

condiciones generales

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO TRADICIONAL



CONDUSEF-004923-01

GMMC-CG-01 V.0

I. DEFINICIONES GENERALES	5
ACCIDENTE CUBIERTO	5
ENFERMEDAD CUBIERTA	5
HOSPITALIZACIÓN	5
HONORARIOS	5
SUMA ASEGURADA	5
DEDUCIBLE	5
COASEGURO	5
II. CLÁUSULAS	6
CONTRATO DE SEGURO	6
PÓLIZA	6
ENDOSO	6
VIGENCIA	6
OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS	6
MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	6
MONEDA	6
EDAD	6
MONTO DE PRIMAS	7
FORMA DE PAGO	7
PAGO DE PRIMAS	7
PLAZO DE GRACIA	7
VENCIMIENTO DEL PAGO	7
PERÍODO AL DESCUBIERTO	7
PRESCRIPCIÓN	7
RENOVACIÓN	8
INTERÉS MORATORIO	8
OBLIGACIÓN DE ASEGURA	9
COMPETENCIA	9
COMUNICACIÓN	9
NOTIFICACIÓN DE COMISIONES	10
PAGO DE DIVIDENDOS	10
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	10
ARTÍCULO 19 DEL REGLAMENTO	11
Terminación Anticipada del contrato	12
Agravación del Riesgo	13
III. FUNCIONAMIENTO DE LA POLIZAS	14
CONTRATANTE	14
TITULAR	14
DEPENDIENTES ECONÓMICOS	14
FAMILIA ASEGURADA	14
REPORTE DE MOVIMIENTOS	14
ALTAS DE ASEGURADOS	14
BAJAS DE ASEGURADOS 12	14
AJUSTES 12	14
OCUPACIÓN 12	14
PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO 13	15
SELECCIÓN DE RIESGO 13	15
IV. GASTOS CUBIERTOS	16
HONORARIOS DE MÉDICOS Y CIRUJANOS	16
GASTOS DE HOSPITAL O SANATORIO	16
GASTOS DE SALA DE OPERACIONES O DE CURACIONES	16
GASTOS DE ANESTESIA Y HONORARIOS DE ANESTESISTA	16

CAMA EXTRA POR UN ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO	16
HONORARIOS DE ENFERMERA(O) TITULADA(O)	16
MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL O SANATORIO	14
GASTOS DE ANÁLISIS DE LABORATORIO O DE ESTUDIOS DE RAYOS X	14
GASTOS DE TRANSFUSIONES DE SANGRE	14
GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXÍGENO	14
GASTOS ORIGINADOS POR LA RENTA DE MULETAS, SILLA DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES PARA ENFERMO, PULMÓN ARTIFICIAL	14
AYUDA PARA GASTOS DE TERAPIA FÍSICA	14
GASTOS ORIGINADOS POR TRATAMIENTO CON RADIO O DE TERAPIA RADIOACTIVA.....	14
APARATOS DE PRÓTESIS DENTAL.....	15
GASTOS DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA Y AÉREA	15
GASTOS ORIGINADOS POR TRATAMIENTOS DE PADECIMIENTOS CONGÉNITOS	15
GASTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	15
VISITAS MÉDICAS	15
TRATAMIENTOS PROGRAMADOS.....	15
V. LIMITACIONES	16
PERÍODO DE ESPERA.....	16
PERÍODO DE COBERTURA	16
HONORARIO DEL CIRUJANO Y AYUDANTES	16
EL PAGO A LOS AYUDANTES.....	16
TABLA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	16
PAGO MÁXIMO	16
TRATAMIENTO COMPLETO.....	17
INTERVENCIÓN O SERVICIOS NO ESPECIFICADOS.....	17
PAGO MÁXIMO POR SESIÓN QUIRÚRGICA.....	17
HONORARIOS DE ANESTESIA	17
ACCIDENTE Y ENFERMEDAD.....	17
ACCIDENTE Y ENFERMEDAD.....	17
PERIODO DE ESPERA	17
TRATAMIENTO MÉDICOS QUIRÚRGICOS DE NARIZ	18
LIMITACIONES	18
QUERATOTOMÍA.....	18
VI. EXCLUSIONES	19
VII. INDEMNIZACIONES	22
AVISO	22
PRUEBAS	22
PAGOS.....	22
IMPUESTO	22
OTROS SEGUROS	22
DEDUCCIONES.....	22
DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS ADICIONALES GASTOS MÉDICOS MAYORES.....	24
REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA.....	24
FUNCIONAMIENTO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	24
AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO.....	25
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.....	26
PADECIMIENTOS CONGÉNITOS.....	26
BENEFICIO DE MATERNIDAD.....	27
ENDOSO DE DAÑOS PSIQUIÁTRICOS.....	28
ENDOSO PARA CUBRIR LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS.....	29
ENDOSO DE COBERTURA POR SIDA.....	29
FUNCIONAMIENTO DE COASEGURO COMBINADO.....	31

DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO	31
SUMA ASEGURADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS	31
CIRUGÍA PROGRAMADA.....	31
COBERTURA MÁXIMA POR RENOVACIÓN	32
PARTICIPACIÓN MÍNIMA POR HOSPITALIZACIÓN	32
ENDOSO HOSPITALARIO	32
COBERTURA VITALICIA.....	33

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO TRADICIONAL

I. DEFINICIONES GENERALES

1. Accidente Cubierto

Se considera accidente cubierto aquel acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, violenta y fortuita que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Cuando a causa de un accidente cubierto, el Asegurado necesitare de atención médica o quirúrgica, los gastos serán sin deducible y sin coaseguro, según el nivel hospitalario contratado, siempre y cuando el primer gasto sea erogado dentro de los 90 días naturales siguientes a partir del primer día de ocurrido el accidente cubierto, pasado este período, será considerado como enfermedad aplicando el deducible y coaseguro estipulado en su Póliza. La misma aplicación se observará en caso de accidente, cuando no se respete el nivel hospitalario contratado, no obstante el monto del deducible sea igual o menor a \$4,000 y el coaseguro sea igual o menor al 10%

2. 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 esta Póliza, se considerará como una sola Enfermedad Cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de latrogénia, o de complicaciones naturales a los procedimientos realizados y a las enfermedades tratadas, generadas en tratamiento continuo ya sea hospitalario o ambulatorio.** Asimismo, para efectos de esta póliza, la Enfermedad Cubierta deberá manifestarse cuando menos treinta días naturales después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para cada Asegurado. En las renovaciones, este período de 30 días naturales no opera. Los padecimientos mencionados en el capítulo V numerales 13 y 14 serán considerados como Enfermedad Cubierta después de transcurridos los períodos de espera establecidos.

3. Hospitalización

Se entiende como hospitalización, la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio. Dicho período empezará a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y se reporte como asegurado de la Latinoamericana.

4. Honorarios

Son aquellos honorarios de médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión.

5. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima que paga la Latinoamericana por cada Asegurado, a consecuencia de una reclamación, de acuerdo a los límites pactados en la carátula de la Póliza, Endosos y Cláusulas correspondientes para cada cobertura.

6. Deducible

Es la cantidad pactada y que se encuentra establecida en la carátula de la Póliza y que será a cargo del Asegurado, por los primeros gastos cubiertos en cada enfermedad. Cuando se trate de gastos originados por un accidente cubierto, se deberá rebasar el deducible contratado, siempre que se contemple el nivel de hospital contratado y el monto del Deducible sea igual o inferior a \$4,000.00.

7. Coaseguro

Es el porcentaje con el que participa el Asegurado en toda indemnización por enfermedad después de descontado el deducible. Cuando se trate de gastos originados por un accidente cubierto, no se aplica

Coaseguro, siempre que se contemple el nivel de hospital contratado y el porcentaje del Coaseguro sea igual o inferior al 10%.

II. CLÁUSULAS

1. Contrato de Seguro

Está constituido por la solicitud, la póliza y los endosos que se agreguen, además de los certificados individuales, los consentimientos y el registro de asegurados.

Este contrato establece que la Empresa Aseguradora mediante la obligación del pago de una prima, se obliga a pagar, hasta por la cantidad indicada en la carátula de la póliza, las cantidades que resulten de algún siniestro que sea procedente por accidente y/o enfermedad cubiertos.

2. Póliza

Documento en el que constan las obligaciones y derechos de las partes en los contratos de seguro.

3. Endoso

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

4. Vigencia

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de la Póliza.

5. Omisiones o declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Latinoamericana, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Latinoamericana para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. (Art. 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Asimismo deberán notificar el lugar de residencia de sus dependientes económicos incluidos en la Póliza, en caso de que éstos no vivan con él.

6. Modificaciones y Notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones que se acuerden previamente entre el Contratante y la Latinoamericana y consten por escrito, mediante los endosos o cláusulas adicionales registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Toda notificación a la Latinoamericana, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la Póliza.

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 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" (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante. Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

7. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o de la Latinoamericana, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

8. Edad

Si la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites establecidos de aceptación, los beneficios de la presente Póliza quedarán rescindidos y sin ningún valor. La Aseguradora reintegrará a quien corresponda el 70% o la reserva matemática, lo que resulte mayor de la parte de la prima de ese Asegurado,

correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la Póliza, que hubiere pagado en el último año de vigencia de la misma.

Si el Asegurado hubiere pagado una prima mayor a la de su edad real, la Aseguradora estará obligada a rembolsar al Asegurado respectivo el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado ese Asegurado. La Latinoamericana estará obligada a pagar la suma asegurada de acuerdo con la edad real.

Si el Asegurado hubiere pagado una prima inferior a la de su edad real, la obligación de la 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.

La Latinoamericana para comprobar la edad, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes que demuestren la edad del Asegurado, haciéndose la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Límites de edad:

a) De contratación: Titular: De 18 años hasta 64 años.
 Dependiente: De 0 años hasta 64 años.

b) De renovación: Hasta 69 años, excepto cuando aplique la cobertura vitalicia.

9. Monto de Primas

El monto de la prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de seguro, la edad y el sexo de cada Asegurado. La prima cubre un período de 12 meses en caso de prima anual o la correspondiente en caso de pago fraccionado. En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

10. Forma de Pago

El Contratante y/o Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en períodos mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Asegurado y la Latinoamericana en la fecha de celebración del contrato de seguro.

11. Pago de Primas

El Contratante o el Asegurado deberán pagar a la Latinoamericana, las primas que correspondan a su edad alcanzada en la fecha de la aceptación del riesgo, contra entrega del recibo expedido por la Latinoamericana, "Según la tarifa de primas que se encuentre registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas", de haber efectuado su pago de primas con cheque sin fondos o fondos insuficientes, se considerara que la prima no ha sido pagada.

12. Plazo de Gracia

El Contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago de la prima, cuando haya sido pactada en parcialidades el plazo de gracia aplicará para cada una de las parcialidades correspondientes, , si el pago no ha sido efectuado, cesarán los efectos del contrato.

13. Vencimiento del Pago

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

14. Período al descubierto

Es aquel lapso en el cual la prima de la Póliza no está pagada. Inicia al día siguiente del último día del período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No

procederá el pago de reclamaciones por accidentes o padecimientos cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este período.

15. Prescripción

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 Latinoamericana.

16. Renovación

La Aseguradora podrá renovar los contratos del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas. El pago de la prima acreditada mediante un recibo extendido por la Latinoamericana, será prueba suficiente de tal renovación.

La Latinoamericana podrá modificar en cada renovación, las tarifas aplicables de acuerdo con los resultados que haya presentado la colectividad asegurada en los periodos del seguro de acuerdo a procedimientos registrados ante la C.N.S.F.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad, a la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

17. Interés Moratorio

Si La Latinoamericana 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 establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe a continuación:

“ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia

firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

18. Obligación de Asegurar

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la Póliza, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada. Asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, dentro de los 30 días siguientes a que las cumplan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Latinoamericana a dar por terminado este seguro mediante aviso por escrito al Contratante, comunicado con 30 días de anticipación.

En caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten con posterioridad a los primeros 30 días de vigencia de la Póliza, quedará sujeta a la aceptación previa de la Latinoamericana, la misma regla aplicará en caso de seguros de tipo contractual o legal para notificaciones extemporáneas.

19. Competencia

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

Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o de la negativa de la Latinoamericana de satisfacer las pretensiones del Asegurado.

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

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

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

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS: Av. Insurgentes Sur número 762 Col. Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55) 5340 0999 / (01 800) 999 80 80, Correo electrónico: asesoría@condusef.gob.mx, página web: www.gob.mx/condusef.

20. Comunicación

Toda comunicación entre La Latinoamericana y el Asegurado y/o Contratante, deberá hacerse por escrito a los domicilios que quedaron señalados en la carátula de la póliza.

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, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo del dos mil cuatro, el Asegurado y/o el Contratante deberá proporcionar a La Latinoamericana todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del seguro.

21. Notificación de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

22. Pago de Dividendos

En el caso de que la póliza haya sido contratada con dividendos, el pago del dividendo se hará al Contratante y/o Asegurado de acuerdo a lo siguiente:

El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Colectivos se sujetará a lo siguiente:

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica. Se entenderá por: Experiencia Global, cuando la prima de la Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de

- que se trate.
- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;
 - V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente: En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones anteriores;
 - VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
 - VIII. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

23. Entrega de Documentación Contractual.

La Compañía está obligada a entregar al asegurado o contratante de la póliza los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, lo que hará de manera personal al momento de contratar el Seguro.

La compañía dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado. Si el asegurado o contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro, la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose a los teléfonos 5521 8055 en la Ciudad de México o al 01 800 010 0528 para el resto de la República, para que le sean entregados de manera personal según lo establecido en la presente cláusula.

Para cancelar la presente póliza o solicitar que la misma no se renueve, el contratante y/o representante del mismo, deberá comunicarse a los teléfonos 5521 8055 en la Ciudad de México, o al 01 800 010 0528 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de que la póliza no será renovada o que la misma quedó cancelada a partir del momento en que se emita dicho folio.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de la Compañía, en los siguientes números telefónicos 0 1 8 0 0 0 0 1 1 - 9 0 0, 5 1 3 0 - 2 8 - 0 0 e x t. 1 6 3 3 y 2 8 2 8, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs. al teléfono 5521 8055 ó al 01 800 010 0528.

24. Artículo 19 del Reglamento

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

25. Terminación Anticipada del Contrato

La póliza podrá ser cancelada a petición del Contratante mediante aviso dado por escrito a la Compañía, o bien, solicitando su cancelación a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual previa verificación de la identidad del Contratante se le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

La cancelación de la póliza surtirá efectos en el momento que al Contratante le sea asignado el folio de cancelación y/o no renovación.

La Compañía reembolsará la prima por devengar descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos en un lapso de 30 días posteriores a la solicitud.

Cuando antes del fin del periodo de vigencia pactado, ocurriere la muerte del Asegurado, la Compañía devolverá, proporcionalmente la parte de la prima correspondiente a las coberturas no afectadas, descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos.

26. Agravación del riesgo

Las obligaciones de La Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos cincuenta y dos (52) y cincuenta y tres (53) fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, salvo que se actualice lo dispuesto por el artículo cincuenta y cinco (55) del mismo ordenamiento.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si 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 excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del Artículo cuatrocientos noventa y dos (492) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos ciento treinta y nueve (139) a ciento treinta y nueve (139) Quinquies, ciento noventa y tres (193) a ciento noventa y nueve (199), cuatrocientos (400) y cuatrocientos (400) Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o

Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo ciento cuarenta (140) de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

III. FUNCIONAMIENTO DE LA POLIZA

1. Contratante

Es aquella persona física o moral responsable ante la Aseguradora de pagar la prima del seguro en su totalidad.

2. Titular

Para efecto de esta Póliza, se considera Titular a aquella persona que aparece como Asegurado principal de la Póliza o Certificado según sea el caso.

3. Dependientes Económicos

Por dependientes económicos del Asegurado principal, se consideran las siguientes personas:

- a) Su cónyuge.
- b) Los hijos solteros que dependan económicamente del Titular y que no perciban remuneración por trabajo personal.
- c) Familiar en línea recta que dependa totalmente del Titular. En este caso la selección se aplicará en forma individual.

Esta dependencia será demostrada a La Latinoamericana.

4. Familia Asegurada

El Asegurado principal y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en esta Póliza.

5. Reporte de Movimientos

El Contratante o Titular deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de asegurados y aumento o disminución de beneficios, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que ocurran.

6. Altas de Asegurados

Si el reporte es oportuno, dentro de los 30 días señalados en el punto anterior, la cobertura iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados con el Contratante de acuerdo a Condiciones Generales de la póliza, en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionado a la aceptación por parte de La Latinoamericana, 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 Latinoamericana cobrará 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 meses completos.

7. Bajas de Asegurados

Causarán baja de esta Póliza, las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante o Titular se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Latinoamericana, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Latinoamericana devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima neta no devengada correspondiente a dicho Asegurado, por días exactos, siempre y cuando no se haya pagado reclamación alguna a dicha Póliza.

8. Ajustes

En caso de altas o bajas de asegurados, o de aumentos o disminución de beneficios, la Latinoamericana cobrará o devolverá al Contratante o Titular, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período de seguro, por meses completos.

9. Ocupación

Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a la Latinoamericana, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación. La Latinoamericana, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir dicho riesgo. En caso de no dar aviso, la Latinoamericana no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

10. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro

De las reclamaciones que por enfermedad y/o accidente cubiertos se presenten, se definirán los gastos procedentes en base a: las sumas aseguradas contratadas, condiciones vigentes al momento de erogarse el primer gasto, limitaciones y exclusiones que aparecen en la carátula de la Póliza, certificado individual, condiciones generales y endosos correspondientes.

A la cantidad resultante de lo anterior, se disminuirá el deducible de acuerdo a 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.

Si usted contrató un plan con hospitales especificados el catálogo como nivel "A", le permite el acceder a cualquiera de los detallados en este plan y según endoso hospitalario.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "B", y desea hacer uso de un hospital en nivel "A", aplicará el doble de deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación cubierta (enfermedad y/o accidente). Además de lo establecido en el endoso hospitalario y sin perjuicio de lo establecido en el Beneficio de Participación Mínima.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "C", y desea hacer uso de un hospital en nivel "A", aplicará el doble de deducible y triple coaseguro en cualquier tipo de reclamación cubierta (enfermedad y/o accidente). Además de lo establecido en el endoso hospitalario y sin perjuicio de lo establecido en el Beneficio de Participación Mínima.

Si contrató un plan con hospitales en nivel "C", y desea hacer uso de un hospital en nivel "B", aplicará el doble de deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación (enfermedad y/o accidente).

11. Selección de Riesgo

Los cuestionarios y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo para la contratación que formen parte de las condiciones generales, solicitud, endosos y cualquier otro documento que forme parte del contrato de seguro, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la póliza.

IV. GASTOS CUBIERTOS

Si durante la vigencia de ésta póliza ocurriera una enfermedad y/o accidente cubierto en este Contrato de Seguro, La Latinoamericana 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 estas Condiciones Generales, siempre que los gastos hayan sido originados dentro de la República Mexicana.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO, LAS PARTES PACTAN QUE TODO LO QUE NO SE ESPECIFIQUE COMO GASTO CUBIERTO, SE CONSIDERARÁ NO CUBIERTO.

De acuerdo a lo anterior, esta Póliza ampara:

1. Honorarios de médicos y cirujanos

2. Gastos de hospital o sanatorio

De acuerdo al nivel hospitalario contratado, representado por el costo de la habitación (Privada Standard) y alimentos, así como medicinas consumidas en el mismo por el Asegurado.

3. Gastos de sala de operaciones o de curaciones

4. Gastos de anestesia y honorarios de anestesista

5. Cama extra por un acompañante del Asegurado

Durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.

6. Honorarios de enfermera(o) titulada(o)

Máximo 3 turnos durante 30 días (con orden del médico tratante y siempre y cuando el diagnóstico lo amerite).

7. Medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital o sanatorio

Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe el recibo de la farmacia con la receta.

8. Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos X

Isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de accidente y/o enfermedad cubierta.

9. Gastos de transfusiones de sangre

Aplicación de plasma, sueros y soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto

10. Gastos originados por consumo de oxígeno

Los cuales deberán venir acompañados de la orden médica indicando el tratamiento a seguir.

11. Gastos originados por la renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermo, pulmón artificial

U otros aparatos semejantes y deberán acompañarse por la orden del médico tratante.

12. Ayuda para Gastos de Terapia Física

La Latinoamericana, ofrecerá una ayuda al Asegurado que así lo requiera como consecuencia de una enfermedad y/o accidente amparado 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.

La Latinoamericana, 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. La ayuda será de acuerdo a la Tabla de Honorarios Quirúrgicos contratada.

13. Gastos originados por tratamiento con radio o de terapia radioactiva

14. Aparatos de prótesis dental.

Los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental necesarios a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos, prótesis o endoprótesis (barras estabilizadoras, placas, tornillos, chips, lechos para tornillos, etc, que se requieran a causa de accidente y/o enfermedad, serán cubiertos por la Latinoamericana hasta un límite de 10% de la suma máxima de protección que corresponda a cada Asegurado, quedará excluida la reposición de cualquier tipo de prótesis o endoprótesis ya existentes a la fecha del accidente y/o enfermedad.

15. Gastos de transporte en ambulancia y aérea

Gastos de transporte en ambulancia (terrestre), hasta por la cantidad estipulada en la carátula de la póliza y/o endosos de la cual formen parte y anexando justificación médica. Asimismo gastos de ambulancia aérea hasta un límite de \$50,000.00 también con justificación médica.

16. Gastos originados por tratamientos de padecimientos congénitos

De hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza, si la madre estuviere incluida dentro de este contrato de seguro, cuando menos con 10 meses de antelación al nacimiento. No opera el reconocimiento de antigüedad de otras Latinoamericanas para este periodo. Aplican con las limitaciones establecidas en el presente clausulado.

17. Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto

De la asegurada titular o cónyuge:

- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- b) Los estados de fiebre puerperal.
- c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravidita.

La operación cesárea que se practique a la Asegurada titular o cónyuge siempre y cuando sea en máximo dos ocasiones, mientras dichas operaciones ocurran dentro de la vigencia de la póliza y vida de la Asegurada, se cubrirán por el 50% de los gastos procedentes, y con un máximo de 20 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigentes en la Ciudad de México no aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado.

Estos gastos serán cubiertos sólo si ocurren después de 10 meses de vigencia continua o más en esta Póliza, a la fecha del acontecimiento, o del certificado relativo; en consecuencia no aplica el Reconocimiento de Antigüedad.

18. Visitas médicas

Máximo una diaria en hospital o consultorio, dos en terapia intensiva. En caso de cirugía, el costo de las visitas del médico tratante durante el mismo internamiento estará incluido en el pago de los honorarios quirúrgicos.

19. Tratamientos programados

En caso de tratamientos programados mayores a 30 días naturales, el pago se efectuará sobre procedimientos ya ejecutados. No se realizarán pagos por anticipado. No se pagarán consultas postquirúrgicas en los 15 días posteriores a la cirugía.

V. LIMITACIONES

1. Período de Espera

La eventualidad por concepto de enfermedad cubierta deberá manifestarse cuando menos después de transcurridos 30 días naturales a partir de la vigencia de esta póliza, o los períodos establecidos en las cláusulas 13 y 14 de este mismo capítulo.

Este periodo no aplica en renovaciones.

2. Período de Cobertura

Si la póliza se renueva anualmente y sin interrupción alguna con la totalidad de los Asegurados elegibles, se continuarán pagando los gastos por cada accidente y/o enfermedad, sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos o síntomas por atención del accidente y/o enfermedad cubiertos.

Para poder acceder a este beneficio, la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan superior.

Cuando las situaciones señaladas en esta cláusula estén aplicando, se pagarán las reclamaciones complementarias bajo las condiciones que prevalecían en la fecha de los primeros gastos realizados y/o reclamación inicial.

Si la póliza se cancela o no se hace la renovación anual, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aún cuando la reclamación haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza, salvo que al momento de terminar la vigencia de la póliza, el Asegurado se encuentre hospitalizado, en cuyo caso se le cubrirán los gastos procedentes de esa atención hospitalaria hasta su egreso del hospital con un máximo de cuatro días a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza.

En caso de seguro colectivo, si un asegurado causa baja en la póliza, podrá quedar asegurado en una Póliza Individual, siempre que proporcione la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la baja, con el pago de la prima correspondiente. La cobertura que se otorgará será similar a la que tenía contratada en la póliza colectiva y de acuerdo a los planes individuales que opera la Latinoamericana.

3. Honorario del cirujano y ayudantes

Si como consecuencia de alguna enfermedad y/o accidente cubiertos, el Asegurado requiere de intervención quirúrgica, la Latinoamericana cubrirá los honorarios del cirujano y ayudantes hasta la suma máxima para intervención quirúrgica, que se encuentra señalada en la carátula de la póliza.

La cantidad liquidada por este concepto incluye todas las atenciones consultas, visitas hospitalarias prestadas al Asegurado por los cirujanos, ayudantes e instrumentistas por un periodo de hasta 15 días posteriores a la intervención quirúrgica realizada.

4. El pago a los ayudantes

En ningún caso será superior al 20% de los honorarios del cirujano principal. El pago del instrumentista en ningún caso será superior al 10% de los honorarios del cirujano principal.

5. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas

Relación de intervenciones quirúrgicas, donde se indica el porcentaje que aplicado a la suma asegurada, determina el monto máximo que pagará la Latinoamericana por este concepto. Dicha suma asegurada es la que se pacta en la carátula de la Póliza.

6. Pago Máximo

Si la póliza se contrató con tabla de intervenciones quirúrgicas, el pago máximo para cada intervención u otro servicio señalado en la tabla, incluyendo todas las atenciones prestadas al Asegurado por los

cirujanos, ayudantes, médicos e instrumentistas 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.

7. Tratamiento Completo

En el caso de intervenciones quirúrgicas denotadas como tratamiento completo, debe entenderse que ya sea que éste se efectúe en una o más intervenciones, el pago máximo correspondiente a dicho procedimiento será el que resulte de aplicar el porcentaje establecido por cada sesión (independientemente del número de sesiones requeridas).

8. Intervención o Servicios no Especificados

En este caso, la Latinoamericana determinará el porcentaje que corresponda por similitud en severidad y gravedad a alguna intervención o servicio especificado en la tabla de honorarios médicos y quirúrgicos. El pago que resulte no podrá ser mayor a la suma asegurada para honorarios quirúrgicos establecida en la carátula de la Póliza.

9. Pago Máximo por Sesión Quirúrgica

Los gastos médicos cubiertos por este concepto, no excederán de los siguientes límites:

- a) Cuando se efectúe una sola intervención, el pago máximo que corresponda.
- b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, la Latinoamericana efectuará el pago máximo que corresponda a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas indicadas con el mayor porcentaje o una de ellas cuando los porcentajes estipulados en la tabla de honorarios médicos y quirúrgicos sean iguales.
- c) Si en la misma sesión quirúrgica, el cirujano efectúa otra intervención en diferente campo operatorio o diferente incisión, la Latinoamericana pagará el porcentaje correspondiente a la mayor, más el 50% de la otra intervención. No quedara cubierto cualquier otro procedimiento quirúrgico.
- d) Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.
- e) Se cubrirán visitas hospitalarias al cirujano después de 15 días de hospitalización posteriores a la cirugía

10. Honorarios de anestesia

Los honorarios de anestesista se cubrirán con un máximo equivalente al 30% de los honorarios cubiertos por esta Póliza al cirujano principal.

11. Accidente y enfermedad

Si como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, la Latinoamericana le cubrirá los honorarios por consultas médicas en sanatorios, hospitales o consultorios, de acuerdo con los límites estipulados en la carátula de la Póliza, a razón de una por día como máximo.

12. Accidente y enfermedad

Si como consecuencia de algún Accidente y/o Enfermedad, el Asegurado se encontrara recluido y durante su reclusión requiriese de la asistencia de enfermera(o) especial, la Latinoamericana le cubrirá los honorarios, según nivel de hospital contratado, por este concepto de acuerdo con los límites estipulados en la carátula de la Póliza con un máximo de 3 turnos diarios, fuera del hospital se cubrirá un máximo de 30 días por cada accidente y/o enfermedad, siempre y cuando el padecimiento amerite dicho servicio por la gravedad del mismo. La Latinoamericana no cubre concepto de "cuidadora" bajo ningún esquema.

13. Periodo de espera

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre, en los dos primeros años que siguen a la fecha de inicio de vigencia o rehabilitación de esta Póliza, los gastos resultantes de tratamientos de eventraciones, tratamientos médicos quirúrgicos de hernias y padecimientos de columna vertebral; cualquier tipo o localización, tratamiento médico o quirúrgico de hemorroides, cualquier padecimiento ano-rectal, prolapsos, fisuras y abscesos; amigdalitis, adenoiditis, cataratas y cualquier cirugía refractiva. **Pasado este tiempo, sí se cubrirán dichos gastos, siempre y cuando no se trate de algún padecimiento preexistente a la fecha del contrato de esta Póliza y que los primeros gastos erogados por dichos padecimientos hayan dado inicio después del segundo año de espera indicado.**

Asimismo no se cubrirá en el primer año cualquier operación reconstructiva del piso perineal, padecimientos de rodilla cualquiera que sea su causa tumoraciones mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis, padecimientos ginecológicos, insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores, litiasis de cualquier tipo. Pasado este tiempo, sí se cubrirán dichos gastos, siempre y cuando no se trate de algún padecimiento preexistente a la fecha del contrato de esta Póliza y que los primeros gastos erogados por dichos padecimientos hayan dado inicio después del **primer año de espera indicado.**

14. Tratamiento médicos quirúrgicos de nariz

Los tratamientos médicos quirúrgicos de nariz, septum y/o senos frontales nasales y paranasales quedarán cubiertos hasta por un máximo de 20 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigentes en la Ciudad de México, con suma topada máximo 20 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigentes en la Ciudad de México para la totalidad del evento, es decir lo que se ampare por hospital y honorarios médicos al momento del primer gasto erogado, aplicándose en su momento el deducible y coaseguro contratados bajo las condiciones siguientes:

- a) Después del segundo año que siga a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y del certificado relativo.
- b) Siempre y cuando no sea a consecuencia de padecimientos congénitos o preexistentes o de carácter estético o plástico y conforme a las definiciones de esta Póliza.

15. Limitaciones

Las limitaciones enumeradas en el párrafo a) del punto 14 anterior no operan siempre y cuando el tratamiento señalado sea debido a un accidente cubierto; mismo que deberá ser demostrado a la Aseguradora (Actuaciones legales, rayos X, primera consulta, fotografías pre y post-operatorias, entre otras).

16. Queratotomía

Se cubre Queratotomía Radiada, Queratomileusis y Epiqueratofaquia con un periodo de espera de dos años y sólo en los casos en que el (la) Asegurado (a) presente 5 dioptrías o más, **en cada ojo**. Con estudio de refracción computarizada que corroboren dioptrías.

VI. EXCLUSIONES

El contrato contenido en esta póliza, no cubre los conceptos que a continuación se enumeran:

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 Latinoamericana cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad y/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.

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 Latinoamericana.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La Latinoamericana, 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. **Tratamiento médico o quirúrgico por malformaciones y padecimientos CONGÉNITOS en hijos del Asegurado nacidos fuera de la vigencia de esta Póliza.**

Entendiéndose por padecimientos congénitos aquellos que existen desde que nace el individuo o antes del nacimiento. Estos pueden hallarse presentes sin dar lugar a síntomas o signos aparentes en el nacimiento o manifestarse posteriormente.

3. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier lesión pigmentaria de la piel, LUNARES, NEVUS, acné y similares.**
4. **Intervenciones quirúrgicas de carácter ESTÉTICO o PLÁSTICO, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún ACCIDENTE y/o ENFERMEDAD ocurrido durante la Vigencia de la Póliza**

Tratamientos médicos o quirúrgicos para REDUCCIÓN DE PESO u OBESIDAD Y CALVICIE, APNEA DEL SUEÑO Y RONCOPATIAS.

5. **Tratamientos PSIQUIÁTRICOS O PSICOLÓGICOS, trastornos de enajenación mental, estados de DEPRESIÓN PSÍQUICA o NERVIOSA, HISTERIA, NEUROSIS O PSICOSIS, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas y complicaciones.**
6. **Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la CONDUCTA y el APRENDIZAJE, TERAPIAS DE LENGUAJE Y/O NEURODESARROLLO O NEUROESTIMULACION O SIMILARES**
7. **Padecimientos o accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado a consecuencia de ALCOHOLISMO (INTOXICACION ETILICA) o TOXICOMANÍAS.**
8. **ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, LENTES INTRAOCULARES y APARATOS AUDITIVOS Y ANILLOS INTRAOCULARES.**
9. **Tratamientos DENTALES excepto si fue a causa de un accidente, ALVEOLARES o GINGIVALES y sus complicaciones, cualesquiera que sea su naturaleza y origen.**
10. **Afecciones propias del EMBARAZO, ABORTOS, PARTOS PREMATUROS o PARTOS NORMALES o ANORMALES y toda complicación del embarazo, del parto o del PUERPERIO que no sea precisamente de las consignadas en esta Póliza en el numeral 17 del capítulo "Gastos Cubiertos".**

11. **LEGRADOS UTERINOS.** (Cualquiera que sea su causa), excepto cuando se contrate el beneficio de maternidad y en las condiciones ahí establecidas para titular o concubina.
12. Tratamiento médico y/o quirúrgico para el **CONTROL DE LA NATALIDAD** y sus complicaciones. Tratamiento médico o quirúrgico de la **ESTERILIDAD, TRATAMIENTOS DE OSTEOPOROSIS Y MENOPAUSIA.**
13. Gastos ocasionados por **CIRCUNCISIÓN.**
14. Tratamiento Médico o Quirúrgico para corregir **XIFOSIS, LORDOSIS O ESCOLIOSIS** de columna vertebral, cuando derive de un accidente o complicación de cualquier enfermedad o procedimiento inclusive cubierto por la Latinoamericana.
15. Curas de **REPOSO** o **EXÁMENES MÉDICOS GENERALES**, para comprobación de estados de salud, conocidos con el nombre check-up.
16. Tratamientos **QUIROPRÁCTICOS, ACUPUNTURISTAS, HOMEOPATICOS, NATURISTAS** y **VEGETARIANOS.** Tratamiento médico o quirúrgico a base de **HIPNOTISMO** y **QUELACIONES** ASI COMO **MULTIVITAMINICOS** O **SUPLEMENTOS, TRAMIENTOS DE CUALQUIER TIPO QUE SE ENCUENTREN EN FASE EXPERIMENTAL.**
17. Lesiones que el Asegurado sufra en **SERVICIO MILITAR**, de cualquier clase, actos de **GUERRA, INSURRECCION, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, RIÑA**, siempre que sea provocador o **ACTOS DELICTUOSOS** intencionales en que participe directamente.
18. **SUICIDIO** o cualquier intento del mismo o **MUTILACION VOLUNTARIA**, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
19. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
20. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como **PILOTO, PASAJERO, MECÁNICO** o **MIEMBRO DE LA TRIPULACION** de cualquier **AERONAVE** que no pertenezca a una Línea Comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de personas. Tampoco cubre lesiones que sufra por la práctica de **PARACAIDISMO, VUELOS DELTA** o **VUELOS** en **PLANEADORES** o cualquier deporte aéreo.
21. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en **CARRERAS, PRUEBAS** o **CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA** o **VELOCIDAD.** Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje

en MOTOCICLETAS, MOTONETAS u otros VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR.

22. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de MONTAÑISMO, ALPINISMO, BOX, LUCHA LIBRE, Y GRECOROMANA, KARATE y/o ARTES MARCIALES de cualquier tipo, BUCEO, EQUITACIÓN, HOCKEY, ESPELEOLOGÍA y RAPEL, ESQUI de cualquier tipo, CHARRERIA, TAUROMAQUIA, RUGBY, FUTBOL AMERICANO, CAÍDA LIBRE CON LIGA (BONGEE) y cualquier actividad denominada como DEPORTE EXTREMO los cuales se detallan de manera enunciativa más no limitativa, MEGAPENDULO, ORBITRON, PATINAJE EN LINEA, PATINETA, CICLISMO TIPO CROSS EN PISO O EN RAMPA, DESCENSO DE CAÑONES, TRAVESIA EN RAPIDOS UTILIZANDO CANOAS, BALSAS, KAYAK o cualquier otro tipo de embarcación.
23. Gastos realizados por ACOMPAÑANTES del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, a excepción de la cama extra.
24. Tratamientos originados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
25. Gastos ocasionados por donación de órganos, miembros, sangre, etc., aun cuando el donante se encuentre Asegurado dentro de la Póliza o en cualquier otra (PRUEBAS SEROLOGICAS, GRUPO Y RH, PRUEBAS CRUZADAS , COMS DIRECTO E INDIRECTO Y UNIDAD TRANSFUNDIDA O SIMILARES).

VII. INDEMNIZACIONES

1. Aviso

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Latinoamericana, en el curso de los primeros 5 días hábiles, de cualquier accidente y/o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización y deberá estar en vigor la cobertura de la póliza al ocurrir el evento.

En caso de retraso en el aviso, en términos del Art. 76 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el reclamante deberá probar que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el asegurado titular deberá notificarlo cuando menos con 5 días hábiles de anticipación a la fecha en que este deba internarse. El asegurado titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.

2. Pruebas

El reclamante presentará a su costa a la Latinoamericana, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, toda la documentación necesaria para acreditar la enfermedad padecida o los gastos en que incurrió el Asegurado, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc., que cubran los requisitos fiscales, todo en originales. La Latinoamericana se reserva el derecho en todo tiempo y siempre que lo juzgue conveniente, de corroborar los hechos o situaciones que dieron origen a la reclamación y que ésta 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 Latinoamericana de cualquier obligación.

3. Pagos

La Latinoamericana pagará al Asegurado o a quien corresponda, la indemnización que proceda, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se reciba toda la documentación y pruebas, que fundamenten la reclamación. La Latinoamericana sólo pagará honorarios de médicos y enfermeras titulados autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

En caso de siniestro, la Latinoamericana podrá deducir de la indemnización pagadera al Contratante, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Si la póliza se encuentra dentro del Plazo de Gracia considerado en la cláusula 12 del apartado I CLÁUSULAS, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso.

Cualquier pago realizado indebidamente por accidente y/o enfermedad por parte de la Latinoamericana a causa de omisión, error o negligencia en el aviso por parte del Contratante, así como de la documentación proporcionada a la Latinoamericana para avalar dicha reclamación, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Latinoamericana.

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

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Latinoamericana serán liquidadas a cada Asegurado, o a quien éste haya designado como beneficiario, en las oficinas de la Latinoamericana en la República Mexicana.

4. Impuesto

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

5. Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización a que estuviere obligada la Latinoamericana.

6. Pagos Improcedentes

Cualquier indemnización realizada indebidamente por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Titular y/o Contratante a reintegrar el pago a la Latinoamericana, cualquier indemnización realizada indebidamente por la Latinoamericana no la obliga a continuar indemnizando complementos posteriores.

DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS ADICIONALES GASTOS MÉDICOS MAYORES

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

En caso de que por algún accidente y/o enfermedad se llegase a agotar la Suma Asegurada contratada para cada Asegurado, la vigencia de esta Póliza y/o Certificado 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, para cubrir nuevos accidentes y/o enfermedades, 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 latrogénia, o de complicaciones naturales a los padecimientos realizados y a las enfermedades tratadas y generadas en tratamientos continuos ya sea hospitalarios o ambulatorios.**

El total de las cantidades reembolsadas por la Latinoamericana al Asegurado por un accidente cubierto y/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.

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

FUNCIONAMIENTO DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Se hace constar por medio de este endoso, que se cubren todos aquellos Asegurados que se encuentren viajando por motivos ajenos a los relacionados con su salud con máximo de 60 días naturales, y que requieran tratamiento médico de urgencia en hospital o sanatorio, entendiéndose como tal, toda alteración órgano funcional súbita e inesperada y que ponga en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiera en ese momento de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de urgencia termina cuando el Asegurado se encuentra estabilizado y puede continuar su tratamiento en su lugar de origen.

No se considerará emergencia en el extranjero, si el padecimiento que dio origen a dicha urgencia, ya estaba diagnosticado y/o tratado médicamente en su lugar de origen.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

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

Tratamiento de rehabilitación.

Maternidad y complicaciones del mismo, del parto o del puerperio.

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

La Cobertura de este Endoso se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de la Póliza.

El reembolso de los gastos efectuados con relación a este endoso, 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.

Para enfermedad y/o accidente, se aplicará el deducible y el coaseguro correspondiente, de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la Póliza y/o Endosos que formen parte integrante de la misma.

Excepción hecha de este beneficio subsistirán inalterados los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones estipuladas en la Póliza y en los endosos que formen parte de las mismas considerando este beneficio como parte integrante e inseparable de la misma.

No quedan cubiertos los accidentes sufridos en el extranjero a causa de deportes peligrosos por los cuales se haya otorgado un endoso de cobertura el cual sólo aplica en territorio nacional.

Suma asegurada.- 50,000.00 Dólares de los E.U.A.

Deducible. 50 Dólares de los E.U.A..

Coaseguro. El contratado en territorio nacional.

Suma Asegurada de Honorarios Quirúrgicos:

- a) **Con catálogo. Igual a la contratada en territorio nacional.**
- b) **Hasta Gasto Incurrido. Con máximo de la suma básica del beneficio contratado.**

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO.

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Se hace constar que mediante la contratación de esta cláusula adicional se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios que se eroguen en el extranjero por accidente y/o enfermedad, ocurridos durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado. Los gastos erogados fuera de la República Mexicana, se reembolsarán en moneda nacional previa presentación de notas y facturas a La Latinoamericana, Seguros, S.A., una vez descontado el deducible y coaseguro correspondiente, según la carátula y/o endosos anexos a la Póliza.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

- a) **Las que figuran en las Condiciones Generales de la Póliza.**
- b) **Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en hospital o sanatorio.**
- c) **Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas en las Condiciones Generales de la Póliza.**
- d) **Los gastos de cuarto y alimentos quedan limitados al correspondiente a cuarto semiprivado como máximo.**
- e) **La cobertura de esta cláusula se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de esta Póliza.**
- f) **El reembolso de los gastos efectuados en relación a este Endoso, 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.

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. 8 puntos porcentuales adicionales al contratado en Territorio Nacional.

Suma Asegurada para honorarios quirúrgicos:

- a) Con catálogo.- Tres veces la contratada en el país, con máximo de la Suma Asegurada básica contratada.**
- b) Hasta el gasto incurrido.- Con máximo de la Suma Asegurada básica contratada.**

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

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Se hace constar que se reconoce la antigüedad generada por el Asegurado y sus dependientes de que se trate, en Compañías de seguros con las que tuviere contratada(s) anteriormente póliza(s) 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.

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.

Es necesario proporcionar los comprobantes correspondientes como son: la(s) póliza(s) o certificados y recibos pagados a las Aseguradoras anteriores.

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

PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Cuando los dependientes del Asegurado no hayan nacido dentro de la vigencia de esta Póliza y tenga contratado este beneficio de enfermedades congénitas, éstas serán pagaderas, siempre y cuando:

- a) El Asegurado tenga más de 10 años de edad al momento de la primera manifestación de la enfermedad y ésta ocurra dentro de la vigencia de la Póliza.**
- b) Que el afectado haya acumulado 2 años de cobertura continua en La Latinoamericana, Seguros, S.A. en una póliza de gastos médicos. No opera el reconocimiento de antigüedad generado en otras compañías.**

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

BENEFICIO DE MATERNIDAD

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Se considera cubierto, todo parto o aborto no provocado ó éste último haya sido realizado previa autorización judicial por riesgo de fallecimiento, de la Asegurada titular o de la esposa o concubina del Asegurado titular, que esté amparada por esta Póliza, con edad igual o menor a 45 años, siempre que ocurra estando vigente la cobertura de la Póliza en su favor.

Este beneficio no opera en los primeros 10 meses que sigan a la fecha de contratación del mismo.

Beneficio del Reembolso por Parto.- La Latinoamericana reembolsará al Asegurado Titular o cónyuge los gastos médicos cubiertos debido a maternidad en que incurra, siempre que éstos hayan sido erogados por la atención del parto cubierto (no aplica en cesáreas), con máximo de 20 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigentes en la Ciudad de México, no aplica deducible ni coaseguro.

Beneficio del reembolso por abortos amparados en el Beneficio de Maternidad.- La Latinoamericana reembolsará al Asegurado, Titular o cónyuge hasta el 50% de los gastos médicos derivados por este concepto, con máximo de la suma asegurada contratada para el mismo. No aplica deducible ni coaseguro.

No opera reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

GASTOS NO CUBIERTOS.

No quedan cubiertos los gastos ocasionados por vigilancia del embarazo, aun cuando en este se presenten complicaciones ni la atención del recién nacido.

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

ENDOSOS DESCRIPTIVOS EN GASTOS MÉDICOS MAYORES **ENDOSO DE DAÑOS PSIQUIÁTRICOS** (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Mediante este endoso LA LATINOAMERICANA SEGUROS, S.A., conviene otorgar al Asegurado la cobertura de Daños Psiquiátricos, la cual opera de acuerdo con las condiciones que a continuación se indican.

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el Asegurado que 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:

- a) Haber sufrido algún accidente que ponga en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano cubierto por las condiciones de la Póliza.
- b) Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:
 - Cáncer,
 - Accidente vascular cerebral,
 - Infarto al miocardio,
 - Insuficiencia renal o
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
- c) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - Asalto,
 - Secuestro o
 - Violación

Los beneficios amparados por este endoso son:

- Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año contado a partir de la fecha de la primera.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará el deducible y el coaseguro contratado.

Quedan excluidos de los beneficios de este endoso:

- La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad y/o accidente cubierto.
- Los padecimientos preexistentes.
- Los honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación del Consejo Mexicano de Psiquiatría y cuando el(los) médico(s) no pertenezca(n) a la red de prestadores de servicios de la institución.

ENDOSO PARA CUBRIR LA PRÁCTICA DE DEPORTES PELIGROSOS (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A., conviene que se cubre la práctica de Deportes Peligrosos enunciados en los puntos 21 y 22 del apartado VI EXCLUSIONES de las Condiciones Generales excepto los citados en el presente Endoso, de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Se reembolsarán los gastos procedentes y erogados del Asegurado que exclusivamente mencione el endoso, a consecuencia de lesiones que sufran por la práctica amateur de los deportes mencionados en los puntos 21 y 22 del apartado VI Exclusiones de las Condiciones Generales.
2. Este Endoso operará bajo las siguientes condiciones:

Suma Asegurada máxima Igual Póliza Básica
Catálogo Igual Póliza Básica
Deducible Igual Póliza Básica
Coaseguro Igual Póliza Básica

El deducible y coaseguro aplicarán en todos los casos.

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación en lo que respecta a este Endoso.

Este beneficio sólo aplica para lesiones y/o accidentes ocurridos en territorio nacional.

Exclusiones específicas del presente endoso:

- **No quedarán cubiertas lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en CARRERAS, PRUEBAS o CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA o VELOCIDAD o su equivalente, todo tipo de Rally.**
- **Caída libre con liga (Bongee)**
- **Espeleología**
- **Megapéndulo**
- **Orbitrón**
- **Motonáutica**
- **Tauromaquia**

En territorio nacional y/o extranjero.

La práctica de cualquier deporte deberá ser notificada a la Latinoamericana Aseguradora para la correcta apreciación del riesgo y según condiciones.

ENDOSO DE COBERTURA POR SIDA

(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A., conviene mediante este endoso a la Póliza o certificado de que se trate, otorgar la cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que consiste en:

Tratamientos MEDICOS Y/O QUIRURGICOS que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre que el virus del SIDA, se haya detectado después de transcurrido el periodo de espera de 4 años, contados a partir de la inclusión de este beneficio en la Póliza y/o certificado.

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) o aplicando los siguientes límites:

LÍMITES DE LA COBERTURA:

- La Suma Asegurada contratada o \$100,000.00 USD por persona (lo que resulte menor)
- Deducible: \$500.00 USD por persona
- Coaseguro: 10% nacional, 20% extranjero

Para efectos de esta cobertura no aplican los beneficios de Reinstalación Automática de la Suma Asegurada y Reconocimiento de Antigüedad.

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 Latinoamericana lo solicite, una prueba de detección con antigüedad menor a 30 días.

Durante el periodo 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 Unidades de Medida y Actualización mensuales vigentes en la Ciudad de México, siempre que:

- El Asegurado notifique con anticipación de 30 días la fecha en que se elaborarán los estudios de diagnóstico.
- La atención se efectúe con médicos y laboratorios con convenio de costos con LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A.
- Envíe los resultados e interpretaciones realizadas y otorgue su autorización para que LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A., amplíe la información que considere necesaria.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

- Cualquier persona con VIH positivo, realizado indistintamente por el método de Western Blot, o ELISA ASSAY, y que también tenga el recuento total de células CD4, (medido por CITOMETRO DE FLUJO), inferior a 200/mm³, o un porcentaje total de linfocitos CD4 inferior al 14%.
- Cualquier persona con VIH positivo, realizado indistintamente por el método de Western Blot o ELISA ASSAY, y que tenga el recuento total de células CD4, (medido por CITOMETRO DE FLUJO), y también algunas de las siguientes enfermedades específicas:

- Candidiasis de tráquea, bronquitis o pulmones.
- Candidiasis esofágica.
- Criptosporidiosis crónica intestinal (con más de un mes de duración).
- Citomegalovirus (otros además de hepática, esplénica o adenoidea).
- Retinitis citomegálica (con disminución de la agudeza visual).
- Encefalopatía relacionada con VIH.
- Herpes simple, o úlcera(s) crónica(s), más de un mes de duración o bronquitis.
- Cáncer cervical invasivo.
- Coccidiomidomycosis extrapulmonar o diseminada.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporiasis intestinal crónica (de más de un mes de duración).
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma inmunoblástico.
- Linfoma primario del cerebro.
- Complejo Mycobacterium Avium o Mycobacterium Kansasil, diseminado o extrapulmonar.
- Neumonía limfoide y/o hiperplasia pulmonar limfoidea.
- Penumocistitis Carinii.

- Neumonía bacteriana recidivante o recurrente.
- Salmonela no tifoidea, bacteria recurrente.
- Sarcoma de Kaposi.
- Síndrome de emaciación relacionado al VIH.
- Toxoplasmosis cerebral.

Exclusiones

Se excluyen de esta cobertura todos los gastos relacionados en el tratamiento del complejo relacionado al SIDA, entendiéndose a éste como el conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica usualmente presentes después de que el conteo de células CD4+T, esté por debajo de 500ml, localizado en infecciones menores, no suficientemente indicativas del efecto de inmunidad en las células como para ser considerada SIDA.

FUNCIONAMIENTO DE COASEGURO COMBINADO (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Mediante este Endoso se hace constar que sin contravenir la definición expresa en las Condiciones Generales para el coaseguro, la presente Póliza, para efecto de su cobertura cuenta con una modalidad de aplicación de este concepto, denominada "Coaseguro Combinado".

El Coaseguro Combinado se compone de 2 porcentajes y opera como sigue:

Se aplica por evento al total de gastos procedentes de la reclamación una vez disminuido el Deducible correspondiente (inciso II Funcionamiento de la Póliza punto 10) de la siguiente manera:

- El primer porcentaje se aplica a los primeros \$40,000.-, el segundo porcentaje se aplicará a la cantidad que exceda a dichos \$40,000.

DESCRIPCION DEL FUNCIONAMIENTO

SUMA ASEGURADA PARA HONORARIOS QUIRÚRGICOS (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Si la póliza fue contratada con Honorarios Quirúrgicos limitados a una Suma Asegurada sujeta a catálogo la forma en que se manejará ésta, en caso de alguna reclamación ya sea por enfermedad y/o accidente cubierto será la siguiente:

El catálogo de honorarios quirúrgicos puede ser consultado en la página web de la compañía, ingresando dirección: www.latinoseguros.com.mx; en el apartado de gastos médicos señalando la modalidad del seguro contratado, se debe dirigir al apartado *¿Qué hacer en caso de siniestro?*, en la opción "Revisa" dar clic en: *"tabla de Honorarios,..."*,

Se obtendrá el porcentaje que de acuerdo al catálogo le corresponda al tipo de cirugía de que se trate.

Dicho porcentaje se aplicará a la Suma Asegurada sujeta a catálogo de Horarios Quirúrgicos y al resultado que se obtenga, será la cantidad disponible para cubrir los Honorarios Quirúrgicos (cirujano, ayudantes médicos y/o instrumentistas)

CIRUGÍA PROGRAMADA (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

Cuando la atención médico-hospitalaria del Asegurado por algún padecimiento cubierto se realice con

hospitales con convenio y/o médicos que se ajusten al tabulador interno de la Latinoamericana, el Asegurado podrá solicitar el beneficio de cirugía programada

Para hacer uso de este beneficio, con 5 días de anticipación deberá proporcionarse a la Latinoamericana la documentación original siguiente:

- a) Informe médico y del reclamante con los estudios que avalen el diagnóstico, así como motivo y descripción de la(s) cirugía(s) a realizar.
- b) Recabar formato de pre-autorización con el presupuesto de honorarios médicos indicando: nombre, actuación (cirujano, ayudante, anestesista; entre otros).

La Latinoamericana, Seguros, S.A., analizará el presupuesto de honorarios presentado y si éste no excede el costo que normalmente se aplique para el tratamiento o intervención de que se trate, la Latinoamericana elaborará una carta convenio donde se garantiza el pago directo al hospital y médicos señalados en el inciso b), de acuerdo al presupuesto; misma que el asegurado entregará al hospital y procederá a su atención.

COBERTURA MÁXIMA POR RENOVACIÓN (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

De acuerdo a lo establecido en el capítulo "V.- LIMITACIONES", cláusula 2, de las Condiciones Generales de la Póliza.

PARTICIPACIÓN MÍNIMA POR HOSPITALIZACIÓN (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA)

El deducible y coaseguro señalados en la carátula de la póliza se modifican para su aplicación, por la contratación de este beneficio a quedar en:

Deducible = 0
Coaseguro = 0

A consecuencia de padecimientos que por su naturaleza y diagnóstico ameriten hospitalización y que los gastos excedan al monto de deducible originalmente estipulado en la Póliza. Si los gastos médicos no exceden al monto del deducible originalmente contratado, no aplica el presente beneficio.

Los beneficios de esta cobertura sólo se otorgarán si la atención se realiza en hospitales con convenio con la Latinoamericana y con médicos que estén dentro o que se ajusten a los costos normalmente establecidos para la atención del accidente y/o enfermedad cubierta y de acuerdo con "Endoso Hospitalario".

De utilizarse un nivel hospitalario superior al contratado, no aplicará este beneficio.

Siempre que el monto del deducible sea igual o menor a \$4,000 y el coaseguro sea igual o menor al 10%

Este beneficio no es retroactivo, por lo que no opera para padecimientos o accidentes preexistentes a la fecha de contratación de éste, independientemente de que se haya hecho o no, reclamación alguna.

ENDOSO HOSPITALARIO. (DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA)

Mediante este endoso, que forma parte de la póliza, se establecen los hospitales a los que el asegurado tiene derecho para su atención médica, no obstante lo establecido en caso de estar contratado, en el beneficio de "Participación Mínima por Hospitalización"

De acuerdo a lo anterior, los asegurados podrán acudir al hospital de su preferencia, a excepción de los siguientes:

<u>SITIO</u>	<u>HOSPITAL</u>
Ciudad de México,	ANGELES DE LAS LOMAS ANGELES DEL PEDREGAL AMERICAN BRITISH COWDRAY (ABC) BENEFICIENCIA ESPAÑOLA
LEON	ANGELES
GUADALAJARA	H. DEL CARMEN H. SAN JAVIER
MONTERREY	JOSE A. MUGUERZA SAN JOSE SANTA ENGRACIA

Se aplicarán las siguientes condiciones:

En caso de siniestro por enfermedad y/o accidente, se aplican 10 puntos de coaseguro adicionales al porcentaje contratado en la póliza. De contar con coaseguro combinado estos 10 puntos aplican sobre ambos porcentajes.

COBERTURA VITALICIA
(DEBE ESTAR ESPECIFICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA)

LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A., conviene en que la renovación de la cobertura de Gastos Médicos Mayores del Asegurado, podrá efectuarse en forma VITALICIA, sin requisitos médicos, siempre que al cumplir los 70 años de edad, haya generado una antigüedad ininterrumpida de cuando menos 5 años en LA LATINOAMERICANA, SEGUROS S.A.

Establecidos en esta cláusula para el otorgamiento de este beneficio no opera el Beneficio de Reconocimiento de Antigüedad de otras Compañías.

Para que surta efecto este beneficio el Asegurado deberá haber alcanzado los 70 años de edad y las coberturas, beneficios adicionales y montos de suma asegurada que estén vigentes, al momento de darse los requisitos permanecerán constantes y el contrato en se regirá por las Condiciones Generales que se encuentren en vigor al momento de cumplirse dichas Condiciones.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015; a partir del día 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014; a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número BADI-S0013-0074-2019 y a partir del día 04 de junio de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.

GASTOS MEDICOS MAYORES LINEA TRADICIONAL
ENDOSO DE ANTIGÜEDAD

Póliza: Referencia de Asegurado:

Titular:

Fecha de alta titular:

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 contratada(s) anteriormente póliza(s) 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.

Es necesario proporcionar los comprobantes correspondientes como son: la(s) póliza(s) o certificados y recibos pagados a las Aseguradoras anteriores.

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

Ciudad de México, a de del

Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015; a partir del día 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014; a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número BADI-S0013-0074-2019 y a partir del día 04 de junio de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.

ENDOSO DE PREEXISTENCIA SEGURO COLECTIVO

(Debe estar especificado en la carátula y/o certificado de la póliza)

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____
de Gastos Médicos Mayores Colectivo a nombre
de _____

Mediante este endoso, que debe estar especificado en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual respectivo, La Latinoamericana, conviene en que los padecimientos o enfermedades preexistentes al inicio de vigencia de la póliza, no obstante estar excluidas en las condiciones generales, quedarán cubiertas por la póliza, con las siguientes restricciones:

Este endoso, únicamente tendrá efecto si el Asegurado se somete a la selección realizada con médicos de La Latinoamericana siempre y cuando el Asegurado haya cumplido un período mínimo de cinco años de cobertura ininterrumpida en la póliza respectiva, con las limitaciones de suma asegurada siguientes:

Si la enfermedad o padecimiento preexistente genera gastos durante el lapso comprendido entre el sexto y el noveno año de vigencia ininterrumpida, la suma asegurada será hasta la cantidad de \$ 250,000.00 y a partir del décimo año de vigencia ininterrumpida, la suma asegurada será hasta la cantidad de \$ 500,000.00

Esta suma asegurada no podrá ser superior a la suma asegurada contratada para territorio nacional, por lo que en caso de siniestro, se tomará la suma asegurada en territorio nacional.

Esta cobertura únicamente aplicará en la República Mexicana, con el deducible y coaseguro que se indiquen en la carátula de la póliza.

Se especifica que esta cobertura y su costo estarán sujetos al análisis de suscripción correspondiente. Ciudad de México, a de de . Funcionario Autorizado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015; a partir del día 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014; a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número BADI-S0013-0074-2019 y a partir del día 04 de junio de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.

ENDOSO DE PREEXISTENCIA

PÓLIZA NÚM. _____
CONTRATANTE: _____
VIGENCIA: _____

MEDIANTE ESTE ENDOSO LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S.A. CONVIENE EN OTORGAR A LOS ASEGURADOS DE LA PÓLIZA ARRIBA CITADA EL BENEFICIO DE PREEXISTENCIA, MISMO QUE OPERARÁ DE ACUERDO A LO ESPECIFICADO A CONTINUACIÓN:

- **LOS PADECIMIENTOS PREEXISTENTES QUE PRESENTE EL ASEGURADO ESTARÁN CUBIERTOS BAJO LAS CONDICIONES DE SUMA ASEGURADA, DEDUCIBLE Y COASEGURO DE LA COBERTURA BÁSICA, SIEMPRE QUE EL CERTIFICADO DEL AFECTADO SE ENCUENTRE VIGENTE, SEGÚN CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.**
- **PARA ESTE ENDOSO NO EXISTE REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA DE LA SUMA ASEGURADA.**
- **TENDRÁN DERECHO A LOS BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA LOS ASEGURADOS CON EDAD DE HASTA __ AÑOS.**
- **SOLO OPERARÁ EN LA REPÚBLICA MEXICANA.**
- **ESTE BENEFICIO NO CUBRE BAJO NINGÚN CONCEPTO PADECIMIENTOS CATALOGADOS EN CONDICIONES COMO “EXCLUSIONES”.**

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DE 20 _____.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015; a partir del día 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014; a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número BADI-S0013-0074-2019 y a partir del día 04 de junio de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.

Endoso de Dividendos

Para pólizas que desde el inicio de la vigencia pacten esta opción.
Deberá estar especificado expresamente en la carátula de la póliza.

Número de Póliza:

Vigencia:

Mediante este endoso se hace constar que se otorga a esta póliza dividendos de experiencia global, los cuales se determinarán de acuerdo con las bases que se indican a continuación:

- 1.- Para efectos de evaluar el dividendo a otorgar serán considerados todos los siniestros ocurridos durante el ejercicio fiscal correspondiente, de la cartera total de la compañía.
- 2.- Los siniestros por los beneficios adicionales serán también parte de la siniestralidad.
- 3.- Las primas que se considerarán para efectos de la determinación de los dividendos serán las primas ingresadas o cobradas durante el ejercicio fiscal correspondiente, de la cartera total de la compañía. Y será requisito indispensable haber pagado la prima completa de la vigencia pactada.
- 4.- Cualquier adeudo de la póliza a la cual se adhiere este endoso que tenga el contratante con La Latinoamericana, Seguros, S.A. podrá ser descontado del importe de dividendos derivado de este endoso.
- 5.- La fórmula de dividendo que se aplicará será:

$$D_t = \beta * (P_t - SO_t)$$

Donde

D_t Dividendos por experiencia general

t Año calendario

β Porcentaje de utilidad repartible

P_t Prima neta de riesgo devengada en el año calendario **t**

SO_t Siniestros ocurridos en el año calendario **t**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015; a partir del día 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0059-2014; a partir del día 20 de diciembre de 2019, con el número BADI-S0013-0074-2019 y a partir del día 07 de septiembre de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.