Condiciones Generales

Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual Y/o Familiar Médica Latino - UMAS

LA LATINOAMERICANA SEGUROS, S.A.

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col. Centro, Ale. Cuauhtémoc, C.P. 06000, CDMX.

LinkedIffl Latino-seguros OOO LatinomxOficial www.latinoseguros.com.mx

ÍNDICE

DEFINICIONES GENERALES 9
1. Accidente 9
2. Accidente Cubierto 9
3. Altas o Bajas de Asegurados 9
4. Antigüedad 9
5. Antigüedad reconocida 9
6. Asegurado 9
7. Asegurado Dependiente 9
8. Asegurado Titular 9
9. Aviso de accidente o enfermedad 9
10. Beneficiario 10
11. Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos 10
12. Cirugía de corta estancia 10
13. Cirugía programada 10
14. Coaseguro 10
15. Cobertura 11
16. Compañía 11
17. Condiciones Especiales 11
18. Condiciones Generales 11
19. Condiciones Particulares 11
20. Consulta Médica 11
21. Contratante 11
22. Contrato de Seguro 11
23. Cuarto de Hospital 11
24. Deporte Ocasional 11
25. Deporte No Profesional 11
26. Deporte Peligroso 12
27. Deducible 12
28. Dependientes Económicos 12
29. Emergencia urgencia médica 12
30. Emergencia en el extranjero 12
31. Endoso 12
32. Enfermedad o padecimiento 13
33. Enfermedad Cubierta 13
34. Enfermedad Congénita o Padecimiento Congénito 13

35. Enfermedades o Padecimientos Preexistentes 13
36. Enfermera 13
37. Evento 13
38. Extraprima 14
39. Familia Asegurada 14
40. Fecha de primer Gasto 14
41. Gasto Usual y Acostumbrado 14
42. Gastos médicos 14
43. Honorarios médicos 14
44. Hospital, Clínica o Sanatorio 14
45. Hospitalización 14
46. Iatrogenia 14
47. Indemnización 14
48. Informe médico 14
49. Inicio de Cobertura 14
50. Límite Máximo de Responsabilidad 15
51. LSCS 15
52. LISF 15
53. Lugar de Residencia 15
54. Maternidad Subrogada 15
55. Médico 15
56. Médico anestesiólogo 15
57. Médico ayudante 15
58. Médico tratante 15
59. Nivel Hospitalario 15
60. Ocupación 15
61. Órtesis o Aparatos Ortopédicos 15
62. Padecimientos congénitos 15
63. Padecimientos Preexistentes 15
64. Pago directo 16
65. Pago por Reembolso 16
66. Periodo al descubierto 16
67. Periodo de espera 16
68. Plan 16
69. Periodo de gracia 16
70. Póliza 16
71. Prima Devengada 17
72. Prima de Riesgo 17

73. Prima de Seguro 17
74. Primer Gasto 17
75. Programación de Cirugías 17
76. Prótesis 17
77. Prótesis Auditiva 17
78. Reclamación o Solicitud de Servicios 17
79. Reclamante 17
80. Reconocimiento de antigüedad 17
81. Red Médica 17
82. Reembolso 17
83. Región Anatómica 18
84. Región de Cotización 18
85. Reporte desde el Hospital 18
86. Renovación 18
87. Reproducción asistida 18
88. Riña 18
89. Signo 18
90. Siniestro 18
91. Síntoma 18
92. UMA 18
93. Solicitud 18
94. Suma asegurada 18
95. Tabulador o Catálogo de Honorarios Médicos 18
96. Tarjeta de Identificación 18
97. Titular 19
98. Tratamiento médico 19
99. Urgencia Médica 19
100. Visita Médica 19
101. Zona Geográfica 19
CLÁUSULAS 20
1º Seguro 20
2º Vigencia del Seguro 20
3º Periodo de Cobertura del Contrato de Seguro 20
4º Periodo de Beneficio 21
5º Modificaciones 21
6º Aceptación del Contrato 21
7º Omisiones o Inexactas Declaraciones 21
8º Agravación del Riesgo 21

9º Reporte de Movimientos 22
10° Edad de aceptación 22
11º Límites y Modificaciones por Edad 22
12º Ocupación 23
13º Residencia 23
14º Prima y Obligaciones de Pago 23
15º Forma de Pago 24
16º Periodo al Descubierto 24
17º Rehabilitación 24
18º Renovación del Seguro 25
19º Terminación Anticipada del Contrato y Rescisión 25
20º Reinstalación Automática de Límite Máximo de Responsabilidad 26
21º Preexistencia 26
22º Responsabilidad de la Latinoamericana 26
23º Comprobación 27
24º Prescripción 27
25º Subrogación 27
26º Moneda 27
27º Comunicación 28
28º Entrega de Documentación Contractual 28
29º Competencia 29
30º Identificación del Cliente 29
31º Derecho de los Contratantes 29
32º Territorialidad 29
33º Protección de Datos 29
34º Vitalicia 29
FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA 30
1. Ajustes 30
2. Altas de Asegurados 30
3. Aviso 30
4. Bajas de Asegurados 30
5. Deducciones 30
6. Enfermedad Cubierta 30
7. Impuesto 31
8. PAGOS 31
9. Pagos Improcedentes 31
10. Cambio de Plan 31
11. Procedimiento de Aplicación de Deducible y Coaseguro 31

12. Pruebas 34
13. Eliminación o Reducción de los Periodos de Espera 34
14. Descripción del Funcionamiento de la Suma Asegurada para Honorarios Quirúrgicos 34
ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS 35
1. SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA 35
2. Visitas Médicas 37
3. Segunda Opinión Médica 37
4. Tratamientos Programados 37
5. Quedan cubiertos los siguientes gastos, con las limitaciones que se indican 38
ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA SUJETOS A PERÍODO DE ESPERA 39
1. Enfermedades y Tratamientos con período de espera de 12 Meses 40
2. Enfermedades y Tratamientos con período de espera de 24 Meses 40
3. Cobertura por SIDA 40
4. Ayuda para gastos por Parto, Aborto, Cesárea y sus complicaciones 41
5. Padecimientos Congénitos, bajo las siguientes condiciones especiales 44
6. Gastos de tratamiento quirúrgico por circuncisión de nacidos dentro de la vigencia de la Póliza 44
COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS 44
1. Emergencia en el extranjero 44
2. Daños psiquiátricos 45
3. Ayuda para gastos funerarios familiar 46
4. Riesgos deportivos 46
COBERTURA OPCIONAL, CONTRATADA BAJO CONVENIO ESPECIAL 48
1. DEPORTES PELIGROSOS 48
2. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO 48
3. CONTINUIDAD DE COBERTURA FAMILIAR 49
4. PREEXISTENCIA DECLARADA 50
5. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO 50
5.1. Cáncer 50
5.2. Enfermedades Neurológicas y Cerebro vasculares 51
5.3. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto) 52
5.4. Trasplantes únicamente de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón y médula ósea 52
5.5. Otros 53
6. COBERTURA PAGO DE COMPLEMENTOS MÉDICOS 53
EXCLUSIONES 54
RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES 60
1. Obligaciones del Asegurado 60
2. Aviso de Siniestro 60
3. Cirugía programada, incluyendo la de corta estancia 60

4. Pago directo....60
5. En caso de reclamaciones....61
6. Otros Seguros....62
7. Base de indemnización....62
8. Participación del Asegurado en la reclamación....64
9. Obligación de la Compañía....64
10. Pagos improcedentes....64
11. Periodo indemnización....64
12. Interés Moratorio....65
13. Pérdida del Derecho a ser Indemnizado....65

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS y LA CIRCULAR UNICA DE SEGUROS Y FIANZAS....65
LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS....65
LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO....70
LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS....74

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

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

DEFINICIONES GENERALES

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

1. Accidente
Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que produce lesiones corporales en la persona u órgano del Asegurado y que requiere atención médica inmediata.

2. Accidente Cubierto
Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, imprevista e involuntaria, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que se encuentra cubierto en el presente contrato, por estar expresamente enunciado como tal o no estar contemplado como excluyente de cobertura.

No se considera como accidente cubierto:

a) Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.
b) Aquellas lesiones que no requieran una atención médica y/o quirúrgica de forma inmediata al accidente y que el primer gasto erogado sea posterior a los diez días naturales la lesión.
c) Aquellas enfermedades y/o eventos que ingresen por el área de urgencias de un hospital o clínica sin tener una justificación médica para su ingreso por este servicio.
d) Las agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, ni aquellos que hayan sido cubiertos o se hayan manifestado en un inicio como enfermedad.

3. Altas o Bajas de Asegurados
Significa, para el caso de Altas, la inclusión de una persona como Asegurado en el Contrato de Seguro. En el caso de Bajas, significa su exclusión del Contrato de Seguro y su pérdida de calidad de Asegurado.

4. Antigüedad reconocida
Tiempo en que de manera ininterrumpida el Asegurado tuvo vigente, la protección de una o varias coberturas en condiciones similares y equivalentes en ésta u otra Aseguradora hasta el momento de la contratación de esta Póliza y que se reconoce expresamente en la Carátula de la Póliza.

5. Asegurado
Persona física reconocida como tal en la Carátula de la Póliza sujeta a accidentes o enfermedades que pueden ser indemnizados por la Compañía, en términos de esta Póliza.

6. Asegurado Dependiente
Ver Dependientes económicos.

7. Asegurado Titular

Persona física asegurada que aparece como Asegurado Titular en la Solicitud del Seguro.

8. Aviso de accidente o enfermedad

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

9. Beneficiario
Persona física designada por el Contratante o Asegurado Titular en la solicitud o consentimiento de este seguro, a quien corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de esta Póliza.

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

El Catálogo de Honorarios Médico Quirúrgicos definidos es fijo y en caso de sufrir alguna modificación, se someterá a registro pertinente.

El Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos en caso de necesitarlo puede requerirlo a través de los siguientes medios por correo electrónico a la dirección: unidad_especializada@latinoseguros.com.mx, vía telefónica a los números: 55 5130- 2800 ext. 1633 y 2828, los cuales le atenderán en un horario de lunes a jueves de 09:00 a 17:00 h. y los viernes de 09:00 a 14:00 h. el referido catalogo le será remitido de manera electrónica a la dirección que indique.

El Catálogo de Honorarios Médico Quirúrgicos es descriptivo más no limitativo, por lo que si no encuentra el monto de un padecimiento especial, el Asegurado podrá solicitarlo a la Compañía, la cual determinara el monto de indemnización a través de:

- El Proceso de Similitud, mediante el cual, se busca la relación entre el padecimiento reclamado y algún padecimiento que si se encuentra en el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos con características comunes, o bien;
- Se utiliza la clasificación de Unidades de Valor Relativo (UVR) reconocida a nivel internacional. Dicha norma permite determinar los honorarios médicos considerando los criterios fundamentales de la atención médica, es decir:
    - El tiempo que cada médico dedique a la atención que requiere cada paciente en un procedimiento médico o quirúrgico, desde su recepción hasta la alta médica.
    - La preparación y habilidad teórico-práctica del médico.
    - El grado de severidad de las lesiones sufridas en los accidentes.
    - El riesgo de todo paciente al ser sometido a algún tipo de procedimiento médico o quirúrgico.
    - El riesgo de implicaciones legales para el médico.

11. Cirugía de corta estancia
Intervención quirúrgica que requiere hospitalización por un periodo menor de 24 horas.

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

13. Coaseguro
Porcentaje del riesgo a cargo del Asegurado, establecido en la Carátula de la Póliza. Aplica por cada reclamación presentada, después de descontado el deducible.

La anterior definición no debe confundirse, ni interpretarse con la contenida en el artículo 2 fracción V de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la cual no está cubierta.

14. Cobertura
Riesgo o conjunto de riesgos que pueden ser cubiertos por virtud del Contrato de Seguro, sujeto a los derechos y obligaciones que se establecen en las Condiciones Generales.

Quedarán cubiertos los riesgos que enunciativa y limitativamente se establecen en la Carátula de la Póliza. En consecuencia, las coberturas que no se señalan como amparadas en dicha Carátula, no tendrán validez ni eficacia entre las partes, aun cuando se consignen y regulen en estas condiciones generales.

15. Compañía
La Latinoamericana Seguros, S.A., empresa autorizada para operar como Institución de Seguros por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

16. Condiciones Especiales
Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones bajo las cuales operará un riesgo específico, que se hacen constar en las Condiciones Particulares o Carátula de la Póliza que son convenidos entre las partes y que modifican el Contrato de Seguro.

17. Condiciones Generales
El presente documento, en el que se establecen los alcances de las coberturas, su objeto, riesgos expresamente excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, cobro de recibos y demás principios básicos convenidos entre la Compañía y el Contratante/Asegurado y que forma parte integrante del Contrato de Seguro.

18. Condiciones Particulares
Acuerdos que fijan derechos, obligaciones o exclusiones bajo las cuales se conceden, restringen o amplían ciertas coberturas y que forman parte de la Póliza y que prevalecen sobre las Condiciones Generales.

19. 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.

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

21. Contrato de Seguro
Acuerdo de voluntades entre el Contratante y/o el Asegurado y la Compañía que está conformado por todos y cada uno de los siguientes documentos: a) Solicitud de Aseguramiento, b) Carátula de la Póliza, c) Recibo de Primas, d) Condiciones Generales, e) Condiciones Especiales y Condiciones Particulares, f) Endosos, g) Catálogo de Honorarios Médicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico, h) tarjeta de identificación expedida por la Compañía, i) cláusulas adicionales que en su caso se agreguen, mediante el cual la Compañía asume la obligación, mediante el pago de la prima correspondiente, para resarcir los daños, o pagar una suma de dinero, al verificarse la eventualidad prevista.

22. Cuarto de Hospital
Se refiere al cuarto privado estándar, incluyendo cama extra para el acompañante.

23. 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.

24. 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.

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

26. Deducible
Cantidad fija a cargo del Asegurado que aplica para cada enfermedad cubierta o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones vigentes en el Contrato, al momento de realizar el primer gasto y una sola vez por enfermedad y/o accidente.

Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de la Compañía. Esta cantidad queda pactada y establecida en la Carátula de la Póliza.

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

- Su cónyuge
- Los hijos del Asegurado Titular que dependan económicamente de él, menores de 25 años, solteros y que no perciban remuneración por trabajo personal subordinado.
- Los familiares del Asegurado Titular en línea recta que dependan económicamente de él; aceptados por la Compañía y que aparecen en la Carátula de la Póliza.

28. Emergencia urgencia médica
Es la aparición repentina de la alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal magnitud, que ponen en peligro la vida del Asegurado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento requiere de atención médico-quirúrgica inmediata.

No se considera como emergencia médica y/o quirúrgica:

a) **Aquellos que hayan sido cubiertos.**
b) **Aquellos que se hayan manifestado en un inicio como Enfermedad o Lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**
c) **Aquellas lesiones que no requieran una atención médica y/o quirúrgica de inmediato.**
d) **Aquellas enfermedades y/o eventos que ingresen por el área de urgencias de un hospital o clínica sin tener una justificación médica para su ingreso por este servicio.**
e) **Las agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza.**

La Compañía, se reserva el derecho de solicitar TODA la información médica y/o circunstancial del siniestro, para que sea determinado como Emergencia o Urgencia Médica y/o Quirúrgica.

29. Emergencia en el extranjero
Enfermedad o padecimiento que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de 24 (veinticuatro) horas, estando el Asegurado fuera de su país de residencia.

30. Endoso
Documento que modifica y/o adiciona de forma particular las condiciones generales del contrato de seguro y que

forma parte integrante de éste. Lo señalado en este documento prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

31. Enfermedad o padecimiento

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

32. Enfermedad Cubierta

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

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

33. Enfermedad Congénita o Padecimiento Congénito

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

34. Enfermedades Preexistentes

Enfermedad(es) que previamente a la celebración del contrato;

a) Se haya declarado la existencia de dicha enfermedad medades, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico o resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

b) El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

35. Enfermera

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

36. Evento

Es toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como todas las lesiones, complicaciones, otras enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por esta Póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad.

Respecto al accidente, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados de un mismo accidente siempre que esté cubierto por la Póliza.

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

38. Familia Asegurada
El Asegurado Titular y sus dependientes económicos siempre que se encuentren amparados en la Carátula de la Póliza.

39. Fecha de primer Gasto

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un evento cubierto.

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

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

42. Honorarios médicos
Es la contraprestación que se paga por los servicios que recibe el Asegurado de los médicos y enfermeras legalmente autorizados para ejercer su profesión, con cédula profesional vigente, de acuerdo con el tabulador contratado.

43. Hospital, Clínica o Sanatorio
Establecimiento sanitario legalmente autorizado conforme a las Leyes Mexicanas, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria. Para fines de este Contrato los hospitales se clasificarán de acuerdo con el plan contratado.

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

45. Latrogenia
Daño a la salud que resulta como consecuencia de una mala práctica médica y que deriva de la aplicación de un tratamiento médico y/o quirúrgico requerido para la atención de un accidente o enfermedad que se encuentre cubierto.

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

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

48. Inicio de Cobertura
Es la fecha y hora a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro y nacen las obligaciones de ambas partes

49. Límite Máximo de Responsabilidad
El límite máximo de responsabilidad de la Compañía será el que se establece para cada cobertura contratada y amparada en la Carátula de la Póliza, Endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura. Y se indemnizará de conformidad a las condiciones generales y particulares.

50. LSCS
Ley Sobre el Contrato de Seguro.

51. LISF
Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

52. Lugar de Residencia

Ciudad o población ubicada dentro de la República Mexicana en donde se encuentra el domicilio declarado en la solicitud para cada Asegurado.

53. Maternidad Subrogada
La práctica mediante la cual una mujer gesta un niño por otra, con la intención de entregárselo después del nacimiento.

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

55. Médico anestesiólogo
Profesional de la salud titulado legalmente autorizada para la aplicación de anestesia.

56. Médico ayudante
Profesional de la salud titulado legalmente autorizado que asiste durante el desarrollo de una intervención quirúrgica.

57. Médico tratante
Profesional de la salud titulado legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina. Puede ser médico general o médico especialista.

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

59. Ocupación
Es el trabajo, empleo u oficio que constituye la actividad principal de los Asegurados.

60. Órtesis o Aparatos Ortopédicos
Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético, tales como: férulas, ayudas técnicas y soportes usados en ortopedia y fisioterapia que corrigen o facilitan la ejecución de una acción, actividad o desplazamiento, procurando ahorro de energía y mayor seguridad. Sirven para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor.

61. Padecimientos congénitos
Ver Enfermedad Congénita.

62. Padecimientos Preexistentes
Padecimientos que previamente a la celebración del contrato;

a) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico o resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente

autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

El Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento de que se trate

63. Pago directo

Indemnización calculada con base en los términos y condiciones de este contrato, mediante la cual la Compañía paga, directamente al prestador de servicios con el cual ha celebrado un convenio por la atención médica a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por este Contrato.

64. Pago por Reembolso

Indemnización calculada con base en los términos y condiciones de este contrato mediante la cual la Compañía reintegra al Contratante o Asegurado, los gastos procedentes que él haya llevado a cabo con un prestador de servicios médicos con motivo de algún accidente o enfermedad cubiertos por el Contrato de Seguro.

Se aplicará deducible por accidente y coaseguro contratados, aún y cuando se atienda con médico y/u hospital de la red siempre y cuando no se actualice la exención de deducible por accidente.

65. Periodo al descubierto

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

66. Periodo de espera

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

67. Plan

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

68. Periodo de gracia

Periodo en que la Compañía concede al Asegurado o Contratante para que efectúe el pago de la prima o de su fracción, en caso de pago en parcialidades.
Para pagos iniciales y/o subsecuentes consta de 30 días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza o recibo correspondiente.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Contratante, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Los pagos que se realicen durante el periodo de gracia, únicamente se realizarán a través de reembolso, por lo que no se indemnizarán a través de la modalidad de pago directo.

69. Póliza

Es sinónimo de Contrato de Seguro.

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

71. Prima de Riesgo
Es el monto a cobrar al Contratante y/o Asegurado, mismo que se obtiene en función de la probabilidad de que ocurra un siniestro y el monto de la pérdida que tendría el Asegurado.

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

73. Primer Gasto
Es la cantidad de dinero más antigua que se haya erogado por cualquier persona, para la atención de un accidente y/o enfermedad cubierta de un Asegurado.

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

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

76. Prótesis Auditiva

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

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

78. Reclamante
Asegurado Titular que solicita las indemnizaciones derivadas de este Contrato.

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

80. Red Médica
Prestadores de servicios, con quienes la Compañía celebró o tiene celebrados convenios de prestación de servicios médicos y/u hospitalarios, que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes la Compañía pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a los límites y condiciones establecidas en esta Póliza.

El Asegurado podrá escoger libremente el tipo de Red de acuerdo al Nivel Hospitalario contratado, para recibir la atención médica dependiendo de las características de acceso, especialidad, tipo de servicio, costos, entre otros.

81. Reembolso
Ver Pago por Reembolso.

82. 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.

83. Región de Cotización
Ver Zona Geográfica.

84. Reporte desde el Hospital
Servicio en el que la Compañía puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios independientes, previa valoración y dictamen, notificando el resultado del mismo al Asegurado, durante su estancia hospitalaria, siempre y cuando la estadía sea mayor a veinticuatro horas. Para que este servicio aplique, la Póliza deberá estar al corriente en sus pagos.

85. Renovación
Emisión consecutiva de esta Póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

86. Reproducción asistida
Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la maternidad subrogada.

87. Riña
Contienda de obra entre dos o más personas con el propósito de causarse daño.

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

89. Siniestro
Eventualidad prevista en el contrato cuyos efectos perjudiciales cubre la Póliza, hasta el límite máximo de responsabilidad contratado.

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

91. UMA
Unidad de Medida y Actualización Mensual vigente en el momento del siniestro.

92. Solicitud
Documento indispensable para la emisión de la Póliza, mismo que contiene los datos e informes proporcionados para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones que se convengan, el cual deberá ser llenado y firmado por el Asegurado Titular y/o por el Contratante conforme a lo ordenado por los Artículos 8, 9, 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

93. Suma asegurada
Ver Límite Máximo de Responsabilidad.

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

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

96. Titular
Ver Asegurado Titular.

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

98. Urgencia Médica
Ver Emergencia Médica.

99. 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.

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

La Zona Geográfica se establece de acuerdo al Lugar de Residencia. La Zona Geográfica o Región de Cotización, se clasifica en:

Zona I: Estados de la República comprendidos: Baja California, Baja California Sur, Cancún, Chihuahua, Coahuila, Ciudad de México, Durango, Jalisco, Hidalgo, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas.

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

CLÁUSULAS

1º Seguro
La Compañía cubrirá, de conformidad con este contrato de seguro y durante la vigencia establecida en la Carátula de la Póliza, a la(s) persona(s) descrita(s) en la misma. Conviniendo expresamente la Compañía y el Contratante que las declaraciones hechas por el Contratante y Asegurados, las Condiciones Particulares y las presentes Condiciones Generales forman y rigen al contrato de seguro celebrado entre las partes y que en todo lo no previsto, se aplicará la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en su defecto, las leyes mexicanas aplicables; prevaleciendo las Condiciones Particulares de la Póliza sobre las Condiciones Generales.

2º Vigencia del Seguro
Salvo pacto en contrario, el presente contrato de seguro inicia a las doce horas del primer día del periodo de seguro contratado y termina a las doce horas del último día del periodo del seguro y se regulará de acuerdo a condiciones generales, condiciones especiales o particulares, Endosos a la Póliza y cláusulas adicionales que en su caso se agregasen.

3º Periodo de Cobertura del Contrato de Seguro
Sujeto a los términos y condiciones de este Contrato de Seguro, los Asegurados quedarán cubiertos, en el caso de accidente, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la Póliza. Si se trata de una enfermedad cubierta, ella quedará amparada si se origina 30 (treinta) días naturales posteriores al alta del Asegurado en la Póliza, lapso que no será necesario en los casos de renovación. Los hijos de madres aseguradas quedarán cubiertos desde el primer día de nacimiento cuando:

a) La madre asegurada haya cubierto el periodo de espera respectivo
b) Nazcan dentro de la vigencia de la Póliza y
c) Se de aviso por escrito a la Compañía del nacimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a éste.

El periodo de espera no será aplicable para aquellas enfermedades derivadas de un accidente o urgencia médica cubierta.

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

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

En caso de que el Asegurado y/o Contratante opte por modificar las condiciones originalmente contratadas en lo que se refiere a deducible, coaseguro, suma asegurada, honorarios quirúrgicos y nivel hospitalario, se le indemnizará aplicando las condiciones de cobertura, suma asegurada, honorarios quirúrgicos, nivel hospitalario, deducible y coaseguro vigentes al momento de erogarse el primer gasto por la atención del siniestro de que se trate.

4º Periodo de Beneficio
Si el Asegurado y/o Contratante cancela el Contrato de Seguro, se le cubrirán los gastos efectuados durante los siguientes 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de conclusión del contrato cancelado, siempre y cuando dichos gastos deriven de reclamaciones provenientes de siniestros cubiertos que hayan ocurridos durante la vigencia de la Póliza cancelada.

5º Modificaciones
(Artículo 19 y 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Cualquier modificación a este contrato de seguro se hará por acuerdo entre las partes, se hará constar por escrito mediante cláusulas adicionales o endosos, que se adherirá al mismo. Por lo tanto, el agente o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Compañía, carecen de facultad para modificar los términos de la Póliza y para hacer renuncia a su contenido.

Conforme al artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el Contratante acepta que si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

6º Aceptación del Contrato
(Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

7º Omisiones o Inexactas Declaraciones
(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 Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro. La Compañía comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato en los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

8º Agravación del Riesgo
(Artículos 47, 52 y 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
El importe de la Póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para cada Asegurado, por lo que si cualquiera de dichos Asegurados cambia de ocupación o inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud, puede cambiar su grado de exposición a cual quiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, la Compañía podrá cobrar la extra-prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito sobre la agravación del riesgo y ésta influye en el siniestro, la Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de ello.

Las obligaciones de La Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52, 53 fracción I y 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Las obligaciones de La Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los

representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

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

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 (cuatrocientos noventa y dos) de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que La Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas. La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad.

9º 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 (treinta) 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.

10° Edad de aceptación
No existe edad mínima de admisión y la edad máxima de aceptación es 74 años, estas edades aplican para el seguro en su primer año. No existirá edad límite en renovaciones en virtud de que la renovación es garantizada.

11º Límites y Modificaciones por Edad
(Artículo 169 y 171 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Para expedir Pólizas iniciales y renovaciones, la Compañía atenderá a los criterios establecidos en sus políticas y criterios de selección de riesgos vigentes.

Cuando el Asegurado tenga doce años de edad o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; si tiene menos de doce años de edad, únicamente se requerirá el consentimiento de su representante legal.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado y resultare que la edad real, a la fecha de la celebración del contrato de seguro o de cualquier renovación, está fuera de los límites de edad aquí establecidos, el contrato quedará rescindido de pleno derecho, sin necesidad de declaratoria judicial y sin ningún valor; y la Compañía devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada en la fecha de rescisión, en un lapso que no excederá de 5 (cinco) días hábiles.

Si hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado al momento de la celebración del Contrato de

Seguro, pero ésta estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagase una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima cobrada y la prima calculada para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

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

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

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

12º Ocupación

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

Si el Asegurado no da aviso por escrito a la Compañía, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación de enfermedades, padecimientos o accidentes derivados de la nueva ocupación.

13º Residencia

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

El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado Titular.

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

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

14º Prima y Obligaciones de Pago

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

Las primas de cada Asegurado se irán incrementando conforme la edad de la persona sea mayor, ya que uno de los elementos importantes para determinarlas, es la probabilidad de enfermar o sufrir un accidente, la cual se incrementa paulatinamente cuando aumenta la edad.

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

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

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

La Compañía no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establece precedente ni obligación alguna para la Compañía.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización debida al Asegurado o Contratante, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo de seguro contratado.

Para el caso de pago con tarjeta de crédito o débito de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes documentos harán prueba plena del pago hasta en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente: Estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo.

Durante el periodo de gracia no se otorga el servicio de pago directo en el siniestro que se presente, incluyendo los derivados de un accidente y/o enfermedad médica cubierta.

15º Forma de Pago
Las primas convenidas deberán ser pagadas a la Compañía, conforme a las opciones descritas en el recibo correspondiente. Para ser reconocido por la Compañía, el recibo deberá quedar autenticado a través de la factura electrónica correspondiente.

16º Periodo al Descubierto
No procederá el pago de reclamaciones que ocurran durante este periodo, aún cuando la Prima o la parcialidad correspondiente haya sido pagada en su totalidad.

17º Rehabilitación
No obstante, lo dispuesto en la cláusula de pago de la prima de estas condiciones generales, el Contratante podrá dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir del día y hora señalados en el comprobante de pago.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante 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 período durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos inicial y terminal se indican al final del párrafo procedente.

En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá por rehabilitado el seguro a las cero horas de la fecha de pago. El Contratante deberá presentar los siguientes documentos para proceder a la rehabilitación de su Póliza:

a) Pago de la prima
b) Carta de no siniestro

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

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

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

18º Renovación del Seguro

Conforme a las disposiciones aplicables, la Compañía no podrá negar la renovación de su póliza por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el asegurado titular y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar lo, cuando menos con 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la póliza.

La renovación se ofrecerá en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Asimismo, en la renovación, el nuevo contrato contará con un servicio de red médica y hospitalaria similar a la originalmente contratada en términos de calidad, servicio y cobertura geográfica, de conformidad con los productos que estén registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en ese momento;

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

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

Esta Póliza se considerará renovada por períodos de igual duración al contratado, si dentro de los últimos 20 (veinte) días hábiles antes del vencimiento de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado no da aviso a la Compañía por escrito, de su voluntad de que no sea renovada.
El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido autenticado a través de la factura electrónica correspondiente se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

19º Terminación Anticipada del Contrato y Rescisión

(Artículos 51, 63 y 64 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Las partes convienen expresamente en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito.

a) Cuando el Contratante lo dé por terminado, deberá notificar a la Compañía con 15 (quince) días naturales de anticipación, contando la Compañía con este lapso de tiempo para realizar cualquier aclaración. En todos los casos la Compañía reembolsará la prima por devengar descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos en un lapso no mayor a 30 (treinta) días naturales.
.

b) Cuando antes del fin del periodo de vigencia pactado, ocurriere la muerte del Asegurado, la Compañía devolverá, proporcionalmente la parte de la prima correspondiente a las coberturas no afectadas, descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos en un lapso no mayor a 30 (treinta) días naturales.

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

c) Cuando la Compañía lo dé por terminado de acuerdo a la cláusula de OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES o a la cláusula FORMA DE PAGO; la Compañía reembolsará la prima no devengada descontando los gastos de expedición, gastos de adquisición e impuestos, esta devolución se realizará en un plazo no mayor a 30 días naturales, contados a partir de que se notifique la terminación del contrato al asegurado.

d) En caso de rescisión, la Compañía deberá notificar al Contratante y/o Asegurado la misma, dentro de los 15 (quince) días siguientes, contados desde la fecha en que la Compañía conozca el cambio de circunstancias esenciales de agravación del riesgo.

20º Reinstalación Automática de Límite Máximo de Responsabilidad

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

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

21º Preexistencia

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

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

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

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

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

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

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

22º Responsabilidad de la Latinoamericana

En los términos de esta póliza, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrá elegir libre y voluntariamente el hospital, los médicos que le atienden, servicios de enfermería, de laboratorio, traslado en ambulancia y en general cualquier servicio que tenga por objeto, brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud aún y cuando no exista convenio entre Latino Seguros y los prestadores de servicios, sin que esto condicione el pago de los gastos procedentes a favor del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato.

Dado lo anterior, si se tratare de prestadores de servicios con los que no tiene convenio Latino Seguros, se asume que la relación que establece el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, es ajena a la compañía de seguros, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, por lo que Latino Seguros no responderá de manera alguna por cualquier práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo que pueda surgir entre ellos.

El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

23º Comprobación
La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se deriven de la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado, Asegurado Titular y Dependientes Económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación. Las obligaciones de la Compañía quedaran extinguidas si se demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluiría o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

24º Prescripción
(Artículos 81, 82 y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en:

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

En todos los casos, los plazos serán contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización del siniestro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

25º Subrogación
(Artículo 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
En caso de siniestro, la Compañía se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado o a sus dependientes.

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

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

26º Moneda
Todos los pagos relativos a este Contrato se liquidarán en Moneda Nacional y en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha del pago.

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

27º Comunicación
(Artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente contrato, deberá enviarse a la Compañía, por escrito, a su domicilio social, el cual está indicado en la Carátula de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía fuera diferente del que consta en la Carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar al Contratante la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.
Los requerimientos o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o a sus causahabientes, tendrán validez si se dirigen al último domicilio o correo electrónico que éste haya proporcionado a la Compañía para recibirlas.

28º Entrega de Documentación Contractual
La Compañía está obligada a entregar al Asegurado Titular o Contratante de la Póliza, , los documentos en los que consten los derechos y obligaciones del seguro ya sea directamente, a través de su Agente de Seguros o por medio de correo electrónico al momento de contratar el Seguro.

La Compañía a través de las personas que designe para tal fin, dejará constancia de la entrega de los documentos contractuales recabando firma de recibido del Contratante y/o Asegurado.

Información sobre la Entrega de Documentación Contractual en la comercialización de productos vía telefónica, internet y otro medio electrónico con cobro de prima con cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria.
En el supuesto de que las coberturas establecidas en el presente documento se comercialicen a través de vía telefónica, internet y otros medios electrónicos, o por conducto de un prestador de servicios a que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de primas se realice con cargo a una tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la Compañía hará entrega de la póliza respectiva, así como de los documentos que contengan derechos y obligaciones para las partes, lo cual se hará de la siguiente manera:

- Vía telefónica. Los documentos serán enviados vía correo postal, vía correo electrónico o mensajería según se acuerde y autorice el contratante.
- Internet y otros medios electrónicos. Se enviarán al contratante vía correo electrónico según se haya recabado consentimiento del contratante.

En los casos señalados anteriormente, la compañía proporcionará o hará constar en la misma documentación el número de póliza o folio de confirmación que corresponda a la solicitud de contratación, el cual servirá como prueba en caso de cualquier aclaración. Así también, indicará el nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo, dirección de la página electrónica en internet de la Compañía (www.latinoseguros.com.mx), y los datos de contacto para la atención de siniestros o quejas de Latino Seguros.
Como medio alterno, si el Contratante o Asegurado no recibe dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el seguro la documentación contractual, deberá hacerlo del conocimiento la compañía, comunicándose a los teléfonos 55 5130 2800 o bien al 800 011 9000, para que le sean entregados, vía electrónica o mensajería, según se acuerde.

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Contratante y/o Asegurado y/o representante del(os) mismo(s), deberá comunicarse a los teléfonos 55 5130 2800 opción 9 en la Ciudad de México, o al 800 0011 – 900 opción 9 para el resto de la República. La Compañía emitirá un folio de atención que será el comprobante de la petición solicitada, de manera posterior la compañía podrá solicitar documentos adicionales para efectuar el trámite.

Para cualquier aclaración o duda con relación al seguro, podrá contactar a la Unidad Especializada de la Compañía, en los siguientes números telefónicos 800 0011 – 900 o 55 5130 2800 ext. 1633, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Centro alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, en horario de oficina de lunes a jueves de las 9:00 a las 17:00 hrs. y viernes de 9:00 a 14:00 hrs. al teléfono 55 5130 2800 ó al 800 0011 900.

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

29º Competencia
(Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)
En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito dirigido a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o por cualquier otro medio y/o en su caso acudir ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez COMPETENTE del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de lo dispuesto en el Artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

30º Identificación del Cliente
Artículo 492 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas y disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros. El Asegurado y/o el Contratante deberán proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los plazos en ella establecidos.

31º Derecho de los Contratantes
Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

32º Territorialidad
Las partes quedan perfectamente enteradas que esta Póliza solo será aplicable a los gastos médicos realizados por una enfermedad o accidente cubierto ocurridos únicamente dentro de los límites territoriales de los República Mexicana.

El límite territorial indicado en el párrafo anterior no aplicará en caso de contratar alguna cobertura en el Extranjero.

33º Protección de Datos
De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, La Latinoamericana, Seguros S.A., en concordancia con el consentimiento expreso otorgado en los términos del texto que aparece en la página www.latinoseguros.com.mx, para el tratamiento de los datos personales de los titulares de los mismos, aun los sensibles, patrimoniales y/o financieros, los mismos serán tratados en los términos del AVISO DE PRIVACIDAD cuyo texto completo también se encuentra publicado en la referida página.

34º Vitalicia
La Latinoamericana conviene en que la renovación de la cobertura de Gastos Médicos Mayores del Asegurado, podrá efectuarse en forma VITALICIA, sin requisitos médicos, siempre que al cumplir los 80 años de edad, haya generado una antigüedad ininterrumpida de cuando menos 5 años en La Latinoamericana.
Para el otorgamiento de este beneficio no opera Reconocimiento de Antigüedad en otras aseguradoras.
Para que surta efecto este beneficio, el Asegurado deberá haber alcanzado los 80 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.

FUNCIONAMIENTO DE LA PÓLIZA

1. Ajustes

En caso de altas o bajas de Asegurados o de aumentos o disminución de beneficios, la Compañía cobrará o devolverá al Contratante o Asegurado, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período de seguro, por días exactos, de acuerdo con la tarifa vigente.
En caso de devolución, está se realizará en un plazo máximo de 5 días hábiles.

2. Altas de Asegurados

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

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

3. Aviso

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) 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 Artículo 76 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, el reclamante deberá probar que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) 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

Causarán baja de esta Póliza, las personas: cuando siendo el cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del Asegurado.

O bien los hijos Asegurados que ya no dependan económicamente del Asegurado Titular.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado la prima neta no devengada correspondiente a este Asegurado, por días exactos, siempre y cuando no se le haya pagado alguna reclamación al mismo, En caso de proceder está se realizará en un lapso no mayor a 5 (cinco) días hábiles.

5. Deducciones

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

6. 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.

7. Impuesto

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

8. PAGOS

La Compañía 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 Compañía 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 Periodo de Gracia, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso. No se otorga el servicio de pago directo en el siniestro que se presente en el periodo de gracia, incluyendo los derivados de un accidente y/o enfermedad médica cubierta.

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

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán pagadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado como beneficiario, en las oficinas generales de la Compañía.

9. Pagos Improcedentes

Cualquier pago que la Compañía realice indebidamente, por enfermedad o accidente, debido a un desconocimiento de movimiento de baja del Asegurado o a causa de omisión, errores voluntarios e involuntarios contenidos en el Aviso de Siniestros por parte del Contratante y/o Asegurado y/o Reclamante, o con motivo de la entrega de documentación apócrifa a la Compañía para documentar la reclamación o por cualquier otra causa, tal(es) circunstancia(s) obliga(n) al Contratante y/o Asegurado a reintegrar dicho pago a la Compañía.

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

10. Cambio de Plan

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

11. Procedimiento de Aplicación de Deducible y Coaseguro

El deducible y coaseguro contratados se aplicarán de acuerdo a lo siguiente:

a) Accidente

En toda reclamación por Accidente es necesario que el primer gasto procedente y comprobable, sea erogado dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la ocurrencia del mismo. Pasado este periodo, será considerado como Enfermedad, atendiendo las especificaciones de las enfermedades cubiertas.

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

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

NO APLICA la disminución cuando se contrata el nivel L 50.

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

I. El deducible y coaseguro señalados en la Carátula de la Póliza serán disminuidos hasta por el equivalente a 3 UMAS y 10 % de coaseguro. Procederá la indemnización siempre y cuando la reclamación sea superior al deducible contratado. Se pagarán los gastos procedentes, después de ajustarlos a los límites establecidos en las condiciones de la Póliza.

II. En el caso de haberse contratado un deducible mayor a 3 UMAS 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.

III. Para esta cobertura NO APLICA la disminución cuando se contrata L 50

Este beneficio no es retroactivo, por lo que no opera para accidentes anteriores a la fecha de contratación de la póliza.

La disminución de deducible y coaseguro solo aplica en cobertura nacional.

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

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

Aplicación y disminución de deducible y coaseguro en caso de enfermedad, por atención en hospitales y médicos de la RED:

En caso de utilizar un Nivel Hospitalario superior al del plan contratado o si el asegurado se atiende en una Zona Geográfica diferente a la estipulada en la Carátula de Póliza, el Deducible y Coaseguro se aplicarán de conformidad con los siguientes términos:

	NIVEL HOSPITALARIO		
PLAN CONTRATADO	L 200	L 100	L 50
L 100	Reducción del deducible hasta de 5 UMAM Reducción del coaseguro hasta de 10 puntos porcentuales / Se mantiene el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado	Reducción del deducible hasta de 3 UMAM Reducción del coaseguro hasta de 5 puntos porcentuales / Se mantiene el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado	Aplicación del Doble del Deducible señalado en caratula de póliza. Aplicación del Doble Coaseguro // Aplicando un doble monto para el Tope de Coaseguro
L 200	Reducción del deducible hasta de 3 UMAM Reducción del coaseguro hasta de 10 puntos porcentuales / Se mantiene el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado	Aplicación del Doble Deducible señalado en caratula de póliza Aplicación del Doble de Coaseguro señalado en la caratula de póliza // Aplicando un doble monto para el Tope de Coaseguro	Aplicación del Triple del Deducible señalado en caratula de póliza Aplicación del Triple del Coaseguro señalado en la caratula de póliza // Aplicando un doble monto para el Tope de Coaseguro

L 50	Se mantiene el Deducible y coaseguro Contratado	Se mantiene el Deducible y coaseguro Contratado	Se mantiene el Deducible y coaseguro Contratado

- Si contrató un plan con hospitales Medica Latino L100 y se atiende con médicos y en hospitales de la red L100, se aplicará una reducción del deducible de hasta 3 UMAM y una reducción del coaseguro de hasta 5 puntos porcentuales, manteniendo el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado y estipulado en su caratula de póliza.
- Si contrató un plan con hospitales Medica Latino L100 y se atiende con médicos y en hospitales de la red L200, se aplicará una reducción del deducible de hasta 5 UMAM y una reducción del coaseguro de hasta 10 puntos porcentuales, manteniendo el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado y estipulado en su caratula de póliza.
- Si contrató un plan con hospitales Medica Latino L200 y se atiende con médicos y en hospitales de la red L200, se aplicará una reducción del deducible de hasta 3 UMAM y una reducción del coaseguro de hasta 10 puntos porcentuales; manteniendo el tope de coaseguro de acuerdo con lo contratado y estipulado en su caratula de póliza.
- Si contrató un plan con hospitales Medica Latino 100 y la atención se realiza en hospitales L50, se aplicará doble deducible y doble coaseguro sobre lo estipulado en su caratula de póliza; aplicando el doble para el tope de coaseguro.
- Si contrató un plan con hospitales Medica Latino 200 y la atención se realiza en hospitales L50, se aplicará triple deducible y triple coaseguro sobre lo estipulado en su caratula de póliza; aplicando el doble para el tope de coaseguro.
- Si contrato un plan con hospitales Medica Latino 200 y la atención se realiza en hospitales L100, se aplicará doble deducible y doble coaseguro sobre lo estipulado en su caratula de póliza; aplicando el doble para el tope de coaseguro.
- Si contrató un Plan con hospitales Médica Latino 100 y Zona geográfica I, podrá acceder a cualquier otro Nivel Hospitalario L100 o L200 dentro de la República Mexicana sin penalización.
- Si contrató un Plan con Zona Geográfica II y desea atenderse en un hospital de la Zona geográfica I, aplicarán doble Deducible y doble Coaseguro en cualquier tipo de reclamación (Accidente y/o Enfermedad cubierta), **adicional a la penalización por cambio de Nivel Hospitalario**.

  Las penalizaciones son acumulables cuando en la misma atención médica, se presente cambios en la zona geográfica y nivel(es) hospitalario(s).

La disminución de deducible y coaseguro sólo aplica en la modalidad de Pago Directo (programación de cirugía y reporte de hospital con utilización de hospital en convenio y médico de red) y en estancias mayores a veinticuatro horas; no aplica en la modalidad de pago vía reembolso.

La disminución de deducible y coaseguro solo aplica en cobertura nacional.

No aplicará penalización definidas en esta cláusula ("Aplicación y disminución de deducible y coaseguro en caso de enfermedad") en los siguientes casos y padecimientos, siempre y cuando la atención sea con hospitales L100 o L200; No aplica para L50. Una vez lograda la estabilización clínica del asegurado, su manejo, control, y seguimiento médico clínico,

se deberá llevar a cabo en el Nivel Hospitalario y Zona Geográfica de acuerdo con el plan contratado:

- **Emergencia médica que comprometa la vida u órgano del asegurado.**
- **Hemorragia cerebral cualquiera que sea su causa, siempre y cuando no se encuentre dentro de las exclusiones y el diagnostico sea sustentado mediante estudio correspondiente.**
- **Hemorragia interna grave.**
- **Infarto Agudo al miocardio.**
- **Tromboembolia pulmonar.**
- **Choque anafiláctico.**
- **Apendicitis perforada o complicada.**
- **Perforación de víscera abdominal o hueca.**
- **Fracturas que comprometan la vida o algún órgano del asegurado.**
- **Si a consecuencia de un accidente, se agrava un padecimiento crónico ya existente (que cuente con datos de cronicidad, documentada con estudios) y genera un caso agudo, únicamente se cubrirá la atención del evento agudo derivado del accidente.**

12. Pruebas

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

13. Eliminación o Reducción de los Periodos de Espera

Se reconoce la antigüedad generada por el Asegurado Titular 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 individual y recibos pagados a las Aseguradoras anteriores. Este beneficio no implica costo adicional siempre y cuando se cumpla con las condiciones aquí 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 Catálogo de Honorarios Médico-Quirúrgicos que 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 Carátula de la Póliza se encuentra señalada la base de honorarios quirúrgicos expresada en número de veces la Unidad de Medida y Actualización vigente (UMA). Este número se multiplicará por la UMA al momento en que ocurra el primer gasto; a la cantidad obtenida se le aplicará 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 Catálogo de Honorarios Médico Quirúrgicos.

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 catálogo de honorarios quirúrgicos corresponde al Gasto Usual y Acostumbrado, entonces la Compañía procederá a efectuar el cálculo de acuerdo al valor promedio que corresponde a los precios, tarifas y honorarios profesionales fijados en una plaza o en un lugar determinado, por los prestadores y receptores de servicios médicos y hospitalarios, atendiendo a la naturaleza y complejidad técnica de los servicios, así como a la calidad, tiempo y costo de uso de instalaciones correspondientes, los cuales quedan referidos en el Catálogo de Honorarios Médicos Quirúrgicos.

La Suma Asegurada máxima de la Compañía se establece por cada padecimiento amparado por esta Póliza con base en las coberturas contratadas y siempre y cuando dicho padecimiento ocurra durante la vigencia de la misma.

La Suma Asegurada para cada padecimiento quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto.

Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

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

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

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

1. SERVICIOS Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA

1º 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 Compañía sólo pagará los honorarios de médicos titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva.

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: Primer ayudante: Segundo ayudante:	30% de lo tabulado para el cirujano. 20 % de lo tabulado para el cirujano. 10% de lo tabulado al cirujano Sólo si el tipo de cirugía lo amerita y a juicio de La Compañía.

No se cubren los honorarios del instrumentista ni del circulante.

1.3 Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, la Compañía 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 anestesiólogo 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.
Anestesiólogo: Primer ayudante: Segundo ayudante:	30% de lo tabulado para el cirujano. 20 % de lo tabulado para el cirujano. 10% de lo tabulado al cirujano Sólo si el tipo de cirugía lo amerita y a juicio de La Compañía.
Hospital:	Se pagará el 60% de la factura total.

No se cubren los honorarios del instrumentista ni del circulante.

1.9 Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica o de otra cirugía derivada del accidente o enfermedad cubierta se le dará tratamiento, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice dentro de las siguientes veinticuatro horas contadas a partir de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica y ésta haya sido cubierta. **No aplica para enfermedades y/o procedimientos no cubiertos, incluyendo sus complicaciones, ni topados, de acuerdo a Condiciones Generales de esta Póliza.**

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.
Anestesiólogo: Ayudante	30% de lo tabulado para el cirujano. 30% de lo tabulado para
Cardiólogo Intensivista:	el cirujano. 14% de lo tabulado para el cirujano 10% de lo
Técnico de bomba extracorpórea Instrumentista:	tabulado al cirujano 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 Compañía determinará el porcentaje que corresponda por similitud en severidad y gravedad a alguna intervención o servicio especificado en el Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos. El pago que resulte no podrá ser mayor a la Suma Asegurada para honorarios quirúrgicos establecida en la Carátula de la Póliza.

1.14. Pago Máximo. Si la Póliza se contrató con Catálogo de honorarios Médico Quirúrgico, 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, estarán incluidas en el pago de los honorarios quirúrgicos. Incluyendo las consultas subsecuentes, curaciones y retiro de puntos en los 15 (quince) días posteriores a la cirugía.

Cuando se trate de un médico de diferente especialidad y el padecimiento justifique dicha participación, se cubrirá máximo una visita diaria en hospital y hasta dos visitas en terapia intensiva, 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 Compañía ofrece al Asegurado y a sus dependientes, sin costo, una segunda opinión médica emitida por médicos especialistas de la Red Médica y que de ninguna manera participarán en la atención de la enfermedad amparada o accidente cubierto.

Si el Asegurado decide intervenirse a pesar de que la segunda opinión médica haya recomendado o sugerido lo contrario, la Compañía cubrirá los gastos que correspondan a la intervención quirúrgica o tratamientos médicos en los términos de 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 (treinta) días naturales, el gasto cubierto se estipulará con base en el procedimiento ya realizado. **No se realizarán pagos por anticipado que excedan de este lapso de tiempo.**

5. Quedan cubiertos los siguientes gastos, con las limitaciones que se indican:

5.1 **Gastos de Hospital, Sanatorio o Clínica**
Siempre que estén debidamente autorizados por las autoridades correspondientes y certificados por las autoridades sanitarias de su región y de acuerdo con el nivel hospitalario contratado, quedará cubierto 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 y se demuestre fehacientemente mediante el(los) estudio(s) mínimos necesarios el diagnóstico.

No se otorga el servicio de pago directo ni cirugía programada, con prestadores de servicios que no cuenten con un convenio firmado con la Compañía.

5.2 **Gastos de sala de operaciones, recuperación y curaciones**

5.3 **Equipo de anestesia, gases y medicamentos** requeridos por el médico anestesiólogo incluyendo sus honorarios médicos en una intervención quirúrgica cubierta.

5.4 **Honorarios de Enfermera(o) titulada(o) y legalmente autorizada(o) para ejercer su profesión**
Máximo 3 turnos durante 30 (treinta) días por enfermedad o accidente cubiertos con orden del médico tratante, siempre y cuando el diagnóstico lo amerite. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos de la Póliza. **Se excluyen los servicios de enfermería otorgados por cuidadores y/o su equivalente.**

5.5 **Cama extra** para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado permanezca hospitalizado.

5.6. **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 Asegurado Titular de la Póliza.

5.7. **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.

5.8. **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 $2,500.00 (dos mil quinientos) pesos.

5.9. **Consumo de oxígeno**, justificado mediante la receta médica y diagnóstico de la enfermedad que lo amerite.

5.10. **Compra o Renta de aparatos ortopédicos**, 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.

Queda excluida la compra o renta de sillas motorizadas.

5.11. **Ayuda para Gastos de Terapia Física o Rehabilitación**, la Compañía, 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 Compañía cubrirá hasta un máximo de 30 sesiones de terapias físicas por padecimiento.

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

5.12. **Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia, de una enfermedad cubierta.**

5.13. **Aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales y los aparatos o prótesis ortopédicos (chips, tornillos, arandelas, barras estabilizadoras, placas, discos intersomáticos, stent, marcapasos, entre otros),** que se requieran a causa de accidente médicamente comprobable o enfermedad cubierta, se cubrirán por la Compañía hasta un límite del 10% de la suma asegurada contratada, que corresponda al 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 o las recomendadas por disfunción eréctil que no se deriven de una enfermedad cubierta.

5.14. **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 Compañía, 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.**

ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE LA COBERTURA BÁSICA SUJETOS A 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, excepto cuando se trate de una emergencia médica o un accidente, independientemente de sus causas u orígenes; y además, que la vigencia o cobertura de la Póliza sea continua e ininterrumpida.

Se consideran emergencias médicas y/o accidentes, exclusivamente aquellos eventos que cumplan con TODOS los lineamientos especificados para cada una de ellas en el apartado de Definiciones.

NO se consideran accidentes ni emergencias médicas y/o quirúrgicas, aquellas enfermedades y/o eventos que ingresen por el área de urgencias de un hospital o clínica sin tener una justificación médica para su ingreso por este servicio.

Así mismo, la Compañía, se reserva el derecho de solicitar TODA la información médica y/o circunstancial del siniestro, para que sea determinado como Accidente y/o Emergencia Médica y/o Quirúrgica.

NO se consideran Accidentes o Emergencias Médicas, las agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, ni aquellos que hayan sido cubiertos en un inicio como enfermedad.

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) Padecimientos de columna vertebral (cervical, dorsal, lumbar y sacra),
c) Amígdalas y Adenoides,
d) Cualquier padecimiento anorrectal,
e) Prostáticos,
f) Cataratas
g) Cirugía Refractiva
h) Padecimientos de Nariz y Senos Paranasales (En cualquier caso, estos tratamientos quedarán cubiertos hasta por un máximo de 20 UMA mensual, aplicándose en su momento el deducible y coaseguro contratados; este límite incluye complicaciones pre y postquirúrgicas, independientemente del tiempo en que se presenten. Dichos padecimientos no deberán ser de tipo congénito, preexistente, estético o plástico y conforme a las **Exclusiones** de esta Póliza).
i) 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).
j) Enfermedades acidopépticas (gastritis, esofagitis, duodenitis, úlceras, enfermedades gastroesofágicas).
k) Padecimientos de rodilla.

3. Cobertura por SIDA.

La Compañía, 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).

CONDICIONES ESPECIALES A ESTA COBERTURA

a) La suma asegurada contratada o $750,000.00 pesos por persona (Lo que resulte menor)
b) Deducible: 3 UMAM mensual
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 Compañía lo solicite, una prueba de detección con antigüedad menor a 30 (treinta) días naturales.
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 la Unidad de Medida y Actualización mensual, siempre que:
    i. El Asegurado notifique con anticipación de 30 (treinta) días naturales 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 Compañía.
    iii. Envíe los resultados e interpretaciones realizadas y otorgue su autorización para que la Compañía, 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.

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

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

LATINO MÉDICA Zona geográfica o región de cotización Zona I	Parto y Cesárea: Hasta	Aborto: Hasta
50	25.00 UMAM	13.00 UMAM
100	20.00 UMAM	10.00 UMAM
200	15.00 UMAM	7.50 UMAM
300	12.00 UMAM	6.00 UMAM

LATINO MÉDICA Zona geográfica o región de cotización Zona II	Parto y Cesárea: Hasta	Aborto: Hasta
50	17.50 UMAM	9.00 UMAM
100	14.00 UMAM	7.00 UMAM
200	10.50 UMAM	5.25 UMAM
300	8.40 UMAM	4.20 UMAM

4.1. Parto

Mediante esta cobertura la Compañía 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 y zona geográfica contratados.

CONDICIONES ESPECIALES 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 Compañía, 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 Compañía.
d) **No se cubren los gastos de la madre asegurada derivados de tratamientos para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubre ningún gasto de la madre biológica ni de la mujer gestante para el caso de maternidad subrogada**.

4.2. 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 y zona geográfica contratados.

CONDICIONES ESPECIALES 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 Compañía, a la fecha del acontecimiento.
b) No se aplica reconocimiento de antigüedad para estos beneficios.
c) **No se cubren los gastos de la madre asegurada derivados de tratamientos para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubre ningún gasto de la madre biológica ni de la mujer gestante para el caso de maternidad subrogada.**

4.3. Cesárea:

Mediante esta cobertura, la Compañía 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.

CONDICIONES ESPECIALES 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 Compañía, 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 Compañía.
d) No se cubren consultas ni estudios prenatales ni posparto.
e) No se cubren los gastos de la madre asegurada derivados de tratamientos para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubre ningún gasto de la madre biológica ni de la mujer gestante para el caso de maternidad subrogada.

4.4. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

La Compañía, 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

CONDICIONES ESPECIALES 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 Compañía, 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 Compañía.
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 esto casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.
e) No se cubren los gastos de la madre asegurada derivados de tratamientos para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubre ningún gasto de la madre biológica ni de la mujer gestante para el caso de maternidad subrogada.

4.5. Cobertura del Recién Nacido

Aquellos menores gestados y nacidos (durante la vigencia de la Póliza) de la madre asegurada y que ésta 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 Compañía) quedarán Asegurados en la Póliza desde su nacimiento, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez 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 Compañía el nacimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del mismo. Para que aplique el servicio de Pago Directo, el recién nacido deberá estar debidamente dado de alta en la Póliza y su respectiva prima pagada.

CONDICIONES ESPECIALES A ESTA COBERTURA

No quedarán cubiertos los gastos derivados de:

a) Padecimientos congénitos o prematurez, 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 (diagnosticada por un médico legalmente autorizado) excluida en la cobertura de la madre asegurada.
c) No se cubren los gastos de la madre asegurada derivados de tratamientos para reproducción asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. No se cubre ningún gasto de la madre biológica ni de la mujer gestante para el caso de maternidad subrogada.

5. Padecimientos Congénitos, bajo las siguientes condiciones especiales:

5.1. Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza:

Aplica para infantes gestados y nacidos (durante la vigencia de la Póliza) de la madre asegurada y que ésta cumpla con los requisitos de antigüedad aplicables a la cobertura de parto y cesárea y sus complicaciones (10 meses de asegurada en la Compañía), quedarán asegurados en la Póliza desde su nacimiento. No opera el reconocimiento de antigüedad de otras Aseguradoras para este período. Para tal fin, el Asegurado Titular y/o Contratante deberá notificar a la Compañía por escrito, el nacimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales a la fecha del mismo. Para que aplique el servicio de Pago Directo, el recién nacido deberá estar debidamente dado de alta en la Póliza y su respectiva prima pagada.

5.2. Para los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, esta cobertura se garantizará únicamente si consta en la Carátula de la Póliza

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA COBERTURA

- 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 pasado desapercibido al Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la Póliza.
- Que el afectado haya acumulado 2 años de cobertura continua en la Compañía, para lo cual no opera el reconocimiento de antigüedad generado en otras Compañías Aseguradoras.

6. Gastos de tratamiento quirúrgico por circuncisión de nacidos dentro de la vigencia de la Póliza.
Se cubrirá el equivalente de hasta dos UMAM para todo el evento. No aplica deducible ni coaseguro.

COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS

1. Emergencia en el extranjero
Para su aplicación esta cobertura deberá encontrarse expresamente especificada en la Carátula de la Póliza.

Se cubren a todos aquellos Asegurados, que residan permanentemente en México, que se encuentren viajando por motivos ajenos a los relacionados con su salud y con un máximo de 90 (noventa) días naturales contados a partir de la fecha del inicio del viaje, 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 residencia.

Para cubrir los gastos que se reclamen con motivo de esta cobertura, el Asegurado deberá presentar, el(los) Voucher(s) en el(los) que conste el pago por él efectuado, o bien, la copia del estado de cuenta emitido por la Institución Bancaria que corresponda, mediante el cual se demuestre la aplicación de un cargo generado por la atención médica del Asegurado brindada por un proveedor de servicios médicos en el extranjero.

NO se consideran facturas a los estados de cuenta otorgados por el prestador de servicios.

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, así como aquellos padecimientos que hayan sido cubiertos como siniestros por la Póliza.

CONDICIONES ESPECIALES DE ESTA COBERTURA

Quedan expresamente excluidos:
- No procederá el siniestro, cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor de 3 meses en el extranjero.
- Todo tipo de gastos realizados para acompañantes durante la internación del Asegurado en clínicas, sanatorio u hospital.
- Tratamiento de rehabilitación.
- Maternidad y complicaciones del mismo, del parto o del puerperio.
- Los gastos por cuarto y alimentos, quedan limitados como máximo al equivalente a cuarto semiprivado en el lugar de la emergencia.
- 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 vigente al día en que se erogaron los gastos cubiertos, señalado por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, que se publica en el Diario Oficial de la Federación.

Para enfermedad 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.

Para la Cobertura de Emergencia en el Extranjero, aplicarán las siguientes condiciones (para las demás coberturas subsistirán inalterados los términos y condiciones en los que originalmente se expidió la Póliza):

Suma asegurada máxima	50,000.00 dólares de los Estados Unidos de América
Deducible Coaseguro	50 dólares de los Estados Unidos de América El contratado en territorio nacional
Suma asegurada de Honorarios Médico - Quirúrgicos	Con catálogo igual a la contratada en territorio nacional

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

2. Daños psiquiátricos

Para su aplicación esta cobertura deberá encontrarse expresamente especificada en la Carátula de la Póliza.

La Compañía 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 habérsele 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 de denuncia ante el 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 psiquiátrico 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.

El pago de los honorarios del médico psiquiatra y los medicamentos que prescriba, solo se sujetarán al requisito de que el médico de que se trate, cuente con la acreditación de la especialidad en psiquiatría de enlace o bien cuente con la acreditación del Consejo Mexicano de Psiquiatría, salvo cuando el psiquiatra pertenezca a la Red Médica de la Compañía.

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.

3. Ayuda para gastos funerarios familiar

Para su aplicación esta cobertura deberá encontrarse expresamente especificada 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 Compañía 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:

Nivel	Suma Asegurada
LATINO 50	$25,000.00
LATINO 100	$25,000.00
LATINO 200	$20,000.00
LATINO 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:

- 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, se excluye el fallecimiento a consecuencia del suicidio**.

4. Riesgos deportivos

Para su aplicación esta cobertura deberá encontrarse expresamente especificada en la Carátula de la Póliza.

La Compañía cubrirá al Asegurado Titular o dependiente Asegurado en esta Póliza cuyo nombre se especifica en la Carátula de la misma, los gastos médicos y hospitalarios que se eroguen a consecuencia de lesiones que sufra por LA PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE, de acuerdo con las siguientes condiciones:

4.1. Se reembolsarán los gastos que se erogue para la atención médica de cualquiera de los Asegurados en esta Póliza, a consecuencia de lesiones que sufran por la práctica OCASIONAL Y NO PROFESIONAL de cualquier deporte, salvo los mencionados en el apartado EXCLUSIONES.
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.

4.2. Suma Asegurada: Igual a la Póliza básica

4.3. Catálogo de Honorarios Médico - Quirúrgicos: Igual a la Póliza básica

4.4. 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**	**Artes marciales mixtas**
Kick Boxing	**Muay Thai**	**Vuelo Delta**
Lucha libre/Grecorromana	**Montañismo**	**Motociclismo**
Motocross	**Novilleros**	**Paracaidismo**
Parapentismo	**Patinaje en línea**	**Patineta**
Planeadores	**Polo a caballo**	**Rapel**
Rafting	**Rodeo**	**Rugby**
Surf	**Ultra ligeros**	
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 I, II, III y IV o su equivalente, todo tipo de Rally.
Caída libre con liga (Bungee) Espeleología
Megapéndulo Orbitrón Motonáutica Tauromaquia

COBERTURA OPCIONAL, CONTRATADA BAJO CONVENIO ESPECIAL

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

1. DEPORTES PELIGROSOS

Esta Cobertura Opcional si es contratada implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la Carátula de la Póliza.

Se hace constar que mediante la contratación de esta cobertura opcional, la Compañía conviene en cubrir al Asegurado Titular o dependiente Asegurado en esta Póliza cuyo nombre se especifica en el Endoso correspondiente, los gastos médicos y hospitalarios que eroguen a consecuencia de lesiones que sufran por LA PRÁCTICA DEL DEPORTE enunciado en el Endoso, de acuerdo con las siguientes condiciones:

1.1. Se reembolsarán los gastos que erogue(n) el(los) Asegurado(s) descritos en el Endoso, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica del deporte mencionado en el Endoso.

1.2. En el Endoso se especifican las condiciones de cobertura: suma asegurada, catálogo de honorarios Médico Quirúrgicos, deducible, coaseguro.

1.3. EL DEDUCIBLE Y COASEGURO APLICARÁN EN TODOS LOS CASOS.

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta cobertura 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) directamente en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, de no haber sido comunicado previamente a la Compañía para la correcta apreciación del riesgo, según condiciones.

2. AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

Esta Cobertura Opcional si es contratada debe estar especificada 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 residan permanentemente en la República Mexicana. Los gastos erogados fuera de la República Mexicana, se reembolsarán en pesos (Moneda Nacional) al tipo de cambio que haya publicado el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de haberse verificado el pago por los servicios, previa presentación de notas y facturas a la Compañía, a nombre del Asegurado, una vez descontado el deducible y coaseguro correspondiente, según la Carátula y/o Endosos anexos a la Póliza.

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

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

2.1. Las descritas en el apartado de Exclusiones.

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

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

2.4. Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas en las

Condiciones Generales de la Póliza.

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

2.6. La cobertura de esta cláusula se otorga única y exclusivamente durante la vigencia de esta Póliza.

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

2.8. NO se cubren gastos por los cuales NO se presente un Voucher de pago o estado de cuenta bancario que demuestre la aplicación de un cargo por un proveedor de servicios en el extranjero. Es decir, NO se consideran facturas a los estados de cuenta o balances otorgados por el prestador de servicios.

Para la Cobertura de Ampliación de la cobertura en el Extranjero, aplicarán las siguientes condiciones (para las demás coberturas subsistirán inalterados los términos y condiciones en los que originalmente se expidió la Póliza):

Suma Asegurada	Igual a la contratada en el país
Deducible Coaseguro	El deducible básico contratado para territorio nacional incrementado en un 50%.
Suma asegurada de Honorarios Médico - Quirúrgicos	Ocho puntos porcentuales adicionales al contratado en el país Con catálogo igual al contratado en territorio nacional, con máximo de la suma asegurada contratada

3. CONTINUIDAD DE COBERTURA FAMILIAR

Esta Cobertura Opcional~~–~~ si es contrat~~ad~~a implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la Carátula de la Póliza.

Esta cobertura operará de acuerdo con las bases siguientes:

3.1. En caso de que el Asegurado Titular fallezca a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta ocurrida durante la vigencia de la Póliza, sus dependientes económicos que se encuentren cubiertos quedarán Asegurados durante tres años más, a partir de la siguiente renovación y sin pago de primas adicionales por estos tres años.

En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado total y permanentemente a consecuencia de un accidente cubierto o enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia de la Póliza, él y sus dependientes económicos que se encuentren cubiertos quedarán Asegurados durante tres años más, a partir de la siguiente renovación y sin pago de primas adicionales por estos tres años.

Para efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si sufre lesiones corporales a causa de un accidente y/o padece una enfermedad y queda imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación de la que pueda derivar alguna actividad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad haya sido continua durante un período no menor de seis meses.

Se considera también que el Asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si sufre la pérdida

irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, así como la pérdida o anquilosis de ambas manos, ambos pies, un pie y la vista de un ojo; una mano y la vista de un ojo.

Durante el tiempo de cobertura, seguirán vigentes los mismos beneficios que hayan tenido contratado en el momento del fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular.

Causarán baja automática de esta cobertura si, dentro del período señalado en el párrafo anterior, cualquiera de los dependientes:

a) Siendo cónyuge, cumple 65 años de edad
b) Siendo hijo contrae matrimonio, cumple 25 años de edad o recibe ingresos por trabajo personal.

Este beneficio no se otorgará a Asegurados Titulares mayores de 59 años. Exclusiones: Quedan excluidos de la cobertura, los casos en que el Asegurado Titular fallezca o quede inválido total y permanentemente, debido a un padecimiento no cubierto por la Póliza.

Pruebas

Para que la Compañía conceda este beneficio, el Asegurado deberá presentar a la misma, pruebas de su invalidez y de que ésta sea total y permanente; además de someterse a los exámenes que a juicio de un médico evaluador de la Aseguradora considere necesarios para corroborar la invalidez total y permanente. Para aprobar cualquier reclamación la Compañía se reserva igualmente el derecho de exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, sino se ha hecho la anotación respectiva en la Póliza.

4. PREEXISTENCIA DECLARADA

Esta Cobertura Opcional si es contratada implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la Carátula de la Póliza. En caso de contratar este beneficio, La Latinoamericana únicamente cubrirá los gastos derivados de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el Endoso respectivo.

5. ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Esta Cobertura Opcional si es contratada implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la Carátula de la Póliza. En caso de contratar este beneficio, La Latinoamericana únicamente cubrirá los gastos derivados de las enfermedades catastróficas en el extranjero a la contratación de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en el Endoso respectivo.

5.1. Cáncer

La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (salvo exclusiones), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin, caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales.

Limitaciones:
El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad oncólogo o hematólogo subespecialista en oncología, así como presentar los estudios que avalen el diagnóstico ya sean de laboratorio, patología, entre otros.

Exclusiones
- Cáncer de piel.
- Leucemia linfocítica crónica.

5.2. Enfermedades Neurológicas y Cerebro vasculares

a. Neurocirugía

Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intercraneales, la médula espinal y las vértebras y los vasos sanguíneos del cerebro.

Limitaciones y/o Exclusiones:

Esta cirugía deberá ser a consecuencia y/o relacionada únicamente con los padecimientos que se describen en esta sección 5.2 Enfermedades neurológicas y cerebrovasculares.

b. Parálisis

Parálisis total y permanente, producida por accidente o enfermedad. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal por sección medular.

Limitaciones y/o Exclusiones:

No se consideran parálisis parciales independientemente de las causas u orígenes.

c. Enfermedad de Alzheimer

Deterioro de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, puesto de manifiesto por el estado clínico y los cuestionarios estandarizados acerca de la enfermedad de Alzheimer, o de alteraciones orgánicas irreversibles.

Limitaciones y/o Exclusiones:

El diagnóstico deberá ser confirmado clínicamente por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad, avalado por estudios especializados como: potenciales evocados entre otros.

d. Enfermedad de Parkinson

Enfermedad lentamente degenerativa del sistema nervioso central, por pérdida del pigmento contenido en las neuronas cerebrales (sustancia negra). El diagnóstico inequívoco deberá ser hecho por un neurólogo.

Limitaciones y/o Exclusiones:

Para los fines de la cobertura estará condicionada a que:

i. No pueda controlarse con medicación.
ii. Muestre signos de evolución progresiva del daño.
iii. La evaluación de las actividades de la vida diaria confirme la inhabilidad del Asegurado para realizar sin asistencia, tres o más de las siguientes actividades: bañarse, vestirse, ir al baño; salir o entrar en la cama o en una silla, comer.

e. Enfermedad vascular cerebral

Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que dure más de veinticuatro horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneana.

Limitaciones y/o Exclusiones:

La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como máximo seis semanas después del suceso.
No se consideran Isquemias cerebrales transitorias.

f. Esclerosis múltiple

Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple, hecho por un neurólogo, en que el Asegurado deba ser internado en un hospital por esta causa. Deberá haber evidencia de los síntomas característicos de desmielinización, de anormalidades neurológicas persistentes y de deterioro funcional.

Limitaciones y/o Exclusiones:

El diagnóstico deberá confirmarse por estudios de laboratorio y/o gabinete tales como: punción lumbar, respuestas auditivas y visuales evocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central.

5.3. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto).

a. Revascularización coronaria (by pass)

Cirugía para corregir la estenosis u oclusión de las arterias coronarias.

b. Cirugía valvular cardíaca

La realizada por cirugía a corazón abierto para reemplazar o dilatar válvulas cardiacas, por defectos valvulares.

c. Angioplastía por balón

La angioplastía realizada por las técnicas de balón, láser o cualquier otra, para corregir estenosis importantes, cuando menos setenta por ciento (70%) de dos o más arterias coronarias, siempre que haya sido considerada como tratamiento necesario por un médico cardiólogo y se sustenten en estudios que demuestren la obstrucción de las arterias coronarias.

Limitaciones y/o Exclusiones:

Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastía con colocación de stent y sus complicaciones como trombólisis u otras enfermedades con tratamientos similares, así como cualquier tipo de tratamiento que se utilice con fines diagnósticos y no de tipo correctivo o terapéutico.

5.4. Trasplantes únicamente de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón y médula ósea.

a. Trasplante de órganos mayores

Puede ser corazón, pulmón, hígado, riñón y médula ósea, siempre y cuando el órgano del Asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo. La cobertura sólo comprende el transplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de éste.

Limitaciones y/o Exclusiones:

No quedan cubiertos los gastos del donador incluyendo todas las pruebas previas a la cirugía por donación del órgano, ni los gastos hospitalarios ni de honorarios médicos en que incurra el donante, incluyendo secuelas y/o complicaciones.

b. **Insuficiencia Renal crónica**

La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el transplante renal.

Limitaciones y/o Exclusiones

En caso de ser sujeto a trasplante renal, aplican las políticas del párrafo anterior correspondiente a Trasplante de órganos mayores, del numeral 5.4 inciso a. No se cubre gastos médicos del donante y los estudios previos al trasplante tanto del donante como

del donador o donatario.

5.5. Otros

a. Distrofia muscular
Grupo de miopatías genéticas degenerativas, que se caracterizan por debilidad y atrofia muscular, sin participación del sistema nervioso. Los diversos tipos se distinguen por el principio, localización y evolución de la enfermedad.

Exclusiones:
Con relación a este contrato, cualquier distrofia muscular hereditaria deberá ser confirmada por un neurólogo indicando claramente la evolución del padecimiento y pronóstico del mismo.

6. COBERTURA PAGO DE COMPLEMENTOS MÉDICOS

Esta Cobertura Opcional si es contratada implicará un costo adicional al de la cobertura básica y debe estar especificada en la Carátula de la Póliza.

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

Para optar por esta Cobertura es obligatorio haber estado Asegurado en otra u otras empresas Aseguradoras. Asimismo es obligatorio reportar por escrito a la Compañía los padecimientos por los que ya ha habido un reembolso por parte de estas empresas, fechas de ocurrido y montos reclamados. De no existir la notificación por escrito, no procederá el pago de los gastos complementarios, los cuales requieren haber sido reconocidos por la Compañía.
La Compañía especificará los padecimientos amparados para cada Asegurado bajo esta Cobertura Opcional en la Póliza o mediante Endoso y se reserva el derecho de expedir Endosos para excluir determinados padecimientos.

La suma asegurada para los complementos médicos será igual a la suma asegurada que se tuvo en la empresa Aseguradora anterior en la fecha de inicio del evento menos el monto de indemnizaciones pagadas a la fecha de la reclamación de los complementos médicos o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor. Una vez alcanzada la suma asegurada que se contrato en la empresa Aseguradora anterior, cesará la obligación de la Compañía, aún cuando se haya contratado una suma asegurada mayor a la que se tenía contratada en la fecha de inicio del evento.

CONDICIONES Y REQUISITOS PARA EL PAGO DE COMPLEMENTOS

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

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 Compañía:

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.
b) el resumen médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

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

El Asegurado tendrá la opción de acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia, mediante arbitraje médico independiente, en estricto derecho sujetándose a las normas procesales que en dicho procedimiento deben observarse.

La Latinoamericana acepta que si el reclamante acude a esta instancia se compromete a comparecer ante los árbitros que sean designado (s) por ambas partes y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá 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 prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de la Póliza, entendiéndose por padecimientos congénitos aquellos que existen desde que nace el individuo o antes del nacimiento. Estos pueden presentarse sin dar lugar a síntomas o signos aparentes en el nacimiento o manifestarse posteriormente.

1.3. Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, independientemente de sus causas u orígenes.

1.4. Reposición de aparatos 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 Especificación de Coberturas.

3.2. Tratamientos dietéticos, médicos y quirúrgicos por obesidad, anorexia, bulimia, entre otras, así como sus complicaciones.

3.3. Complementos vitamínicos.

3.4. Curas de reposo, check up's, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo, que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio lugar a la reclamación. Así como aquellos estudios que NO demuestren enfermedad existente, es decir, todos aquellos estudios que se reporten con resultado "normal"

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 externos o internos, lentes intraoculares, anillos intraestomales o intracorneales, prótesis auditivas y/o implantes auditivos o auxiliares para mejorar la audición.

3.7. La compra de zapatos y plantillas ortopédicas, aunque sean médicamente necesarios.

3.8. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales o mandibulares y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza y origen. Excepto si fue a causa de un accidente o enfermedad cubierta según lo contemplado en el apartado Especificación de Coberturas.

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 xifósis, 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. Se consideran dentro de este rubro, todos aquellos tratamientos que NO cuenten con el registro correspondiente de las organizaciones sanitarias de la región.

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, de acupuntura u homeopáticos, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.

4.4. Tratamientos naturistas, vegetarianos, de ozonoterapia, por hipnosis y quelaciones, multivitaminicos o suplementos alimenticios independientemente de sus orígenes y consecuencias.

4.5. Tratamientos médicos experimentales o de investigación o no reconocidos por las instancias legalmente autorizadas para practicarse, 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 en la sangre. En todos los casos se 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 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 riñas, en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador. Lo anterior deberá constatarse o descartarse mediante Acta del Ministerio Público.

5.5. Enfermedades, lesiones o padecimientos de cualquier clase resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.

5.6. Lesiones o padecimientos originados por participar en actividades militares o en actos de guerra, rebelión o insurrección o de manera voluntaria en 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. Excepto si se contrató la cobertura opcional de Deportes Peligrosos y se encuentra vigente.

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, debiendo contar la misma con el debido certificado de aeronavegabilidad.

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, CUATRIMOTOS u otros VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR, en VIAJES DE PLACER, en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.

5.12. Lesiones y/o padecimientos que sufra el Asegurado cuando viaje como ocupante en MOTOCICLETAS, MOTONETAS, CUATRIMOTOS u otros VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR, en VIAJES DE PLACER, en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad,

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 períodos de espera.

6.1. Las enfermedades sujetas a período de espera se considerarán excluidas, cuando sean diagnosticadas en dicho periodo al cual estén sujetas.

Una vez que haya transcurrido dicho período de espera, las enfermedades señaladas en los incisos posteriores quedarán cubiertas siempre y cuando no concurran otras exclusiones o limitaciones diferentes.

6.2. Cualquier enfermedad diagnosticada durante los primeros treinta días naturales de la primera vigencia de la Póliza. Esta exclusión no se aplica en las renovaciones.

6.3. Enfermedades Ginecológicas (Endometriosis, útero, ovarios y anexos ginecológicos), insuficiencia de piso perineal, glándulas mamarias, várices e insuficiencia venosa de miembros inferiores, vesícula y vías biliares, litiasis renal y de vías urinarias, cuyos síntomas o signos se presenten o sean diagnosticadas durante el primer año de vigencia de la Póliza.

6.4. Hernias de cualquier tipo y localización (cuando sea en columna vertebral, inclusive extrusión y protrusión), amígdalas y adenoides; cualquier padecimiento anorrectal, prostáticos, cataratas y cirugía refractiva; padecimientos de nariz y senos paranasales, queratotomía 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 (Fórmula I, II, III, IV, serie cart, rally o cualquier otra categoría equivalente en riesgo) en cualquiera de sus modalidades, Bungee, espeleología, megapéndulo, orbitrón, motonáutica, tauromaquia, así como los padecimientos derivados de la práctica profesional de cualquier deporte. Excepto aquellos que pueden ser cubiertos mediante Endoso Especial.

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

RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES

En los términos de esta póliza, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario podrán elegir libre y voluntariamente a los prestadores de servicios que tengan por objeto, brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, mediante pago directo y/o programación de cirugía con prestadores de servicio que tengan convenio con Latino Seguros, o bien, acudir con prestadores que no tengan celebrado un convenio con Latino Seguros, en este último supuesto, Latino Seguros no tendrá responsabilidad profesional, legal o moral que surja de los procedimientos y tratamientos realizados

1. **Obligaciones del Asegurado**

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

2. **Aviso de Siniestro**

(Artículos 66, 67, 68, 69 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Debido a la naturaleza y coberturas de este seguro y con la finalidad de que no exista agravación en el riesgo y la Compañía pueda comprobar oportunamente las circunstancias del siniestro, el Contratante, Asegurado o Reclamante deberá dar aviso por escrito a la Compañía inmediatamente de cualquier accidente. Para enfermedad en ningún momento podrá exceder de 5 (cinco) días naturales, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos para accidente o enfermedad.

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

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

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

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

3. **Cirugía programada, incluyendo la de corta estancia.**

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

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

4. **Pago directo**

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

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

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

No procederá el pago directo cuando el siniestro ocurra durante el período de gracia, así como en los demás casos que así esté establecido en el Contrato de Seguro.

5. En caso de reclamaciones

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

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, por cuenta del reclamante, la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para tal efecto se le proporcionen, así mismo deberá presentar todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos Fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación. **Este trámite deberá realizarlo el reclamante con documentación en original.**

Los formatos de la Compañía se encuentran disponibles y pueden ser consultados en www.latinoseguros.com.mx.

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

- Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.
- Informe del reclamante. Solicitud de reclamación.
- Carta remesa para el pago de reclamaciones de accidentes y enfermedades
- Aviso de accidente o enfermedad. Este documento será contestado en forma completa y con letra legible por el Asegurado o, en caso de estar imposibilitado, por un familiar o por el Asegurado Titular.
- Informe médico. El Asegurado solicitará al (los) médico(s) tratante(s) que haya(n) intervenido en el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación que llenen este documento. Se debe proporcionar un informe por cada médico que haya participado.
- Historia clínica completa.
- El comprobante de la Institución hospitalaria con el nombre completo del paciente y diagnóstico.
- Comprobantes de gastos, éstos deberán reunir los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables.
- Facturas de hospitales, clínicas o sanatorios. La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumplan con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).
- Recibo de Honorarios. Cada recibo por honorarios deberá especificar claramente el concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, entre otro) y el nombre del paciente. Se deberá entregar un recibo por cada consulta realizada.
- Facturas de medicamentos. Todas las facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el (los) médico(s) tratante(s). Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales (salvo el caso que opere lo descrito en el apartado Reclamaciones e indemnizaciones, 2º Otros Seguros).
- Estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- Radiografías, análisis de laboratorio, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios, así como sus interpretaciones.

- Documentación que la Compañía considere necesaria para acreditar la procedencia de la reclamación.

LIMITACIONES

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

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

Reclamaciones Complementarias.
Las reclamaciones complementarias a la inicial deberán ir acompañadas nuevamente por el informe médico (redactado por el médico tratante) y por el informe del reclamante (redactado por este último). Ambos documentos son indispensables para el análisis de dichas reclamaciones complementarias.
La Compañía se reserva el derecho a solicitar algún documento adicional o información sobre los hechos relacionados con el siniestro, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

La Compañía tendrá el derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Reclamante para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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

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

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

7. Base de indemnización
(Artículos 33 y 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)
Las cantidades pagaderas por la Compañía en virtud de este seguro, serán cubiertas dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de la presentación de toda la documentación e información requerida que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

1. En caso de que al ocurrir el siniestro no hubiere sido pagada la prima anual completa, la Compañía tiene derecho a deducir, de la indemnización, el importe faltante de la prima pendiente de pago hasta completar la prima anual correspondiente.

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

3. Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento.

4. **No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado. Las enfermedades que se deriven de su propio tratamiento médico quirúrgico, así como sus recurrencias y/o complicaciones se consideran como una misma enfermedad.**

5. En caso de intervención quirúrgica, dentro de los honorarios estará cubierta una consulta preoperatoria, la intervención y consultas post-operatorias hasta un periodo de 15 (quince) días naturales después de haberse realizado la intervención quirúrgica.

6. Tomando como referencia el pago de los honorarios del médico cirujano, se pagará al primer médico ayudante el 20%; a un solo anestesiólogo, el 30%; y, siempre y cuando la intervención lo justifique, al segundo médico ayudante, el 10%. Quedan excluidos los honorarios de instrumentista.

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

8. 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.

9. En el caso de un politraumatizado, el pago se efectuará de acuerdo con los dos puntos anteriores.

10. Si fuera necesaria otra intervención quirúrgica o re-intervención quirúrgica, se le dará trámite normal como otra afección, siempre y cuando se realice dentro de las 24 (veinticuatro) horas posteriores a la primera intervención quirúrgica.

11. Si la Póliza se encuentra dentro del Periodo de gracia, aplicará únicamente el pago de la reclamación por reembolso.

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

13. La indemnización será cubierta al Asegurado o a quien en derecho corresponda contra la presentación de los comprobantes que la acrediten, en las oficinas generales de la Compañía.

14. En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del Asegurado o de su Representante (Reclamante), la realización del siniestro. El Asegurado o Reclamante deberán requisitar las formas correspondientes que para el efecto le proporcione la Compañía, así como los comprobantes originales de los gastos efectuados. Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante. Los límites establecidos en esta Póliza para el pago de las coberturas se aplicarán por cada accidente o enfermedad siempre que sean diferentes y no tengan relación ni dependencia entre sí.

TODO trámite deberá realizarlo el Asegurado o Reclamante con documentación en original.

15. La Compañía podrá nombrar un supervisor, el cual verificará la identidad del Asegurado, corroborará la enfermedad o lesión del Asegurado que se encuentre internado en el hospital, clínica o sanatorio y comprobará los gastos realizados.

16. Cualquier pago vía reembolso que hubiere de realizar la Compañía en virtud de este seguro, lo hará en sus oficinas, previa solicitud del Asegurado o Reclamante en forma escrita. Este trámite deberá realizarlo el **Asegurado o Reclamante con documentación en original.**

17. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, declaración inexacta o negligenc~~ia~~ en el av~~is~~o por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago, junto con los intereses generados conforme a la tasa promedio alcanzada por la inversión de la reserva de la Compañía.

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

Lo anterior, de acuerdo a lo dispuesto por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en relación a las políticas vigentes para aplicación del Impuesto al Valor Agregado (IVA) en personas morales o físicas.

8. Participación del Asegurado en la reclamación.

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

9. Obligación de la Compañía

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

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

10. Pagos improcedentes

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

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

11. Periodo indemnización

1. En caso de cancelación o no renovación del Seguro

Si el Asegurado cancela la Póliza, los siniestros ocurridos y procedentes durante la vigencia de esta Póliza seguirán siendo cubiertos hasta por 30 (treinta) días naturales, contados desde la fecha del término de vigencia o cancelación de la Póliza.

2. En caso de renovación del Seguro

En caso de renovación ininterrumpida de la Póliza con la Compañía, el periodo de pago de la indemnización, concluirá

con el agotamiento de la suma asegurada para la cobertura de que se trate y que se encuentre establecida en el contrato vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.

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

La Póliza deberá ser renovada en las mismas condiciones o con otras que representen para el Asegurado mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, suma asegurada, tabulador médico y hospitales se refiere.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante opte por modificar las condiciones originalmente contratadas en lo que se refiere a deducible, coaseguro, suma asegurada, honorarios quirúrgicos y nivel hospitalario, se le indemnizará aplicando las condiciones de cobertura, suma asegurada, honorarios quirúrgicos, nivel hospitalario, deducible y coaseguro vigentes al momento de erogarse el primer gasto por la atención del siniestro de que se trate.

12. Interés Moratorio

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

13. Pérdida del Derecho a ser Indemnizado

(Artículos 8, 9, 10, 47, 48, 49, 51, 56, 60, 63, 70 y 77 de la Ley sobre el Contrato de Seguro) Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas:

- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluyan o puedan restringir las obligaciones de la Compañía.
- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación dolo o mala fe del Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos.
- Si se demuestra que el Contratante, Asegurado o Beneficiario o cualquiera de los representantes de éstos con el fin de hacerla incurrir en error, no proporcionan oportunamente la información que la Compañía solicite sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS y LA CIRCULAR UNICA DE SEGUROS Y FIANZAS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución

definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

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

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

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

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

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

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o

custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

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

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

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

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.
Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8

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

Artículo 9

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

Artículo 10

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

Artículo 19

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

ARTÍCULO 21

El contrato de seguro:

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

Artículo 25

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

Artículo 33

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

Artículo 34

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

Artículo 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 41
Será nulo cualquier convenio que pretenda privar de sus efectos a las disposiciones del artículo anterior.

Artículo 47

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

Artículo 48
La empresa Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 49
Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refieran sino a algunas de esas cosas o de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que la empresa Aseguradora las habría Asegurado solas en las mismas condiciones.

Artículo 51
En caso de rescisión unilateral del contrato por las causas a que se refiere el artículo 47 de esta ley, la empresa aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para la empresa, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados. Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, la empresa restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

Artículo 52
El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 56
Cuando la empresa Aseguradora rescinda el contrato por causa de agravación esencial del riesgo, su responsabilidad terminará quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado.

Artículo 60
En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 62.
En el caso del artículo anterior, el contrato subsistirá también si el asegurado paga a la empresa aseguradora las primas mayores que eventualmente le deba conforme a la tarifa respectiva.

Artículo 63.
La empresa aseguradora estará facultada para rescindir el contrato, cuando por hechos del asegurado, se agraven circunstancias esenciales que, por su naturaleza, debieran modificar el riesgo, aunque prácticamente no lleguen a transformarlo.

Artículo 64.

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

Artículo 65.
Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 66.
Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora. Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.

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

Artículo 68
La Latinoamericana quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69
La empresa Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestran que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 72
En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, deberán comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa Aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.
Los requerimientos y comunicaciones que la empresa Aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el Asegurador.

Artículo 76
Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el Asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 77
En ningún caso quedará obligada la empresa, si probase que el siniestro se causó por dolo o mala fe del Asegurado, del beneficiario o de sus respectivos causahabientes.

Artículo 81
Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

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

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

Artículo 82
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo ocurrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 163
El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

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

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

Artículo 172
Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa Aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
II) Si la empresa Aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
III) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y
IV) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa Aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo

con la edad real.

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

Artículo 204
Todas las disposiciones de la presente Ley tendrá el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I) El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
II) Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
III) Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
IV) Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
V) El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68

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

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

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación. La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

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

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisió n Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en

amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes; La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

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

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

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

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

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la

Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

Adicional, al tratarse de una transcripción de artículos y dada la instrucción de la comisión en dicho apartado del oficio, considero pertinente modificar el apartado de CIRCULAR UNICA DE SEGUROS Y FIANZAS para que la disposición se contemple de forma completa:

CIRCULAR UNICA DE SEGUROS Y FIANZAS

1.5.2. Con el propósito de elevar la transparencia hacia el público usuario de estos servicios financieros, las Instituciones deberán apegarse a lo siguiente:

I. Las Instituciones de Seguros deberán incluir en los contratos que celebren, tanto de adhesión como de no-adhesión, el texto de la cláusula que a continuación se indica:

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

Para efectos de dar cumplimiento a lo señalado en esta fracción, tratándose de productos de seguros con temporalidad mayor a un año, las Instituciones de Seguros deberán informar la comisión nivelada anual que corresponda al producto de seguro de que se trate, de conformidad con la nota técnica respectiva, y

II. Las Instituciones autorizadas para operar fianzas deberán incluir en los contratos que celebren el texto de la cláusula que a continuación se indica:

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

Para los efectos de la presente Disposición, se entenderá por comisión o compensación directa, los pagos que correspondan a las personas físicas o morales que participen en la intermediación o que intervengan en la

contratación de un producto de seguro o contrato de fianza, considerados dentro de los costos de adquisición en el diseño del mismo.

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 Fianzas, a partir del día 21 de septiembre de 2026 con el número CNSF-S0013-0401-2026 / CONDUSEF-007406-02, a partir del 08 de enero de 2018 con el número BADI-S0013-0065-2017 / CONDUSEF-G-01845-001, a partir del 30 de abril de 2024 con el número BADI-S0013- 0001-2024 / CONDUSEF-G-01615-001.