tipo, en competencias, entrenamientos, carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
46. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte público de pasajeros.
47. Enfermedades, lesiones o padecimientos que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
48. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, artes marciales, automovilismo, boxeo, boxeo thai, buceo, cacería, ciclismo, charrería, deportes aéreos, equitación, espeleología, esquí, fútbol americano, go-karts, hockey, karate, lucha greco romana, lucha libre, megapéndulo, montañismo, motociclismo, motociclismo acuático, orbitrón, paracaidismo, rapel, regatas (veleros, yates y semejantes), salto de bungee, surfing, tauromaquia y cualquier otro deporte similar a los anteriores.
49. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de: Paracaidismo, Vuelo Delta, Vuelos en Planeadores, Ultra ligeros, Parapente o cualquier otro deporte aéreo.
50. Lesiones y/o padecimientos sufridas por el Asegurado cuando participe como conductor o acompañante en motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor, en viajes de placer, en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
51. Lesiones que se provoque intencionalmente el Asegurado.
52. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico-quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas del Contrato de Seguro.

53. Gastos erogados fuera de los República Mexicana con excepción de lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 3º Beneficios y servicios especiales plus, numeral 3.
54. Tratamientos y/o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías y sus complicaciones.
55. Xifosis, lordosis y escoliosis, independientemente de sus causas y orígenes; con excepción de lo mencionado en este Contrato en el apartado Especificación de Coberturas, 2º Padecimientos y tratamientos de la cobertura básica sujetos a periodo de espera, numeral 15.
56. Complementos o suplementos vitamínicos y alimenticios así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil aun cuando hayan sido prescritos médicamente por accidentes o enfermedades cubiertos.
57. Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria con beneficio incierto y fines preventivos.
58. Gastos no relacionados directamente con el padecimiento o accidente. Tampoco existirá responsabilidad por parte de la Compañía por indemnizaciones, gastos o costas legales derivadas de la responsabilidad profesional de los médicos u hospitales tratantes.
59. Lesiones que el Asegurado sufra en el uso cotidiano o periódico de motocicleta.
60. Cualquier enfermedad o accidente, cuyos síntomas o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.
61. Hernias ventrales (diástasis de músculos rectos)
62. Las enfermedades sujetas a período de espera se considerarán excluidas, cuando sus síntomas o signos se presenten o sean diagnosticadas durante el período de espera al cual estén sujetas. Una vez que haya transcurrido dicho período de espera, las enfermedades señaladas en los incisos posteriores quedarán cubiertas siempre y cuando no concurren otras exclusiones o limitaciones diferentes.
63. La presente póliza no cubre bajo ningún concepto, el daño moral, ya sea contractual o extracontractual.

RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES

1º Obligaciones del Asegurado

En caso de siniestro, el Contratante o Asegurado se obliga a:

1. Aviso de Siniestro

(Artículos 66, 67, 68, 69 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Debido a la naturaleza y coberturas de este seguro y con la finalidad de que no exista agravación en el riesgo y la Compañía pueda comprobar oportunamente las circunstancias del siniestro, el Contratante, Asegurado o Reclamante deberá dar aviso por escrito a la Compañía inmediatamente de cualquier accidente. Para enfermedad en ningún momento podrá exceder de 5 (cinco) días naturales, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos para accidente o enfermedad.

Cuando el Contratante, Asegurado o Reclamante no cumplan con dicha obligación, la Compañía reducirá la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del contrato si el Contratante, Asegurado o Reclamante omiten dar el aviso inmediato y oportuno conforme al párrafo anterior, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

En caso de retraso en el aviso de siniestro por casos de fuerza mayor o fortuitos, el Contratante, Asegurado o Reclamante deberá probar la causa de tal retraso y que se proporcionó tan pronto como ceso uno u otro.

Toda cirugía programada, incluyendo la de corta estancia, deberá ser notificada por escrito por el Asegurado a la Compañía con cuando menos 5 (cinco) días hábiles anteriores a la fecha de internamiento. El Asegurado tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado la cirugía.

2. Cirugía programada, incluyendo la de corta estancia.

Cuando cualquiera de los asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el Contratante o Asegurado deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que este deba internarse. El Contratante o Asegurado tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía. La cirugía de corta estancia podrá ser autorizada vía pago directo si es programada y si se cumple el periodo de aviso indicado (de cinco días de anticipación); en caso contrario, el pago se hará vía reembolso.

Para la programación de cirugía el Asegurado deberá recibir, previamente a su intervención quirúrgica, la autorización de la Compañía mediante una carta-pase que garantiza el pago directo, la cual el Asegurado entregará al área de admisión del hospital y/o al médico tratante. Sólo opera para los hospitales y médicos con los cuales la Compañía tiene convenio.

3. Pago directo

Para que la Compañía pague, de acuerdo con las condiciones del contrato de seguro, directamente al prestador de servicios con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato se debe cumplir con lo siguiente:

- a) Hospitalización mayor de 24 (veinticuatro) horas; este periodo comienza a transcurrir a partir de cuando el Asegurado es declarado paciente interno por parte del hospital. Y
- b) notificación oficialmente a la Compañía.

En el pago directo quedan a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos por este Contrato, así como el deducible y coaseguro.

El pago directo no se otorga en periodos de gracia y en los casos consignados en estas Condiciones Generales.

4. En caso de reclamaciones

El Contratante, Asegurado o Reclamante en su caso, se obligan a proporcionar toda la información, datos y/o pruebas necesarios para resolver sobre cualquier reclamación que se hubiere presentado.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así mismo deberá presentar todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales 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. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

Los formatos de la Compañía se encuentran disponibles en www.latinoseguros.com.mx.

En toda reclamación es indispensable que el reclamante entregue a la Compañía la siguiente documentación:

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- Informe del reclamante. Solicitud de reclamación.
- Carta remesa para el pago de reclamaciones de accidentes y enfermedades
- Aviso de accidente o enfermedad. Este documento será contestado en forma completa y con letra legible por el Asegurado o, en caso de estar imposibilitado, por un familiar o por el Asegurado Titular.
- Informe médico. El Asegurado solicitará al (los) médico(s) tratante(s) que haya(n) intervenido en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación que llenen este documento. Se debe proporcionar un informe por cada médico que hayan participado.
- Historia clínica completa.

- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- Comprobantes de gastos, éstos deberán reunir los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables.
- Facturas de hospitales, clínicas o sanatorios. La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Recibo de Honorarios. Cada recibo por honorarios deberá especificar claramente el concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, entre otro) y el nombre del paciente. Se deberá entregar un recibo por cada consulta realizada.
- Facturas de medicamentos. Todas las facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el (los) médico(s) tratante(s). Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales (salvo el caso que opere lo descrito en el apartado Reclamaciones e indemnizaciones, 2º Otros Seguros).
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- Radiografías, análisis de laboratorio, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios así como sus interpretaciones.
- Documentación que la Compañía considere necesaria para acreditar la procedencia de la reclamación.

LIMITACIONES

La Compañía sólo pagará: a) los gastos de internamiento realizados en sanatorios u hospitales debidamente autorizados, y b) los honorarios de médicos y enfermeras titulados legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado.

La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, ni a cualquier otra institución semejante en donde no se exige remuneración.

Reclamaciones Complementarias. Las reclamaciones complementarias a la inicial deberán ir acompañadas nuevamente por el informe médico (redactado por el médico tratante) y por el informe del reclamante (redactado por este último). Ambos documentos son indispensables para el análisis de dichas reclamaciones complementarias.

La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que la Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

La Compañía tendrá el 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, Asegurado o Reclamante para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

En base a lo anterior, el Asegurado autoriza a todos los hospitales, clínicas, sanatorios y médicos que lo hubieren tratado a dar información a la Compañía o persona designada por ésta; asimismo el Asegurado se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía, a costa de ella, para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado no se sometiese a los reconocimientos mencionados perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

2º Otros Seguros

Los contratos que se celebren con otras aseguradoras en los cuales se cubran los mismos riesgos que en la Póliza, deberán ser obligatoriamente notificados de manera escrita a la Compañía. Igualmente el Asegurado deberá notificar el nombre de las aseguradoras y las sumas aseguradas contratadas.

Si las Coberturas de la Póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, por parte de la Compañía u otras aseguradoras, cubriendo los mismos riesgos, las reclamaciones de indemnización pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos. En caso de que otra compañía aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado se obliga a presentar fotocopia de todos los comprobantes así como el finiquito original elaborado por la otra compañía aseguradora.

3º Base de indemnización

(Artículos 33 y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Las cantidades pagaderas por la Compañía en virtud de este seguro, serán cubiertas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la presentación de toda la documentación e información requerida que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

1. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, la Compañía tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago hasta completar la prima anual correspondiente.
2. En accidente se reducirán el coaseguro y deducible de acuerdo a este Contrato; y procederá la indemnización siempre y cuando la reclamación sea superior al deducible contratado. No se consideran accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado ni aquellas cuyo primer gasto ocurra fuera de los primeros 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del accidente. Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento.
3. No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. Las enfermedades que se deriven de su propio tratamiento médicoquirúrgico así como sus recurrencias y/o complicaciones se consideran como una misma enfermedad.
4. En caso de intervención quirúrgica, dentro de los honorarios estará cubierta una consulta preoperatoria, la intervención y consultas post-operatorias hasta un periodo de 30 (treinta) días naturales después de haberse realizado la intervención quirúrgica.

5. Tomando como referencia el pago de los honorarios del médico cirujano, se pagará al primer médico ayudante el 20%; a un solo anestesiólogo, el 30%; y, siempre y cuando la intervención lo justifique, al segundo médico ayudante, el 10%. Quedan excluidos los honorarios de instrumentista.
6. Cuando se requiera intervención de dos o más cirujanos de diferente especialidad para el tratamiento de una misma persona en un mismo tiempo quirúrgico, se aplicara el catalogo para cada cirujano de forma individual.
7. Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. Cualquier otra intervención quirúrgica adicional no quedará cubierta.
8. En el caso de un politraumatizado, el pago se efectuará de acuerdo con los dos puntos anteriores.
9. Si fuera necesaria otra intervención quirúrgica, se le dará trámite normal como otra afección, siempre y cuando se realice con 24 (veinticuatro) horas de diferencia.
10. Si la póliza se encuentra dentro del Plazo de gracia, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso.
11. No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.
12. La indemnización será cubierta al Asegurado o a quien en derecho corresponda contra la presentación de los comprobantes que la acrediten, en las oficinas generales de la Compañía.
13. En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del Asegurado o de su Representante (Reclamante), la realización del siniestro. El Asegurado o Reclamante deberán requisitar las formas correspondientes que para el efecto le proporcione la Compañía, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante. Los límites establecidos en esta póliza para el pago de las coberturas se aplicarán por cada accidente o enfermedad siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí.
14. La Compañía podrá nombrar un supervisor, el cual verificará la identidad del Asegurado, corroborará la enfermedad o lesión del Asegurado que se encuentre internado en el hospital, clínica o sanatorio y comprobará los gastos realizados.
15. Cualquier pago vía reembolso que hubiere de realizar la Compañía en virtud de este seguro, lo hará en sus oficinas.
16. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia –en el aviso– por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago, junto con los intereses generados conforme a la tasa promedio alcanzada por la inversión de la reserva de la Compañía.

17. El pago del Impuesto al Valor Agregado correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por la Compañía. Cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del Asegurado.

Participación del Asegurado en la reclamación.

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por el Contrato de Seguro, se sumarán todos los gastos y se restará la cantidad establecida como deducible. De este importe se descontará el coaseguro. La cantidad resultante es la responsabilidad de la Compañía con el Asegurado.

Al hacerse uso de los hospitales de convenio y atenderse con médicos de la Red el deducible se le hará un descuento de hasta 1 SMGMVDF; y el coaseguro, de hasta 10 puntos porcentuales.

Las reducciones anteriores se efectuarán cuando:

- a) Se requiera de hospitalización.
- b) El hospital utilizado sea de convenio y del Plan contratado o inferior.
- c) Se requiera de hospitalización mayor de 24 horas.
- d) El monto de la reclamación sea superior al deducible contratado en la Póliza.
- e) Se atienda el Asegurado dentro de la República Mexicana.

Las reducciones anteriores no aplicarán cuando:

- a) Se trate de reembolso, aún cumpliendo con los 5 puntos anteriores.
- b) La intervención sea de cirugía de nariz o senos paranasales.
- c) El Asegurado se atienda en un hospital de Plan superior al contratado; por cada Plan escalonado se aplicara una penalización:

- Si contrató un Plan con hospitales Latino 200 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 100, aplicarán quince puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

- Si contrató un Plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 100, aplicarán treinta puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

- Si contrató un Plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con Plan Latino 200, aplicarán quince puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

El deducible se cobrará sólo una vez por evento.

El coaseguro se descontará por cada reclamación complementaria que se presente, la cantidad máxima a pagar por concepto de coaseguro será hasta de \$75,000.00.

Obligación de la Compañía

La Compañía, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- a) El agotamiento de la suma asegurada;
- b) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de la Póliza y el período de beneficio establecido en la misma, o
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

Pagos improcedentes

Cualquier pago que la Compañía realice indebidamente, por enfermedad o accidente, debido a un desconocimiento de movimiento de baja o a causa de omisión, error o negligencia en el aviso por parte del Contratante o con motivo de documentación apócrifa proporcionada a la Compañía para avalar la reclamación correspondiente o por cualquier otra causa, obliga al Contratante y/o Asegurado a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Cualquier indemnización realizada indebidamente por la Compañía nunca implicará la aceptación de la procedencia de dicha indemnización y no la obliga a continuar indemnizando.

4º Periodo indemnización

1. En caso de cancelación o no renovación del Seguro

Si el Asegurado cancela o no renueva la póliza, los siniestros ocurridos y procedentes durante la vigencia de esta póliza seguirán siendo cubiertos hasta 30 (treinta) días naturales contados desde la fecha del término de vigencia o cancelación de la póliza.

2. En caso de renovación del Seguro

En caso de renovación ininterrumpida de la Póliza con la Compañía, el periodo de pago de la indemnización, concluirá con el agotamiento de la suma asegurada (de la cobertura de que se trate) que se encuentre establecida en el contrato vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.

A la administración y pago de la indemnización, les serán aplicables las condiciones que regulan el Contrato de Seguro al momento de efectuar el primer gasto erogado con motivo del tratamiento o atención de la enfermedad o accidente cubierto que cuente con el diagnóstico definitivo respectivo.

La Póliza deberá ser renovada en las mismas condiciones o con otras que representen para el Asegurado mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabulador médico y hospitales se refiere; en caso contrario, para el pago de los gastos complementarios derivados de un siniestro cubierto y tratándose de la renovación del seguro, los mismos serán pagados acorde a las coberturas y Plan vigente a la fecha en que se realice el requerimiento de pago de los mismos.

5º Interés Moratorio

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor de las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.
Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plaza 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 la mora;
- III. En caso que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicado por 1.25 la tasa que la sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado; y
- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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.

6º Pérdida del Derecho a ser Indemnizado

(Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70, 77 y 193 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones de la Compañía de acuerdo a lo establecido en los Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70, 77 y 193 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos.
- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS Y LA LEY DEL CONTRATO SOBRE EL SEGUROS

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Artículo 10

Para los efectos de esta Ley se entiende:

I.- Por coaseguro, la participación de dos o más empresas de seguros en un mismo riesgo, en virtud de contratos directos realizados por cada una de ellas con el asegurado;

II.- Por reaseguro, el contrato en virtud del cual una empresa de seguros toma a su cargo total o parcialmente un riesgo ya cubierto por otra o el remanente de daños que exceda de la cantidad asegurada por el asegurador directo;

II Bis.- Por reaseguro financiero, el contrato en virtud del cual una empresa de seguros, en los términos de la fracción II del presente artículo, realiza una transferencia significativa de riesgo de seguro, pactando como parte de la operación la posibilidad de recibir financiamiento del reasegurador, y

III.- Por contraseguro, el convenio en virtud del cual una empresa de seguros se obliga a reintegrar al contratante las primas o cuotas satisfechas o cubiertas, cuando se cumplan determinadas condiciones.

Artículo 36-C

Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro.

Artículo 135 BIS

Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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 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 la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

VII. 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VIII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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;

IX. Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

Artículo 136

En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoria que se dicte en el procedimiento, el juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada, y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se hubiere dictado sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Artículo 140

Asimismo, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en las citas reglas generales emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones y sociedades mutualista de seguros y los agentes de seguros deberán observar con respecto de:

- a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquellas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b) La información y documentación que dichas instituciones, sociedades y agentes deben recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c) La forma en que las mismas instituciones, sociedades y agentes deberán de resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o a quienes lo hayan sido, así como de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo.

LEY DEL CONTRATO SOBRE EL SEGUROS

Artículo 8

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

Artículo 9

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

Artículo 10

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

ARTÍCULO 19

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

ARTÍCULO 21

El contrato de seguro:

- I. - Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;
- II. - No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III. - Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 25

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la

Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Artículo 33

La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 34

Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año.

Artículo 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

Artículo 41

Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 47

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

Artículo 48

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

Artículo 49

Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa aseguradora las habría asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 51

En caso de la rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta Ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

Artículo 52

El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 56

Cuando la empresa aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Artículo 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 63

La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del Asegurado, se agraven circunstancias esenciales que por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64

En el caso del artículo anterior, la empresa aseguradora deberá notificar la rescisión dentro de quince días contados desde la fecha en que conozca el cambio de las circunstancias.

Artículo 65

Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 66

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente Ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberán ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67

Cuando el Asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68

La Latinoamericana quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69

La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71

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

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

Artículo 72

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 76

Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 77

En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Artículo 81

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

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

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

Artículo 82

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

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

Artículo 84

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 152

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

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

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

Artículo 161

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

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

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

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

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

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

Artículo 193

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES

Artículo 19

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis

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

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

II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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

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

Artículo 68

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

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

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

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

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En

caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a partir del 19 de julio de 2013, con el número CNSF-S0013-0442-2013, con fecha 23 de XI de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015, con fecha 01 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014 y con fecha 07 de enero de 2016, con el número CGEN-S0013-0011-2016 / CONDUSEF-001896-01.

Texto ha ser empleado para el RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Mediante este endoso se reconoce la antigüedad generada por el Asegurado y sus dependientes de que se trate, en Compañías de seguros con las que tuviere contratado anteriormente una póliza de Gastos Médicos Mayores, siempre que su vigencia en la misma haya sido continua e ininterrumpida con la iniciación de la presente, con el fin de disminuir o eliminar los periodos de espera que se contemplan en estas Condiciones Generales.

Se reconoce antigüedad a:

Certificado	Nombre	A partir de
-------------	--------	-------------

No obstante, quedan excluidos los padecimientos que hayan sido diagnosticados con anterioridad a la contratación de esta póliza ya que el reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí señaladas.

Texto ha ser empleado para el EXCLUSIONES

Endoso que se adhiere y/o forma parte de la Póliza de Gastos Médicos Mayores expedida a nombre de _____, certificado _____ para hacer constar que quedan excluidos _____.