

condiciones generales

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO CENTENARIO



CONDUSEF-000366-01
00360601-C

Índice

I. DEFINICIONES.....	4
II. CLÁUSULAS GENERALES	10
1. Contrato de seguro	10
2. Vigencia	10
3. Omisiones o inexactas declaraciones	10
4. Modificaciones	10
5. Reporte de movimientos	10
6. Artículo 19 del Reglamento.....	10
7. Ocupación	11
8. Domicilio.....	11
9. Moneda	11
10. Edad.....	11
11. Reinstalación de la suma asegurada.....	12
12. Monto de primas	12
13. Forma de pago y lugar de pago.....	12
14. Pago de primas	12
15. Vencimiento del pago	12
16. Plazo de gracia	12
17. Periodo de cobertura	13
18. Preexistencia	13
19. Rehabilitación.....	13
20. Prescripción	14
21. Renovación	14
22. Interés moratorio.....	15
23. Obligación de asegurar.....	16
24. Competencia.....	16
25. Comunicación	16
26. Subrogación	16
27. Responsabilidad de La Latinoamericana.....	17
28. Comprobación.....	17
29. Notificación de comisiones	17
30. Pago de dividendos	17
31. Circular S-25.5, Entrega de Documentación Contractual.....	17
III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA	19
1. Ajustes	19
2. Altas de Asegurados.....	19
3. Aviso.....	19
4. Bajas de Asegurados.....	19
5. Selección de Riesgo	20
6. Deduciones	20
7. Enfermedad cubierta.....	20
8. Impuesto	20
9. Pagos	20
10. Pagos improcedentes	20
11. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro.....	20
12. Pruebas.....	21
13. Eliminación o reducción de los periodos de espera	22
14. Descripción del funcionamiento de da suma ssegurada para honorarios quirúrgicos.....	22



IV. GASTOS CUBIERTOS Y SUS LIMITACIONES	23
1. Honorarios por consultas médicas, tratamiento médico y/o quirúrgico	23
2. Visitas médicas	24
3. Segunda opinión médica	25
4. Tratamientos programados	25
5. Gastos de hospital, sanatorio o clínica	25
6. Sala de operaciones, recuperación y curaciones	25
7. Equipo de anestesia, gases y medicamentos	25
8. Honorarios de enfermera(o) titulada(o) y legalmente autorizada(o) para ejercer su profesión.....	25
9. Cama extra.....	25
10. Medicamentos adquiridos y consumidos dentro o fuera del hospital o sanatorio.	25
11. Análisis de laboratorio, estudios de imagenología y medicina nuclear, electrofisiología.	25
12. Transfusión de Sangre, Plasma, Sueros Y Soluciones Intravenosas	25
13. Consumo de oxígeno	26
14. Compra o Renta de aparatos ortopédicos y prótesis	26
15. Ayuda para Gastos de Terapia Física	26
16. Tratamiento De Quimioterapia Y Radioterapia, de una enfermedad cubierta.....	26
17. Aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos	26
18. Ambulancia de Traslado.	26
A. Enfermedades Y Tratamientos Con Período De Espera	27
B. Ayuda Para Gastos por Parto, Aborto, Cesárea y sus complicaciones	28
C. Padecimientos Congénitos, bajo las siguientes limitaciones:.....	30
D. Gastos de tratamiento quirúrgico por circuncisión de nacidos dentro de la vigencia de la póliza.....	30
V. EXCLUSIONES.....	31
1. Padecimientos del Asegurado iniciados previamente a la contratación de esta póliza con La Latinoamericana	31
2. Por no considerarse médicamente necesarios.....	32
3. Por presentarse con alta frecuencia	32
4. Por causar controversia para la práctica médico científica o por ser considerados tratamientos experimentales o de beneficio incierto para los asegurados.....	33
5. Por considerar que el Asegurado agravó el riesgo y sus consecuencias	33
6. Por ocurrir durante los períodos de espera	34
7. Por la práctica de deportes peligrosos.....	34
VI. COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS	36
1. Vitalicia	36
2. Emergencia en el extranjero.....	36
3. Daños psiquiátricos.....	37
4. Ayuda para gastos funerarios familiar	38
5. Riesgos deportivos	38
VII. COBERTURAS OPCIONALES (ÚNICAMENTE POR MEDIO DE CONVENIO EXPRESO EN ENDOSO).....	40
1. Deportes Peligrosos.....	40
2. Ampliación de la cobertura en el extranjero	41

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO CENTENARIO

I. DEFINICIONES

Para los efectos de este Contrato de seguro son aplicables los siguientes conceptos:

1. **Accidente**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que provoca lesiones corporales.

2. **Accidente cubierto**

Acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que provoca lesiones corporales en la persona del Asegurado. No se considera como accidente cubierto las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

3. **Antigüedad**

Tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida con La Latinoamericana.

4. **Asegurado**

Persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente cubierto por esta póliza y que tiene derecho a los beneficios de la misma.

5. **Asegurado titular**

Persona que aparece como Asegurado titular de la póliza o certificado, según sea el caso.

6. **Aseguradora**

La Latinoamericana, Seguros, S. A.

7. **Catálogo de honorarios Médico - Quirúrgicos (GUA)**

Es el documento incluido en la guía de reclamaciones que indica el % para obtener el valor monetario de los Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA).

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

8. **Coaseguro**

Porcentaje con el que participa el Asegurado en toda indemnización por enfermedad y/o accidente, después de descontado el deducible.

9. **Compañía**

La Latinoamericana, Seguros, S. A.

10. **Consulta Médica**

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

11. **Contratante**

Persona física o moral responsable ante La Latinoamericana de pagar la prima del seguro en su totalidad.

12. Contrato de seguro

Está constituido por la Solicitud, el cuestionario Médico, la Póliza y los Endosos que se agreguen, además de los Certificados individuales, los Consentimientos y el Registro de los Asegurados.

Este contrato establece que La Latinoamericana, mediante la obligación de pago de una prima a cargo del Asegurado o Contratante, se obliga a pagar hasta la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, las cantidades que resulten de algún siniestro que sea procedente en virtud de un accidente cubierto o enfermedad cubierta.

13. Cuarto de hospital

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

14. Deporte ocasional

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

15. Deporte no profesional

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

16. Deporte peligroso

Es la práctica metódica de ejercicios físicos que se realizan de manera intensa, excesiva o riesgosa.

17. Deducible

Es la cantidad pactada y establecida en la caratula de la póliza, a cargo del Asegurado. Cantidad fija que aplica para cada enfermedad cubierta o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizar el primer gasto y una sola vez por enfermedad y/o accidente. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de la Aseguradora.

18. Dependientes económicos

Para los efectos del seguro, se consideran dependientes económicos del Asegurado titular:

- Su cónyuge
- Los hijos del titular que dependan económicamente de él, solteros y que no perciban remuneración por trabajo personal.
- Los familiares del titular en línea recta que dependan económicamente de él.

19. Endoso

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

20. Enfermedad o padecimiento

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

21. Enfermedad o padecimiento

Es toda alteración de la salud que resulte por causas anormales, internas o externas con relación al organismo y por la cual amerite tratamiento médico o quirúrgico. Para efectos de esta póliza, se considerara como una sola Enfermedad Cubierta, a las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de iatrogénica 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 o de la rehabilitación de la póliza para cada Asegurado, salvo que se trate de una emergencia médica. En las renovaciones, este periodo de 30 días naturales no opera.

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

22. Enfermedad congénita

Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero.

23. Enfermera

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

24. Extraprima

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

25. Familia asegurada

El asegurado titular y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en esta póliza.

26. Gasto usual y acostumbrado

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

27. Gastos médicos cubiertos

Son aquellos erogados por el Asegurado, medicamente indicados y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un padecimiento cubierto.

28. Honorarios

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

29. Hospital, clínica o sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.

30. Hospitalización

Se entiende como hospitalización, la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital, sanatorio o clínica, comprobable y justificada por la atención de una enfermedad o accidente. Dicho periodo empezara a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

31. Inicio de cobertura

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

32. Nivel hospitalario

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

33. Médico

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

34. Órtesis o aparatos ortopédicos

Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (Férulas, zapatos ortopédicos, entre otros).

35. Padecimientos preexistentes

- 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 o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

36. Pago directo

Es el pago que realiza directamente La Latinoamericana al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.

37. Pago de reembolso

Sistema por el cual los gastos erogados por el Asegurado, a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza le son reintegrados por La Latinoamericana en los términos y condiciones descritos en este Contrato.

38. Periodo al descubierto

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual queda suspendido y por tanto no operan los beneficios de este Contrato, por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Inicia al día siguiente del último día del periodo de gracia y termina cuando La Latinoamericana acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada.

Las reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos hayan manifestado durante este periodo, no quedaran cubiertos.

39. Periodo de espera

Tiempo continuo que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de cada Asegurado, a fin de que ciertas enfermedades o padecimientos sean cubiertas por la póliza.

40. Plan

Conjunto de componentes sistematizados de la póliza, suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios Médicos, entre otros, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

41. Plazo de gracia

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

42. Póliza

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

43. Prima

Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Asegurado o del Contratante.

44. Primer gasto

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

45. Programación de cirugías

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

46. Prótesis

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

47. Prótesis auditiva

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

48. Reclamación o solicitud de servicios

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

49. Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. La Latinoamericana reintegrará la suma que corresponda después de aplicarlas condiciones contratadas al propio Asegurado o a la persona que éste decida.

50. Región anatómica

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

51. Reporte desde el Hospital

Servicio en el que La Latinoamericana puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios independientes, previa valoración y dictamen, notificando el resultado del mismo al Asegurado, durante su estancia hospitalaria.

52. Signo

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

53. Siniestro

La ocurrencia de cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización.

54. Síntoma

Fenómeno o anormalidad subjetiva, que revela una enfermedad o afectación por accidente y sirve para determinar su naturaleza (Indica que algo está sucediendo o va a suceder).

55. SMGMVDF

Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.

56. Suma asegurada

Es la cantidad máxima que paga La Latinoamericana por cada Asegurado y por cada cobertura como consecuencia de las reclamaciones calificadas como procedentes por cada accidentes y/o enfermedad, de acuerdo con los límites pactados en la caratula de la póliza, certificados, endosos, Catálogo de Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA), condiciones generales y especiales de la póliza por cada cobertura. La suma asegurada quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto.

57. Tabulador de honorarios médicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por La Latinoamericana para cada uno de éstos, de acuerdo a la Zona Geográfica o Región de Cotización.

58. Tarjeta de Identificación

Tarjeta que se entrega al titular y a los Dependientes Económicos, en su caso, misma que servirá como identificación ante nuestros prestadores de servicios médicos u hospitalarios en convenio.

59. Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza solo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto, de acuerdo a la Zona Geográfica o Región de cotización.

60. Titular

Para efectos de esta póliza, se considera titular a aquella persona que aparece como Asegurado principal de la póliza o certificado según sea el caso.

61. Tratamiento

Conjunto de procedimientos médicos que forman parte de la recuperación o estabilización de la salud del Asegurado.

62. Urgencia médica o emergencia médica

Es la aparición repentina de la alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal magnitud, que ponen en peligro la vida del asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

63. Vigencia

Periodo en que se encuentra en vigor el Contrato de seguro.

64. Visita Médica

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

65. Zona geográfica o región de cotización

Es la clasificación de los estados de la República Mexicana para la aplicación de descuentos a la tarifa y al catalogo de Honorarios Quirúrgicos, en función a los costos de los servicios médicos y de la salud, basadas en estadísticas de La Latinoamericana y del Índice Nacional de Precios al Consumidor.

La Zona geográfica o Región de Cotización, se clasificada en Zona I y Zona II:

Zona I: Estados de la República comprendidos: Baja California, Baja California Sur, Cancún, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Durango, Guadalajara y Puerto Vallarta, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas.

Zona II: Estados de la República comprendidos: Aguascalientes, Campeche, Chiapas, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco excepto Guadalajara y Puerto Vallarta, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo excepto Cancún, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

II. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato de Seguro

La Latinoamericana, Seguros, S.A. en adelante denominada La Latinoamericana, de conformidad con las Condiciones Generales, particulares, endosos y las características del plan contratado, se obliga a indemnizar a la persona cuyo nombre se indica en la carátula de esta póliza en adelante el Asegurado, mediante el pago ya sea directo o vía reembolso por los gastos médicos erogados en exceso del deducible y el coaseguro a consecuencia de los accidentes y enfermedades amparados, según los términos y condiciones en este Contrato.

Este contrato 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.

2. Vigencia

Este contrato estará vigente, según Condiciones Generales durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza.

Inicia a las doce horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del periodo de seguro contratado.

3. Omisiones o inexactas declaraciones

Conforme a lo previsto por los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de seguro, el Contratante, los asegurados y los representantes de éstos 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, facultara a La Latinoamericana para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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 aplicaran 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.

4. Modificaciones

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.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o el Contratante podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se consideraran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Latinoamericana, carecen de facultad para hacer modificaciones o correcciones.

5. Reporte de movimientos

El contratante, 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.

Los asegurados deberán notificar el lugar de residencia de sus dependientes económicos incluidos en la póliza, en caso de que éstos no vivan con él.

6. 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.

7. Ocupación

Si el Asegurado cambia a una ocupación que agrave el riesgo modificando las condiciones de su Contrato inicial, deberá avisar por escrito a la Aseguradora. Ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si la Aseguradora acepta el riesgo, cobrará la Extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

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

8. Domicilio

Para efectos de este contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurado tiene la obligación de notificar a la Aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses continuos, deberá informar previamente a la Aseguradora.

Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este contrato.

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

9. Moneda

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

10. Edad

Si la edad del Asegurado estuviere fuera de los límites de edad establecidos de aceptación, los beneficios de la presente póliza rescindidos de pleno derecho, sin necesidad de declaratoria judicial y sin ningún valor. La Latinoamericana reintegrará a quien corresponda el 70 % de la prima de ese Asegurado o la Reserva Matemática, lo que resulte mayor, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la póliza y de la prima 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 Latinoamericana 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 edad real, la obligación de La Latinoamericana se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad, en la fecha de celebración del Contrato.

La Latinoamericana para comprobar la edad, solicitará 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.
- b) Dependiente: Desde el primer día de nacido hasta 64 años.
- c) De renovación: Hasta 69 años, excepto cuando aplique la cobertura vitalicia.

- d) Menores de edad: Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal. Si tiene menos de doce años, únicamente se requerirá el consentimiento de su representante legal.

11. Reinstalación de la suma asegurada

En caso de que por algún accidente o enfermedad se llegase a agotar la suma asegurada contratada, la protección que brinda esta póliza no terminará automáticamente sino que dicha suma asegurada se reinstalará de manera automática, hasta por el total de la suma asegurada que se contrató inicialmente, solo para cubrir nuevos accidentes 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 iatrogenia o de complicaciones naturales a los padecimientos realizados y a las enfermedades tratadas y generadas en tratamientos continuos, ya sea hospitalario o ambulatorio.

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

12. Monto de primas

El monto de la Prima de esta póliza será la que 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 el periodo de 12 meses en caso de prima anual o la correspondiente en caso de pago fraccionado. En cada renovación, La Latinoamericana podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados que haya tenido en los periodos de seguro, siempre y cuando el procedimiento esté apegado a los registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

13. Forma de pago y lugar de pago

El contratante y/o Asegurado puede optar por pagar la prima anual de manera fraccionada, ya sea en periodos mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso La Latinoamericana aplicará la tasa de financiamiento vigente al momento de la contratación.

La prima deberá ser pagada en el domicilio de La Latinoamericana, salvo pacto en contrario.

14. Pago de primas

El asegurado deberá pagar en el domicilio de La Latinoamericana, las primas que correspondan en la fecha de la solicitud, contra entrega del recibo expedido por La Latinoamericana, según la tarifa de primas que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Asegurado podrá optar por pagar la prima correspondiente mediante cargo a su tarjeta de crédito; en ese caso, el estado de cuenta que emita la Institución emisora en donde aparezca el cargo respectivo, será prueba suficiente de dicho pago. Si por alguna causa no es posible realizar el cargo a la tarjeta de crédito, el Contrato cesará en sus efectos por falta de pago de las primas.

15. Vencimiento del pago

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

16. Plazo de gracia

El contratante dispondrá de 30 días naturales para el pago de la prima, cuando haya sido pactada en parcialidades y solo respecto de la primera fracción de ella, para las subsecuentes fracciones dicho plazo será de 15 días naturales para el pago, cuando el pago sea en una sola exhibición el plazo para el pago de la prima será de 30 días naturales, si el pago no ha sido efectuado, cesarán los efectos del contrato.

17. Periodo de cobertura

Si la póliza se renueva anualmente y sin interrupción alguna, se continuaran pagando los gastos por cada accidente y/o enfermedad, sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, con tope de la suma básica contratada por el concepto que se trate, 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 con mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabuladores y hospitales se refiere.

Si se cambia a un plan menor se le pagará con las condiciones, suma asegurada y tabulador menos y el deducible y coaseguro mayor a ambos planes.

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, aun cuando la reclamación haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza.

18. Preexistencia

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

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

Cuando La Latinoamericana cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnostico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnostico 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 de susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, **en estricto derecho designándose desde este momento como árbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de Arbitraje Medico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.**

El laudo que emita vinculara a las partes y tendrá la 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 clausula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

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

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

19. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la clausula de primas de estas Condiciones Generales, el Asegurado podrá, dentro de los treinta días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha clausula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho

del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitaran a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

Sin embargo, si a mas tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y en su caso, devolverá de inmediato a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafos precedente.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta clausula deberá hacerla constar La Latinoamericana para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y el cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

20. 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 solo 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.

21. Renovación

La Latinoamericana podrá renovar los contratos de 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 reúnan los requisitos del Reglamento de 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 aplicaran las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

Los Asegurados incluidos en esta póliza contarán con su renovación, en la cual La Latinoamericana deberá emitir la póliza correspondiente en la que consten sus condiciones vigentes, siempre y cuando el Contratante lo solicite previa notificación por escrito a La Latinoamericana, dentro de los treinta días naturales anteriores a la fecha de fin de vigencia del seguro de que se trate.

La Latinoamericana podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados que haya tenido la colectividad asegurada en los periodos del seguro, esto según procedimientos registrados ante la C.N.S.F.

Una vez aceptada la renovación, el Asegurado titular y/o Contratante deberá pagar la primar correspondiente.

El Asegurado perderá su garantía de renovación, si La Latinoamericana comprueba que hubo dolo o mala fe , de acuerdo con lo estipulado en el apartado Omisiones o Inexactas Declaraciones de este Contrato.

Respetándose los periodos de espera de la póliza que se está renovando en La Latinoamericana.

22. 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 135 BIS de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mismo que se transcribe a continuación:

“ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

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

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

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

23. 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, quedará sujeta a la aceptación previa de La Latinoamericana.

24. 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 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. 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.

25. 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.

Notificaciones: Toda notificación a La Latinoamericana, deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Para el caso de que la Latinoamericana cambie de domicilio, ésta lo comunicará al Contratante y/o Asegurado.

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.

26. Subrogación

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

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

La falta de cumplimiento de la obligación consignada en el párrafo anterior, así como si por hechos u omisiones del Asegurado o sus dependientes se impida la subrogación, La Latinoamericana quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y La Latinoamericana concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del Artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

27. Responsabilidad de La Latinoamericana

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

28. Comprobación

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

29. Notificación de comisiones

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

30. 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 en cada uno de los vencimientos establecidos de la póliza, el cual podrá percibirlo aplicando alguna de las siguientes opciones:

- a) Como una reducción al pago de la prima correspondiente.
- b) Pagado en efectivo.

Salvo pacto en contrario, los dividendos se pagarán cada año, en la fecha de aniversario de la expedición de la Póliza y según la forma de pago.

31. Circular S-25.5, Entrega de Documentación Contractual.

La Latinoamericana 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 Latinoamericana 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 Latinoamericana, comunicándose a los teléfonos 5521 8055 en el D.F., 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 el D.F., o al 01 800 010 0528 para el resto de la República. La Latinoamericana 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 contactarse a la Unidad Especializada de La Latinoamericana, en horario de oficina de lunes jueves de las 8:00 a las 18:00 hrs. Y viernes de 8:00 a 15:00 hrs. Al teléfono 5521 8055 ó al 01 800 010 0528.

La presente cláusula no aplicara en caso de que la comercialización del seguro sea de forma directa por La Latinoamericana.

III. FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Ajustes

En caso de altas o bajas de Asegurados o de aumentos o disminución de beneficios, La Latinoamericana cobrará o devolver al Contratante o Asegurado, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del periodo de seguro, por meses completos, de acuerdo con la tarifa vigente.

2. Altas de Asegurados

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedaran aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Latinoamericana exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contara con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Para los casos de matrimonio o nacimiento, la fecha de elegibilidad será en la que se hayan registrado cualquiera de dichos eventos.

3. Aviso

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Latinoamericana en el curso de los primeros 5 días hábiles de cualquier accidente 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 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 proporcione tan pronto como ceso 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 notificarlos 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.

4. Bajas de Asegurados

Causaran 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 cesaran desde el momento de la separación, excepto para siniestros ocurridos antes de dicha separación.

Asimismo, cuando siendo el cónyuge, concubina o concubinario, se separa legalmente del Asegurado.

O bien los hijos Asegurados que ya no dependen económicamente del Asegurado titular.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, La Latinoamericana devolver al Contratante y/o Asegurado la prima neta no devengada correspondiente a este Asegurado, por días exactos, siempre y cuando no se le haya pagado alguna reclamación al mismo.

5. 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.

6. Deducciones

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

7. Enfermedad cubierta

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

8. 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.

9. Pagos

La Latinoamericana pagará al Asegurado o a quien corresponda, la indemnización que proceda, una vez recibida toda la documentación y pruebas que fundamenten la reclamación.

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

Si la póliza se encuentra dentro del Plazo de gracia, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso.

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 pagadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado como beneficiario, en las oficinas generales de La Latinoamericana.

10. Pagos improcedentes

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

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

11. Procedimiento de aplicación de deducible y coaseguro

a) Accidente

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

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

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

b) **Enfermedad**

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

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

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

Aplicación y eliminación de deducible y coaseguro en Enfermedad:

- a) El deducible y coaseguro señalados en la carátula de la póliza podrán ser eliminados hasta por el equivalente a 3 SMGMVDF y 10 puntos de coaseguro, siempre y cuando se utilicen a Médicos de la Red y hospitales en Convenio. Es decir se pagarán los gastos procedentes, después de ajustarlos a los límites establecidos en las condiciones de la póliza.
- b) En el caso de haberse contratado un deducible mayor a 3 SMGMVDF y/o un coaseguro superior al 10%, el excedente de cualquiera de estas dos cantidades o de ambas conforme a los límites establecidos en el inciso anterior, quedarán totalmente a cargo del asegurado.

Aplicación y eliminación de deducible y coaseguro en Accidente:

- a) El deducible y coaseguro señalados en la carátula de la póliza podrán ser eliminados hasta por el equivalente a 3 SMGMVDF y 10 puntos de coaseguro. Es decir se pagarán los gastos procedentes, después de ajustarlos a los límites establecidos en las condiciones de la póliza.
- b) En el caso de haberse contratado un deducible mayor a 3 SMGMVDF y/o un coaseguro superior al 10%, el excedente de cualquiera de estas dos cantidades o de ambas conforme a los límites establecidos en el inciso anterior, quedarán totalmente a cargo del asegurado.

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.

La eliminación de deducible y coaseguro sólo aplica en cobertura nacional.

En caso de accidente o enfermedad:

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

- Si contrató un plan con hospitales Latino 100, podrá acceder a cualquier otro nivel de la Zona contratada.
- Si contrató un plan con hospitales Latino 200 y desea atenderse en un hospital con plan Latino 100, aplicará doble deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).
- Si contrató un plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con plan Latino 100, aplicará doble deducible y triple coaseguro en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).
- Si contrató un plan con hospitales Latino 300 y desea atenderse en un hospital con plan Latino 200, aplicará doble deducible y doble coaseguro en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o enfermedad).

12. Pruebas

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

13. Eliminación o reducción de los periodos de espera

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

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 póliza o certificados y recibos pagados a las Aseguradores anteriores.

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

14. Descripción del funcionamiento de la suma asegurada para honorarios quirúrgicos

El procedimiento se aplicará como sigue:

- a) Se obtendrá el porcentaje que de acuerdo con el Catalogo de Honorario Médico- Quirúrgicos (GUA) le corresponda al tipo de cirugía de que se trate.
- b) Se identifica la Zona Geográfica o Región de Cotización para determinar el factor de aplicación: Zona I: 100% Zona: II : Al 75%
- c) En la caratula de la póliza se encuentre señalada la base de honorarios quirúrgicos expresada en número de veces el Salario Mínimo General Vigente en el Distrito Federal. (SMGMVDF). Este número se multiplicara por el SMGMVDF al momento en que ocurra el primer gasto; a la cantidad obtenida se le aplicara el factor correspondiente, de acuerdo con la zona geográfica o región de cotización, en donde se efectúe el gasto, conforme a la clasificación por entidad federativa que aparece en el Catalogo de Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA).
- d) Finalmente, el producto del resultado obtenido en el inciso “a” y “b” corresponden a la cantidad disponible para cubrir los honorarios quirúrgicos.
- e) Si el catalogo de honorario quirúrgicos corresponde al Gasto Usual y Acostumbrado entonces la Latinoamericana procederá a efectuar el cálculo de acuerdo al valor promedio que corresponde a los precios, tarifas y honorarios profesionales fijados en una plaza o en un lugar determinado, por los prestadores y receptores de servicios médicos y hospitalarios, atendiendo a la naturaleza y complejidad técnica de los servicios, así como a la calidad, tiempo y costo de uso de instalaciones correspondientes, los cuales quedad referidos en el Catalogo de Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA).

IV. GASTOS CUBIERTOS Y SUS LIMITACIONES

Si durante la vigencia de esta póliza ocurriera una enfermedad 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 con lo anterior, esta póliza ampara:

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

Se pagarán con base en el tabulador de honorarios quirúrgicos convenidos (contratados).

Las consultas médicas postoperatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención quirúrgica, se incluirán dentro de los honorarios médicos tabulados para la cirugía.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA:

- 1.1. La Latinoamericana sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.
- 1.2. El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

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

- 1.3. Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, La Latinoamericana únicamente pagará el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.
- 1.4. Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. Cualquier otra intervención quirúrgica adicional no quedará cubierta.
- 1.5. Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante, se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.
- 1.6. Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. Los honorarios médicos del anestesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía de mayor monto. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
- 1.7. Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (Neurorrafias, Arteriorrafias, Tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del importe tabulado para la

más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes. Los honorarios médicos del anesthesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía de mayor monto.

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

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

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

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

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

- 1.11. En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos, como un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

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

- 1.13. 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 el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. El pago que resulte no podrá ser mayor a la suma asegurada para honorarios quirúrgicos establecida en la carátula de la póliza.

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

2. Visitas médicas

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

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

3. Segunda opinión médica

En caso de que se requiera una intervención quirúrgica o tratamientos médicos a consecuencia de una enfermedad amparada o accidente cubierto, La Latinoamericana ofrece al Asegurado y a sus dependientes, sin costo, una segunda opinión médica emitida por médicos especialistas de la red médica Latino y que de ninguna manera participarán en la atención de la enfermedad amparada o accidente cubierto.

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

Este ofrecimiento será aplicable una sola vez por cada padecimiento.

4. Tratamientos programados

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

5. Gastos de hospital, sanatorio o clínica

Siempre que estén debidamente autorizados por las autoridades correspondientes y de acuerdo con el nivel hospitalario contratado, el costo de la habitación privada estándar y alimentos, así como medicamentos consumidos en el mismo por el Asegurado, siempre y cuando estén indicados por el médico tratante y acordes al diagnóstico motivo del siniestro.

6. Sala de operaciones, recuperación y curaciones

7. Equipo de anestesia, gases y medicamentos

Requeridos por el médico anesthesiólogo incluyendo sus honorarios médicos en una intervención quirúrgica cubierta.

8. Honorarios de Enfermera(o) titulada(o) y legalmente autorizada(o) para ejercer su profesión.

Máximo 3 turnos durante 30 días por enfermedad o accidente cubiertos con orden del médico tratante, siempre y cuando el diagnóstico lo amerite. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos de la póliza.

9. Cama extra

Para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.

10. Medicamentos adquiridos y consumidos dentro o fuera del hospital o sanatorio.

Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y relacionados con el padecimiento cubierto y autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional. Para su reembolso, las facturas o recibos fiscales de las farmacias deberán estar acompañadas de las recetas correspondientes y estar expedidas a nombre del Asegurado o titular de la póliza.

11. Análisis de laboratorio, estudios de imagenología y medicina nuclear, electrofisiología

Indispensables para diagnóstico definitivo o tratamiento de accidente o enfermedad cubierta, siempre y cuando no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

12. Transfusión de Sangre, Plasma, Sueros y Soluciones Intravenosas

Indispensables para el tratamiento de una enfermedad y /o accidente cubierto. Las pruebas cruzadas de los donadores necesarios (No candidatos) y los insumos para transfusión de sangre, plasma u otros derivados sanguíneos, indispensables para el tratamiento de una enfermedad cubierta con un límite máximo de dos mil quinientos pesos.

13. Consumo de oxígeno

Justificado mediante la receta médica y diagnóstico de la enfermedad que lo amerite.

14. Compra o Renta de aparatos ortopédicos y prótesis

Que se requieran a causa de enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, siempre y cuando vengan acompañadas de la orden del médico tratante, y el diagnóstico que lo justifique.

15. Ayuda para Gastos de Terapia Física

La Latinoamericana, ofrecerá una ayuda al Asegurado que así lo requiera como consecuencia de una enfermedad 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.

16. Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia, de una enfermedad cubierta.

17. Aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos

Que se requieran a causa de accidente médicamente comprobable o enfermedad cubierta, se cubrirán por La Latinoamericana hasta un límite del 10% de la suma asegurada básica contratada, que corresponda a cada Asegurado.

Queda excluida la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad, sin importar la naturaleza o causa de la reposición. Se excluyen también las prótesis con fines estéticos.

18. Ambulancia de Traslado

Conforme a las siguientes condiciones:

Ambulancia de Traslado Terrestre: Hasta por la cantidad de 15,000 pesos, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

Ambulancia Aérea: en caso de urgencia médica hasta un límite de 50,000 pesos siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

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

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Este beneficio no se brindará cuando:

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

A. Enfermedades y Tratamientos con período de espera

Para que las enfermedades señaladas en los incisos de este apartado sean cubiertas por la póliza, se requiere que éstas se manifiesten una vez que transcurran los períodos de espera indicados, aún cuando se trate de una urgencia médica o un accidente, independientemente a sus causas u orígenes; y además, que la vigencia o cobertura de la póliza sea continua e ininterrumpida.

1. Enfermedades y Tratamientos con período de espera de 12 Meses:

En los padecimientos que se mencionan a continuación, el Asegurado deberá cumplir con al menos 12 meses de cobertura continua en la póliza.

- a) Ginecológicas (Endometriosis, útero, ovarios y anexos ginecológicos),
- b) Insuficiencia de Piso Perineal,
- c) Glándulas Mamarias,
- d) Várices e Insuficiencia Venosa de miembros inferiores,
- e) Vesícula y Vías Biliares,
- f) Litiasis Renal y de Vías Urinarias.

2. Enfermedades y Tratamientos con Período de espera de 24 Meses:

En los padecimientos que se mencionan a continuación el Asegurado deberá cumplir con al menos 24 meses de cobertura continua en la póliza.

- a) Hernias de cualquier tipo y localización (Cuando sea en columna vertebral, inclusive extrusión y protrusión),
- b) Amígdalas y Adenoides,
- c) Cualquier padecimiento anorrectal,
- d) Prostáticos,
- e) Cataratas
- f) Cirugía Refractiva
- g) Padecimientos de Nariz y Senos Paranasales (En cualquier caso, estos tratamientos quedarán cubiertos hasta por un máximo de 20 SMGMVDF al momento del primer gasto erogado, aplicándose en su momento el deducible y coaseguro contratados. Dichos padecimientos no deberán ser de tipo congénito, preexistente, estético o plástico y conforme a las exclusiones de esta póliza).
- h) Queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia. (El Asegurado deberá presentar un mínimo de 5 dioptrías bien cada ojo y éstas son comprobadas mediante un estudio de refracción computarizada. La tabulación de dicho procedimiento quirúrgico incluye tratamiento para ambos ojos en el mismo evento quirúrgico).
- i) Enfermedades acidopépticas (gastritis, esofagitis, duodenitis, úlceras, enfermedades gastroesofágicas).
- j) Padecimientos de rodilla cualquiera que sea su causa u origen.

3. Cobertura por SIDA.

La Latinoamericana, conviene en otorgar la cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que consiste en Tratamientos MÉDICOS y/o QUIRÚRGICOS que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre que el virus del SIDA se haya detectado a partir del Cuadragésimo Noveno Mes de la inclusión de este beneficio en la póliza.

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).

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

- a) La suma asegurada contratada o \$750,000.00 pesos por persona (Lo que resulte menor)
- b) Deducible: 3 SMMGVDF por persona

- c) Coaseguro: 10% nacional, 20% extranjero
- d) Período de espera de 4 años, contados a partir de la inclusión de este beneficio en la póliza. Para efectos de esta cobertura no aplican los beneficios de reinstalación de la suma asegurada ni reconocimiento de antigüedad
- e) 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
- f) Durante el período de espera especificado, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento (método de WESTERN BLOT o ELISA ASSAY), podrán cubrirse en una sola ocasión, con un máximo de 2 veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F., siempre que:
 - i) El Asegurado notifique con anticipación de 30 días la fecha en que se elaborarán los estudios de diagnóstico.
 - ii) La atención se efectúe con médicos y laboratorios con convenio de costos con La Latinoamericana.
 - iii) Envíe los resultados e interpretaciones realizadas y otorgue su autorización para que La Latinoamericana, amplíe la información que considere necesaria.

EXCLUSIONES

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

B. Ayuda para gastos por Parto, Aborto, Cesárea y sus complicaciones

Mediante esta cobertura La Latinoamericana será responsable de cubrir como ayuda, los gastos médicos comprobables que erogue la asegurada, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto, aborto, cesárea y sus complicaciones, conforme a la zona geográfica o región de cotización y a las siguientes condiciones y limitaciones:

LATINO MÉDICA Zona geográfica o región de cotización	Parto y Cesárea: Hasta	Aborto: Hasta
Zona I		
100	20 SMGMVDF	10 SMGMVDF
200	15 SMGMVDF	7.5 SMGMVDF
300	12 SMGMVDF	6 SMGMVDF

LATINO MÉDICA Zona geográfica o región de cotización	Parto y Cesárea: Hasta	Aborto: Hasta
Zona II		
100	14 SMGMVDF	7 SMGMVDF
200	10.5 SMGMVDF	5.25 SMGMVDF
300	8.4 SMGMVDF	4.2 SMGMVDF

1. Parto

Mediante esta cobertura La Latinoamericana será responsable de cubrir los gastos médicos comprobables que erogue la asegurada, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Los gastos cubiertos mencionados en este inciso quedarán amparados siempre y cuando:

- a) La asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en La Latinoamericana, a la fecha del acontecimiento.
- b) No se aplica reconocimiento de antigüedad para estos beneficios.
- c) Las hijas del Asegurado titular deberán contar con una antigüedad mínima ininterrumpida de 5 años en La Latinoamericana.

2. Aborto

Se considera cubierto, siempre y cuando no haya sido provocado o se realice previa autorización judicial por riesgo de fallecimiento de la asegurada titular o la esposa o concubina del titular, con edad igual o menor a 45 años, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al ocurrir el evento. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario contratado.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Los gastos cubiertos mencionados en este inciso quedarán amparados siempre y cuando:

- a) La asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en La Latinoamericana, a la fecha del acontecimiento.
- b) No se aplica reconocimiento de antigüedad para estos beneficios.

3. Cesárea

Mediante esta cobertura, La Latinoamericana será responsable de cubrir los gastos médicos comprobables que erogue la asegurada, con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de cesárea, siempre y cuando se practique a la asegurada en dos ocasiones máximo, mientras dichas cesáreas ocurran dentro de la vigencia y vida de la póliza de la asegurada. No aplica deducible ni coaseguro, siempre y cuando se atienda en el nivel hospitalario y zona geográfica contratados.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Los gastos cubiertos mencionados en este inciso quedarán amparados siempre y cuando:

- a) La asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en La Latinoamericana, a la fecha del acontecimiento.
- b) No se aplica reconocimiento de antigüedad para estos beneficios.
- c) Las hijas del Asegurado titular deberán contar con una antigüedad mínima ininterrumpida de 5 años en La Latinoamericana.

4. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

La Latinoamericana, sólo será responsable de pagar los gastos médicos comprobables de la madre asegurada, por la atención que reciba a consecuencia de las siguientes complicaciones:

- a) Embarazo extrauterino,
- b) Enfermedad hipertensiva del embarazo,
- c) Mola hidatiforme,
- d) Sépsis puerperal,
- e) Placenta previa,
- f) Placenta acreta,
- g) Atonía uterina

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

Los gastos cubiertos mencionados en este inciso quedarán amparados siempre y cuando:

- a) La asegurada cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en La Latinoamericana, a la fecha del acontecimiento.
- b) No se aplica reconocimiento de antigüedad para estos beneficios.
- c) Las hijas del Asegurado titular deberán contar con una antigüedad mínima ininterrumpida de 5 años en La Latinoamericana.
- d) Esta cobertura no aplica para los siguientes eventos, sin importar cual sea su origen o complicación y su forma de tratamiento: Óbito intrauterino, complicaciones del embarazo, parto y puerperio que no se encuentren explícitamente cubiertas en esta cobertura, complicaciones del embarazo cuando sea como consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.

5. Cobertura del Recién Nacido

Aquellos menores que nazcan durante la vigencia de la póliza y que su madre cumpla con los requisitos de antigüedad aplicables para la cobertura de ayuda para gastos por: Parto, aborto, cesárea y sus complicaciones (10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en La Latinoamericana) quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematuridad y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento.

Para tal fin el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a La Latinoamericana el nacimiento dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

LIMITACIONES A ESTA COBERTURA

- a) Padecimientos congénitos o prematuridad, que fueren originados por el alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.
- b) Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originado por otra enfermedad excluida en la cobertura de la madre asegurada.

C. Padecimientos Congénitos, bajo las siguientes limitaciones:

1. Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza

Aplica para infantes que nazcan durante la vigencia de la póliza y que su madre cumpla con los requisitos de antigüedad aplicables a la cobertura de parto y cesárea y sus complicaciones (10 meses de asegurada en La Latinoamericana), quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento. No opera el reconocimiento de antigüedad de otras compañías para este período. Para tal fin, el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar a La Latinoamericana por escrito, el nacimiento dentro de los 30 días naturales a la fecha del mismo.

2. Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza:

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza) Siempre y cuando:

- El Asegurado, tenga más de 10 años de edad.
- No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico y/o tratamiento médico y/o quirúrgico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- No se haya erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.
- Que el padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
- Que el afectado haya acumulado 2 años de cobertura continua en La Latinoamericana, para lo cual no opera el reconocimiento de antigüedad generado en otras compañías Aseguradoras.

D. Gastos de tratamiento quirúrgico por circuncisión de nacidos dentro de la vigencia de la póliza.

Se cubrirá el equivalente de hasta dos SMGMVDF para todo el evento. No aplica deducible ni coaseguro.

V. EXCLUSIONES

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

1. Padecimientos del Asegurado iniciados previamente a la contratación de ésta póliza con La Latinoamericana

1.1. 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 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 resolverlas controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho designándose desde este momento como árbitro para la resolución de dicho conflicto a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sujetándose a las normas procesales que al efecto señale dicha Comisión.

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

- 1.2. Tratamiento médico y/o quirúrgico por prematuridad, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de la póliza, entendiéndose por padecimientos congénitos aquellos que existen desde que nace el individuo o antes del nacimiento. Estos pueden presentarse

- sin dar lugar a síntomas o signos aparentes en el nacimiento o manifestarse posteriormente.
- 1.3. Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, independientemente de sus causas u orígenes.
 - 1.4. Reposición de apartados ortopédicos y prótesis, que el Asegurado ya utilizaba en la fecha de Contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causas de su reposición.
 - 1.5. Cualquier enfermedad o accidente, cuyos síntomas o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.
2. Por no considerarse médicamente necesarios
- 2.1. Acompañantes en el traslado y estancia del Asegurado, como paciente en hospitales y los gastos que se deriven de gestiones administrativas por esta misma causa.
 - 2.2. Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la renta o compra de aparatos o servicios para comodidad personal.
 - 2.3. Tratamientos estéticos o de calvicie.
 - 2.4. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier lesión pigmentaria de la piel tales como lunares, nevus, acné y similares.
3. Por presentarse con alta frecuencia
- 3.1. Afecciones propias del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales y toda complicación del embarazo parto o puerperio que no sea precisamente de las consignadas en esta póliza en el apartado de “Gastos Cubierto y sus Limitaciones”.
 - 3.2. Tratamientos dietéticos por obesidad, anorexia, bulimia, entre otras, así como sus complicaciones.
 - 3.3. Complementos vitamínicos.
 - 3.4. Curas de reposo. Checkup’s, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo, que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación.
 - 3.5. Estudios de compatibilidad, estado general de salud entre otros, aplicados a posibles donadores de órganos para el Asegurado, aún cuando el donante se encuentre asegurado dentro de la póliza o en cualquier otra.
 - 3.6. Anteojos, lentes de contacto externo o internos, lentes intraoculares, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.
 - 3.7. La compra de zapatos ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.
 - 3.8. Tratamientos, dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales no indispensables, según lo contemplado en el apartado de Gastos Cubiertos y sus Limitaciones.
 - 3.9. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual y cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas u orígenes.
 - 3.10. Honorarios Médicos, cuando el médico sea el mismo Asegurado, su cónyuge o familiar del Asegurado.

- 3.11. Tratamiento médico y/o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, independientemente de sus causas y orígenes.**
- 4. Por causar controversia para la práctica médico científica o por ser considerados tratamientos experimentales o de beneficio incierto para los asegurados.**
 - 4.1. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño y roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje.**
 - 4.2. Estudios y tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos, demencia. Depresión psíquica o nerviosa, histeria así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, independientemente de sus orígenes y consecuencias.**
 - 4.3. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**
 - 4.4. Tratamientos naturistas, vegetarianos, por hipnosis y quelaciones, independientemente de sus orígenes y consecuencias.**
 - 4.5. Tratamientos experimentales o de investigación tratamientos con hormona de crecimiento.**
 - 4.6. Hernias ventrales (diástasis de músculos rectos)**
- 5. Por considerar que el Asegurado agravó el riesgo y sus consecuencias**
 - 5.1. Enfermedades y/o accidentes, originados a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción. Se considera intoxicación etílica, a partir de 9gr/DL (sangre). En todos los casos de deberá presentar examen de sangre que corrobore o descarte la intoxicación.**
 - 5.2. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades y/o físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.**
 - 5.3. Enfermedades, lesiones o accidentes resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
 - 5.4. Enfermedades, lesiones o padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales, cometidos por el Asegurado y aquellos derivados de riña, en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.**
 - 5.5. Enfermedades, lesiones o padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación el Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
 - 5.6. Lesiones o padecimientos originados por la participación de actividades militares o en actos de guerra rebelión o insurrección o de manera voluntaria n huelgas o alborotos populares.**
 - 5.7. Lesiones o padecimientos, originados mientras el Asegurado esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.**
 - 5.8. Enfermedades, lesiones o padecimientos que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**

- 5.9. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en calidad de pasajero, piloto, mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de personas.
 - 5.10. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de: Paracaidismo, Vuelo Delta, Vuelos en Planeadores, Ultra ligeros, Parapente o cualquier otro deporte aéreo.
 - 5.11. Lesiones y/o padecimientos que sufra el asegurado por conducir en MOTOCICLETAS, MOTONETAS u otros VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR.
 - 5.12. Lesiones y/o padecimientos que sufra el asegurado cuando viaje como ocupante en MOTOCICLETAS, MOTONETAS u otros VEHICULOS SIMILARES DE MOTOR.
 - 5.13. Lesiones que el Asegurado sufra, cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea aérea comercial.
6. Por ocurrir durante los periodos de espera
- 6.1. Las enfermedades sujetas a período de espera se considerarán excluidas, cuando sus síntomas o signos se presenten o sean diagnosticadas durante el período de espera al cual estén sujetas
 - 6.2. Una vez que haya transcurrido dicho periodo de espera, las enfermedades señaladas en los incisos posteriores quedarán cubiertas siempre y cuando no ocurran otras exclusiones o limitaciones diferentes.
 - 6.3. Cualquier enfermedad cuyos síntomas o signos se presenten o sea diagnosticada durante los primeros treinta días naturales de la primera vigencia de la póliza. Esta exclusión no se aplica en las renovaciones.
 - 6.4. Enfermedades Ginecológicas (Endometriosis, útero, ovarios y anexos ginecológicos), insuficiencia de piso perineal, glándulas mamarias, várices e insuficiencia venosa de miembros inferiores, vesícula y vías bilaterales, litiasis renal y durante el primer año de vías urinarias, cuyos síntomas o signos se presenten o sean diagnosticados durante el primer año de vigencia de la póliza.
 - 6.5. Hernias de cualquier tipo y localización (Cuando sean en columna vertebral, inclusive extrusión y protrusión) amígdalas y adenoides; cualquier padecimiento anorrectal, prostático, cataratas y cirugía refractiva; padecimientos de nariz y senos paranasales, queratomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, cuyos síntomas o signos se presenten o sean diagnosticadas durante los dos primeros años de vigencia de la póliza.
7. Por la práctica de deportes peligrosos
- 7.1. Padecimientos resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre, lucha grecorromana y automovilismo (Formula I, II, III, IV, seria cart, rally o cualquier otra categoría equivalente en riesgo) en cualquiera de sus modalidades (Bongee, espeleología, megapéndulo, orbitrón, motonáutica, tauromaquia), así

como los padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte.

- 7.2. Padecimientos resultantes de la participación del Asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

VI. COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS

1. Vitalicia

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

La Latinoamericana conviene en que la renovación de la cobertura de Gastos Médicos Mayores del Asegurado, podrá efectuarse en forma VITALICIA, sin requisitos médicos, pero sujeto a un término suspensivo consistente en que al cumplir los 70 años de edad, haya generado una antigüedad ininterrumpida de cuando menos 5 años en La Latinoamericana.

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

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

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

2. Emergencia en el extranjero

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

Se cubren todos aquellos Asegurados, que radiquen permanentemente en México, que se encuentren viajando por motivos ajenos a los relacionados con su salud con máximo de 90 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.

No procederá el siniestro, cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor de 3 meses en el extranjero.

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 acuarto semiprivado como máximo.**
- **La cobertura se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de la póliza.**

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

Para enfermedad o accidente, se aplicará el coaseguro correspondiente, de acuerdo con 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 y condiciones en que originalmente se expidió la póliza, considerando este beneficio como parte integrante e inseparable de la misma.

Suma asegurada	50,000.00 Dólares de los E.U.A., como máximo
Deducible	50 Dólares de los E.U.A.
Coaseguro	El contratado en territorio nacional
Suma asegurada de Honorarios Médico – Quirúrgicos (GUA)	Con catálogo igual a la contratada en territorio nacional

La suma asegurada de este beneficio no podrá ser superior a la suma asegurada básica contratada para territorio nacional.

3. Daños psiquiátricos

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

La Latinoamericana conviene en otorgar al Asegurado la cobertura de Daño Psiquiátrico, la cual opera de acuerdo con las condiciones que a continuación se indican.

- a) 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 haber sufrido algún accidente cubierto o habersele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales:
 - i. Cáncer.
 - ii. Accidente vascular cerebral.
 - iii. Infarto al miocardio.
 - iv. Insuficiencia renal.
 - v. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.
 - vi. Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido asalto, secuestro o violación.
- b) Los beneficios amparados son:
 - i. Honorarios del médico psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año, contado a partir de la fecha de la primera.
 - ii. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año, contado a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica.
 - iii. Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana y se aplicará el deducible y el coaseguro contratado.

EXCLUSIONES

Quedan excluidos de los beneficios de esta cobertura:

- La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad 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.

4. Ayuda para gastos funerarios familiar

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

En caso de fallecimiento del Asegurado o de cualquiera de los dependientes mayores de un año de edad asegurados, La Latinoamericana pagará al Asegurado titular o a su sucesión o a quien demuestre haber realizado los gastos funerarios, hasta el monto asegurado para gastos funerarios que se otorga según el nivel hospitalario contratado, conforme a las siguientes condiciones.

LATINO MÉDICA 100	\$25,000.00
LATINO MÉDICA 200	\$20,000.00
LATINO MÉDICA 300	\$15,000.00

CONDICIONES PARA EL PAGO

Será condición indispensable para el pago del beneficio de ésta cláusula que el fallecimiento ocurra a causa de accidente o enfermedad amparados por esta póliza, presentar el acta de defunción respectiva y las facturas correspondientes. Sin importar que:

- No se eroguen gastos para la atención médica del Asegurado.
- El cúmulo de gastos a erogar en la atención médica del Asegurado, no rebase el deducible estipulado en la carátula de la póliza.
- En adición a las exclusiones de la póliza a la que este endoso se adhiere, se excluyen el fallecimiento a consecuencia del suicidio dentro del primer año de vigencia.

5. Riesgos deportivos

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza y con el endoso correspondiente)

Mediante este endoso La Latinoamericana, conviene en cubrir al Asegurado Titular o dependiente Asegurado en esta póliza cuyo nombre se especifica en este endoso, los gastos que eroguen a consecuencia de lesiones que sufran por LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE, de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Se reembolsarán los gastos que erogue cualquiera de los Asegurados en esta póliza detallados en el endoso correspondiente, a consecuencia de lesiones que sufran por la práctica OCASIONAL Y NO PROFESIONAL de cualquier deporte, salvo los mencionados en el apartado EXCLUSIONES de este endoso.
 - Entendiéndose por OCASIONAL, la práctica de la actividad deportiva con una frecuencia máxima de hasta 2 veces por semana.
 - Entendiéndose por NO PROFESIONAL, la actividad deportiva en la cual una persona o grupo de personas practican deporte sin percibir por ello remuneración alguna.
2. Suma Asegurada: Igual a la póliza básica
3. Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos: Igual a la póliza básica
4. Deducible y Coaseguro: Igual a la póliza básica. Aplica en todos los casos.

EXCLUSIONES

- **Padecimientos resultantes de la práctica PROFESIONAL de cualquier deporte.**
- **Entendiéndose por PROFESIONAL la actividad deportiva en la cual una persona o un grupo de personas practican un deporte a cambio de una remuneración económica.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra: Cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de SEGURIDAD, RESISTENCIA O VELOCIDAD (Incluyendo los respectivos entrenamientos)**

– Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de:

Alpinismo	Box	Box Thai
Buceo (todo tipo)	Carrera en triciclo toro	Caza Mayor
Ciclismo cross	Descenso de cañones	Descenso de rápidos
Equitación	Esquí	Full Contact
Fútbol Americano	Go Kart	Hockey sobre hielo
Hockey sobre duela	Artes marciales	Kick Boxing
Lucha libre/Grecorromana	Montañismo	Motociclismo
Motocross	Novilleros	Paracaidismo
Parapentismo	Patinaje en línea	Patineta
Planeadores	Polo a caballo	Rapel
Rafting	Rodeo	Rugby
Surf	Ultra ligeros	Vuelo Delta
Windsurf (Incluyendo los respectivos entrenamientos)		

No obstante los deportes detallados como excluidos, podrán ser cubiertos mediante Endoso Especial, previo el análisis del riesgo correspondiente. A excepción de:

Automovilismo en cualquiera de las siguientes modalidades: Fórmula II, III y IV o su equivalente, todo tipo de Rally.
Caída libre con liga (Bongee)
Espeleología
Megapéndulo
Orbitrón
Motonáutica
Tauromaquia

VII. COBERTURAS OPCIONALES (ÚNICAMENTE POR MEDIO DE CONVENIOEXPRESOEN ENDOSO)

1. Deportes Peligrosos

(Debe estar especificado en la carátula de la póliza)

ENDOSO PARA CUBRIR LA PRÁCTICA DE DEPORTES “PELIGROSOS”

Condiciones especiales que se adhieren y forman parte integrante de la Póliza No. _____

de Gastos Médicos Mayores que CUBRE LA PRACTICA COMO PROFESIONAL	SI	NO
DE _____ CUBRIENDO COMPETENCIAS	SI	NO

A NOMBRE DEL(LOS) ASEGURADO(S) _____

cuya vigencia es del _____ al _____
La Latinoamericana, Seguros, S.A., conviene que se cubre la práctica del deporte enunciado en el presente endoso
acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Se reembolsarán los gastos que erogue(n) **el(los) asegurado(s) descritos en la parte superior de este endoso** consecuencia de lesiones que sufra por la práctica del deporte mencionado en el presente endoso.

2. Este endoso operará bajo las siguientes condiciones de cobertura:

Suma Asegurada Básica	_____
Catálogo de Honorarios Médico – Quirúrgicos	_____
Deducible	_____
Coaseguro	_____

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.

La cobertura que ampara este endoso no aplica si se incurrió en omisiones o falsas declaraciones para evitar la debida apreciación del riesgo o si el siniestro ocurre cuando participe(n) en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, de no haber sido comunicado previamente a La Latinoamericana para la correcta apreciación del riesgo, según condiciones.

México, D.F., a _____ de _____ del 20 .

FUNCIONARIO AUTORIZADO

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0620-2010, de fecha 13 de septiembre de 2010, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0074-2019, de fecha 20 de diciembre de 2019; con el número CGEN-S0013-0010-2016, de fecha 07 de enero de 2016/CONDUSEF-000366-01.

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

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

EXCLUSIONES

Padecimientos resultantes de la práctica PROFESIONAL de cualquier deporte.

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

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

Suma asegurada	Igual a la contratada en el país
Deducible	El deducible básico contratado para territorio nacio incrementado en un 50%
Coaseguro	Ocho puntos porcentuales adicionales al contratad el país
Suma asegurada para Honorarios Médico - Quirúrg (GUA)	Con catálogo igual al contratado en territorio nacio con máximo de la suma asegurada básica contrat

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

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0620-2010, de fecha 13 de septiembre de 2010, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 1 de agosto de 2014, **con el número BADI-S0013-0074-2019, de fecha 20 de diciembre de 2019,** con el número CGEN-S0013-0010-2016, de fecha 07 de enero de 2016/CONDUSEF-000366-01.

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.

México, D.F a de de .

Funcionario Autorizado

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0620-2010, de fecha 13 de septiembre de 2010, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 1 de agosto de 2014, con el número BADI-S0013-0074-2019, de fecha 20 de diciembre de 2019, con el número CGEN-S0013-0010-2016, de fecha 07 de enero de 2016/CONDUSEF-000366-01”.

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".**

MÉXICO, D.F., A ___ DE _____ DE 201 ____.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, bajo el registro número CNSF-S0013-0620-2010, de fecha 12 de septiembre de 2010, con el número RESP-S0013-0639-2015, de fecha 23 de noviembre de 2015, con el número BADI-S0013-0059-2014, de fecha 1 de agosto de 2014, bajo el número BADI-S0013-0074-2019, de fecha 20 de diciembre de 2019; con el número CGEN-S0013-0010-2016, de fecha 07 de enero de 2016/CONDUSEF-000366-01".

3. 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: