



**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL DE
GASTOS MÉDICOS MAYORES “MI DOC ATM”**

ÍNDICE

I. DEFINICIONES	4
Accidente	4
Accidente Cubierto	4
Agravación del Riesgo	4
Asegurado	4
Asegurado Titular	4
Asegurados Dependientes	4
Carátula de Póliza	4
Contrato de Seguro o Póliza	4
Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado)	4
Coaseguro	4
Compañía	4
CONDUSEF	4
Contratante	5
Deducible	5
Endoso	5
Endoprótesis	5
Enfermedad Cubierta	5
Enfermera(o)	5
Exclusiones	5
Fecha de Antigüedad	5
Periodo de Gracia	5
Honorarios Médicos	5
Hospital o Sanatorio	5
Hospitalización	5
Médico Tratante	5
Padecimientos Congénitos	6
Padecimientos Preexistentes	6
Pago Directo	6
Periodo de Espera	6
Periodo de Gracia	6
Práctica Profesional de cualquier Deporte	6
Prótesis	6
RECAS	7
Red de Prestadores de Servicios	7
Reembolso	7
Reinstalación Automática de Suma Asegurada	7
Salud	7
Signo	7
Síntoma	7
Suma Asegurada	7
Tarjeta de Identificación	7
Unidad de Medida y Actualización Mensual	7
Urgencia o Emergencia Médica	7
Vigencia	7
II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	8
Cobertura Básica	8
Beneficios de Fidelidad	12
Coberturas Adicionales	13

a) Eliminación de Deducible por Accidente.....	13
b) Emergencia en el extranjero.....	13
c) Cobertura en el Extranjero.....	14
d) Cobertura Dental.....	15
e) Cobertura Visión.....	15
f) Consultas de Primer Contacto.....	16
g) Medicamentos de Consultas de Primer Contacto.....	16
h) Indemnización por Hospitalización.....	16
i) Indemnización por Enfermedad Terminal.....	17
j) Protección al Infante.....	17
III. EXCLUSIONES.....	17
IV. CLÁUSULAS GENERALES.....	19
1. Objeto del Seguro.....	19
2. Contrato.....	19
3. Periodo de Beneficio.....	19
4. Renovación.....	20
5. Agravación del riesgo.....	20
6. Cancelación.....	20
7. Rehabilitación de la Póliza.....	21
8. Edad.....	21
9. Residencia.....	21
10. Movimientos Asegurados.....	21
11. Prima.....	22
12. Comisiones.....	22
13. Notificaciones y/o Comunicaciones.....	22
14. Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	22
15. Siniestros.....	23
16. Pago de Indemnizaciones.....	23
17. Nivel Hospitalario.....	24
18. Moneda.....	24
19. Subrogación de Derechos.....	24
20. Arbitraje Médico.....	24
21. Prescripción.....	24
22. Competencia.....	25
23. Interés Moratorio.....	25
24. Cambio de Plan.....	26
25. Rectificación de Póliza.....	26

I. DEFINICIONES**Accidente**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica o quirúrgica; **no se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Accidente Cubierto

Accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y cuya primera atención médica ocurra dentro de los 30 días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los 30 días siguientes al accidente se considerará como enfermedad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento.

Agravación del Riesgo

Es cuando por algún cambio de actividad u ocupación se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

Asegurado

Persona física que radica en Territorio Nacional, cubierta por el contrato de seguro. Para efectos de esta póliza, se entenderá como Asegurado, el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

Asegurado Titular

Persona física que radica en Territorio Nacional, quien podrá extender la cobertura del contrato de seguro a su cónyuge o concubina(rio), así como los padres e hijos de ambos siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca.

Asegurados Dependientes

Cónyuge o concubina(rio), así como los padres e hijos del Asegurado Titular y/o del cónyuge o concubina(rio) que radiquen en Territorio Nacional, siempre que hayan sido aceptados por la Compañía y conste por escrito en la póliza.

Carátula de Póliza

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene, entre otros datos, las características del plan contratado, coberturas, vigencia, prima, suma asegurada, deducible y coaseguro.

Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado)

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía para cada uno de éstos a los Prestadores de Servicios Médicos con base a los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos, el cual podrá ser consultado en la página de internet www.sisnova.com.mx.

El plan contratado determinará ese límite máximo de responsabilidad.

Para las coberturas adicionales de Emergencia en el Extranjero y Cobertura en el Extranjero el Gasto Usual y Acostumbrado equivale al costo promedio que resulte de los honorarios regulares de los médicos, especialistas y hospitales que ejercen la medicina en la ciudad, región o país donde se haya generado el gasto.

Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, resultado de aplicar el porcentaje que se señala en la carátula de la póliza sobre los gastos médicos amparados que excedan al deducible contratado.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por Coaseguro, estará indicado en la carátula de la póliza.

Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.

CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y es responsable ante la Compañía del mismo y que tiene como obligación el pago de la prima.

Contrato de Seguro o Póliza

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, las condiciones generales, endosos que se agreguen, así como cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Deducible

Cantidad a cargo del Asegurado, que se señala en la carátula de la póliza el cual se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una sola vez por cada accidente o enfermedad cubierto.

Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro y que prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contradiga.

Endoprótesis

Objetos metálicos o plásticos destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo.

Enfermedad Cubierta

Toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. **No se considerará como enfermedad la provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Enfermera(o)

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos. La enfermera(o) no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

Exclusiones

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza.

Fecha de Antigüedad

Tiempo continuo e ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de gastos médicos mayores en esta u otra aseguradora.

Honorarios Médicos

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados.

Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos o accidentados.

Hospitalización

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, siempre y cuando ésta, sea justificada y comprobable para el padecimiento cubierto.

Médico Tratante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su período de hospitalización o tratamiento.

Padecimientos Congénitos

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

Padecimientos Preexistentes

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la póliza.
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la póliza.
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando 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 solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione a la Compañía la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos que juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° de la 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 o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Pago Directo

Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado, que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales directamente a la Red de Prestadores de Servicios, por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Periodo de Espera

Es el lapso continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado o fecha de reconocimiento de antigüedad, a fin de que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas. No aplica para el caso de accidentes o urgencias médicas.

Periodo de Gracia

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

Práctica Profesional de cualquier Deporte

Significa dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se recibe cualquier tipo de retribución.

Prótesis

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar parcial o totalmente algún órgano o miembro del cuerpo humano, imitando o supliendo la función de dicho miembro u órgano reemplazado.

RECAS

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF.

Red de Prestadores de Servicios

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, servicios de hospitalización, servicios de rehabilitación y apoyos médicos con los que la Compañía mantiene convenio y, que al ser elegidos por el Asegurado brindan servicios de recuperación y rehabilitación de la salud del Asegurado que así lo desee.

Reembolso

Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado, que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales al propio Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios, por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza y hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado.

Reinstalación Automática de Suma Asegurada

Es el derecho en virtud del cual el Asegurado cuenta nuevamente con el total de la suma asegurada contratada para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra, por cada nuevo padecimiento cubierto por la presente póliza. La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cada asegurado, para cubrir nuevos padecimientos.

En ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada para un mismo padecimiento o padecimientos que sean consecuencia de otro ya cubierto.

Salud

Es el bienestar biológico del individuo asegurado por el presente contrato.

Signo

Se dice de cada una de las manifestaciones en una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

Síntoma

Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por cada padecimiento amparado por esta póliza con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dicho padecimiento ocurra durante la vigencia de la misma. La suma asegurada se encontrará estipulada en la carátula de la póliza correspondiente.

Para cada gasto procedente por un mismo padecimiento cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por ese mismo padecimiento nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Tarjeta de Identificación

Documento expedido por la Compañía al Asegurado, indispensable para identificarse para la obtención de los servicios médicos brindados a través de la Red de Prestadores de Servicios y para acreditar su derecho al uso de los mismos.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMA (UMAM), se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través del Diario Oficial de la Federación y puede ser consultada en la siguiente dirección de internet <http://www.inegi.org.mx>.

Urgencia o Emergencia Médica

Se entiende por urgencia o emergencia médica, cualquier accidente o enfermedad inesperada que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o su integridad física y que requiera atención médica inmediata.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de urgencia ya no es requerido, por estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de urgencia.

Vigencia

Período durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza correspondiente.

II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**Gastos Médicos Cubiertos**

Se entenderá por gastos médicos cubiertos, aquéllos en que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana por servicios, material y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta que cuente con un diagnóstico establecido y estudios que lo amparen. Los gastos deben ser por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento y con sujeción a los límites establecidos en la póliza.

Cobertura Básica

Para la cobertura básica aplica deducible y coaseguro contratado, mismo que se especificará en la carátula de la póliza. Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes.

1) Honorarios Quirúrgicos

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares del Asegurado hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias (intrahospitalarias) se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos.

2) Honorarios por Consultas Médicas

En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas hasta el Gasto Usual y Acostumbrado. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

3) Honorarios Anestesiólogo

La Compañía cubrirá los honorarios del anestesiólogo hasta un 30% de los honorarios reconocidos para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

4) Honorarios de Enfermera(o) Fuera del Hospital

La Compañía pagará los honorarios de enfermeras(os) tituladas(os) y legalmente autorizadas(os) para el ejercicio de su profesión, que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, siempre y cuando sea por prescripción del Médico Tratante, cuando sea necesario para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 30 días naturales con un máximo de tres turnos por día, salvo autorización expresa de la Compañía.

La Compañía cubrirá los honorarios de los médicos quiroprácticos y homeópatas titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

- Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada 4 meses. Este informe deberá incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de las terapias o consultas necesarias para su total restablecimiento.
- Para el caso de Quiroprácticos, los gastos erogados a consecuencia de tratamientos cubiertos estarán enfocados únicamente a la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.

6) Gastos Hospitalarios

La Compañía cubrirá el Cuarto Privado Estándar con baño incluyendo alimentos del Asegurado internado así como los gastos erogados por cama extra para el acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en un hospital. Asimismo, cubrirá sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

7) Servicios de Diagnóstico

Se cubren todos los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología y cualquier otro servicio que sea necesario para diagnosticar el estado de salud del Asegurado, derivado de algún accidente o enfermedad cubierto por la presente póliza.

Para los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopía, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas, ecometría de ojo, etc., el Asegurado requerirá autorización de la Compañía, así como orientación acerca de los sitios en que se realizan.

8) Medicamentos

La Compañía cubrirá los medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio. Solamente se cubren las medicinas prescritas por los médicos tratantes y relacionadas con el padecimiento cubierto y que se encuentren autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional; se deberá anexar la receta médica.

9) Transfusiones de Sangre, Aplicación de Plasma, Sueros y Otras Sustancias Semejantes

Quedan cubiertos los gastos por transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, suero y otras sustancias semejantes, así como las pruebas de compatibilidad que correspondan al número de donaciones que reciba el Asegurado.

10) Consumo de Oxígeno

La Compañía cubrirá los gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital.

11) Servicio de Ambulancia Aérea

Si como consecuencia de una urgencia médica por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza, el Asegurado afectado requiere de transportación aérea en territorio nacional para su tratamiento, la Compañía dará la cobertura por este concepto, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos, ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y dicho traslado sea autorizado tanto por el médico tratante como por el médico designado por la Compañía.

12) Servicio de Ambulancia Terrestre

Se cubrirán los traslados en ambulancia terrestre de urgencia del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización o clínica, en caso de que el siniestro sufrido, ya sea accidente o enfermedad, ponga en riesgo la vida del Asegurado. Este servicio requerirá ser coordinado y autorizado por la Compañía.

13) Aparatos Ortopédicos

La Compañía cubre la renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria que derive de una enfermedad o accidente cubierto.

14) Prótesis y Endoprótesis.

Estarán cubiertas las prótesis, cuando así lo requiera el tratamiento del accidente o enfermedad y sean autorizados por la Compañía. La Endoprótesis se cubrirá sólo en los casos en que el tipo de lesión o alteración pongan en peligro la vida o transforme en forma importante la función de un órgano del Asegurado.

Se cubre la reposición de prótesis y endoprótesis si la Compañía hubiere pagado la primera prótesis o endoprótesis a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

En caso de que la Compañía no hubiere pagado la primera prótesis o endoprótesis se cubrirá la reposición de ésta siempre que se cumpla con lo siguiente:

- Hayan transcurrido por lo menos 5 años de la colocación de la prótesis o endoprótesis, y
- El Asegurado cuente con al menos veinticuatro meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía.

En este caso no aplica reconocimiento de antigüedad.

15) Tratamientos de Diálisis**16) Servicios de Terapia**

La Compañía cubrirá las terapias física, radioactiva, quimioterapia y/o fisioterapia cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante. Solo se cubren hasta 30 sesiones de terapia de rehabilitación durante un año póliza. Este periodo se podrá extender por 30 sesiones más, siempre y cuando se encuentre medicamento justificado, y sea autorizado y programado por la Compañía.

17) Franja Fronteriza

Quedan cubiertos los gastos erogados en la Franja Fronteriza, entendiéndose como ésta a la extensión territorial de 20 Km. a partir de la Frontera Mexicana. A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de deducible indicado en la carátula de la póliza y el máximo entre el coaseguro del 20% y el coaseguro contratado. Esta cobertura sólo aplica para las personas que viven y residen en la Franja Fronteriza Mexicana.

18) Terapia Psiquiátricas o Psicológicas

Esta cobertura ampara los honorarios del psiquiatra o psicólogo titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión hasta por un máximo de 20 consultas durante un año póliza, además de los medicamentos recetados por el psiquiatra para el tratamiento terapéutico y de acuerdo a la dosis establecida por el mismo. El Asegurado tendrá derecho a esta cobertura por consecuencia de:

- Habérsele diagnosticado, dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes enfermedades terminales: Cáncer, Enfermedades Cerebrovasculares, Infarto al Miocardio e Insuficiencia Renal.
- Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia de la póliza, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro, violación, así como haber sido víctima de un acto violento.

19) Reconocimiento de Antigüedad

Esta cobertura aplicará en caso de que el Contratante y/o Asegurado acrediten haber estado cubiertos ininterrumpidamente con otra u otras Compañías Aseguradoras en el ramo de Gastos Médicos hasta el momento de la contratación con Servicios Integrales de Salud Nova S.A. de C.V.

Para considerar el reconocimiento de antigüedad, el Asegurado y/o Contratante, deberá comprobar a la Compañía que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en donde haya estado el Asegurado, fue (ron) pagada(s), siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayor a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los padecimientos y tratamientos cubiertos con periodo de espera bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado en forma estricta y sin excepción alguna.

El periodo para el reconocimiento de antigüedad se especificará en la carátula de la póliza

20) Padecimientos Preexistentes Declarados

Esta cobertura cubre los padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado de acuerdo a lo siguiente:

- a) El Asegurado deberá contar con el endoso de preexistencia declarada otorgado al momento de que la Compañía haya aceptado el riesgo.
- b) El padecimiento reclamado como preexistente esté mencionado en el endoso de preexistencia declarada.
- c) El Asegurado no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aun a título gratuito y/o presentados síntomas y/o signos durante el periodo de espera establecido en el endoso de preexistencia declarada

21) Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera

Para la protección de los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá haber cumplido previamente el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente o urgencia médica.

a) Periodo de Espera de 12 meses

- Los tratamientos de litiasis renal y en vías urinarias
- Padecimientos ginecológicos: Se consideran como tales los padecimientos propios de la mujer que presenta cuando no se encuentra embarazada
- Padecimientos de glándulas mamarias
- Insuficiencia de piso perineal
- Endometriosis (no se cubren tratamientos de endometriosis que estén relacionados con la esterilidad)
- Insuficiencia venosa, varicocele y varices de miembros inferiores
- Padecimientos de la vesícula y vías biliares
- Nariz y/ o senos paranasales por enfermedad
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial

b) Periodo de Espera de 24 meses

- Circuncisión: Se cubren los gastos derivados por circuncisión o sus complicaciones, siempre que se demuestre, con una patología, que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo, para los asegurados que cuenten con al menos veinticuatro meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía, y en todos los casos deberá someterse a una segunda opinión médica. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.
- Padecimientos ano rectales y hemorroides
- Tratamiento médico o quirúrgico de amígdalas y adenoides
- Hernias (incluyendo las de disco), eventraciones
- Cataratas: Se considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a 6 meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.
- Hallux Valgus (Juanetes)
- Xifosis, Lordosis, Escoliosis y cualquier padecimiento de la columna vertebral. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.
- Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) siempre que el Asegurado tenga más de 5 dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de paquimetría o topometría corneal. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.

c) Periodo de Espera 36 meses

- Cirugía prostática por enfermedad
- Cirugía de cadera por enfermedad
- Cirugía de rodilla por enfermedad
- Cirugía de hombro por enfermedad

d) Periodo de Espera de 48 meses

- Gastos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). **Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.**

22) Deportes Peligrosos

Por medio de esta cobertura, la Compañía ampara las lesiones originadas por la práctica recreativa y ocasional de las siguientes actividades peligrosas:

- Motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares
 - Box y lucha en cualquiera de sus variaciones
 - Vuelo de ala delta, vuelo de aviones ultraligeros, parapente y paracaidismo
- Para esta cobertura aplica el deducible y coaseguro contratado.

23) Lente Intraocular

Queda amparado el costo del Lente Intraocular por los padecimientos de cataratas una sola vez por ojo.

24) Gastos del Donador de Órganos

Si el asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante definitivo. Quedan expresamente excluidos los gastos de los candidatos a donación.

25) Padecimientos Congénitos

Se cubren los padecimientos congénitos para asegurados no nacidos durante la vigencia de la póliza siempre y cuando la primera manifestación sea después de los cinco años de edad. Para efectos del presente seguro la primera manifestación será cuando la enfermedad sea diagnosticada por primera vez por un médico, o cuando los síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.

26) Maternidad

La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada, que estén relacionados directamente con el evento del parto normal o cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido en la póliza, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 10 meses en forma continua en la póliza al momento del evento final del embarazo (parto o cesárea) y ésta se encuentre vigente. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

Esta cobertura se otorga a las Aseguradas de la póliza entre 15 y 49 años de edad.

Se cubre con periodo de espera de 10 meses:

• **Complicaciones del Embarazo y del Parto:** Se cubre a la Asegurada los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando la Asegurada se embarace durante la vigencia de la póliza, con límite establecido en la póliza y la aplicación del deducible y coaseguro correspondiente:

o Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.

o Los estados de fiebre puerperal.

o Los estados de preeclampsia y toxicosis gravídica.

o Mola Hidatiforme.

o Embarazo anembriónico.

o Placenta Previa

o Atonía Uterina

o Eclampsia

• **Prematuz:** Se cubren los gastos de nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de 10 meses de haberse dado de alta a la madre en la póliza de Gastos Médicos Mayores de la Compañía.

Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en la póliza aplicando el deducible y coaseguro contratado. Se establece una única suma Asegurada aun para el caso de productos múltiples.

• **Padecimientos congénitos:** Se cubren los padecimientos congénitos para Asegurados nacidos durante la vigencia del seguro y dados de alta dentro de los treinta días posteriores al nacimiento, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza de Gastos Médicos Mayores de la Compañía.

• **Legrado no punible:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembriónico, embarazo molar o hiperplasia endometrial. Deberá presentarse estudio histopatológico que justifique estas condiciones.

• **Circuncisión:** Se cubren los gastos erogados por circuncisión y sus complicaciones.

Beneficios de Fidelidad**27) Honorarios de Servicios de Podología**

La Compañía cubrirá los honorarios de profesionales de enfermería especializados en podología que se encuentren titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 36 meses en forma continua en esta póliza. Bajo esta cobertura se incluyen 4 sesiones de quiropedia por año póliza.

28) Planificación Familiar Definitiva

La Compañía cubrirá los gastos de tratamiento quirúrgico de vasectomía y/o salpingoclasia por única ocasión, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 48 meses en forma continua en esta póliza, y sea la primera cirugía en la vida del Asegurado.

29) Cirugía Bariátrica

La Compañía cubrirá los gastos por única ocasión y solo uno de los siguientes procedimientos de cirugía bariátrica, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 60 meses en forma continua en esta póliza.

• Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica)

• Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band)

• Bypass(puente) gástrico

• Switch duodenal

Lo anterior siempre y cuando, el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos:

- Tenga más de 40% de índice de masa corporal (IMC)
- Sea diagnosticado con obesidad mórbida y/o diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y/o discapacidad grave y minusvalía a causa del exceso de peso
- Cumplir con el protocolo de cirugía bariátrica el cual consta del consentimiento médico de las siguientes especialidades: endocrinólogo, cirujano bariátrico, nutriólogo, psiquiatra y terapeuta física.
- Sea la primera cirugía bariátrica en la vida del Asegurado

30) Ayuda de Tratamientos Estéticos Quirúrgicos

Por medio de esta cobertura, la Compañía brindará por única ocasión al Asegurado una ayuda hasta por el 25% del costo del procedimiento estético quirúrgico que el Asegurado se practique, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 72 meses en forma continua en esta póliza. Asimismo, mediante este beneficio el asegurado gozará de los precios preferenciales convenidos con la Red de Prestadores de Servicios.

Lo anterior aplica siempre y cuando el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos:

- Sea menor de 65 años
- Sea el primer tratamiento estético quirúrgico en la vida del Asegurado
- Se practique con un médico de la Red de Prestadores de Servicios, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y que cuente con la certificación vigente ante el consejo de la especialidad correspondiente.

Coberturas Adicionales**a) Eliminación de Deducible por Accidente**

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía exenta al Asegurado del pago del Deducible contratado en caso de un accidente cubierto, siempre y cuando el monto total de los gastos cubiertos sea superior a \$3,000 (tres mil pesos 00/100 M.N.).

b) Emergencia en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, se cubre la urgencia médica real al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánica funcional súbita, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Se entenderá por Enfermedad Aguda y/o urgencia médica, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiese interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 60 días.

Esta cobertura dejará de surtir efecto en el momento en que el estado de salud del paciente se reporte como estable y pueda ser trasladado para continuar su tratamiento dentro de la República Mexicana.

Alcance de la cobertura

Suma Asegurada: \$300,000 USD*

Deducible: \$50 USD* de la Suma Asegurada contratada

*USD: Dólares americanos

En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una urgencia, deberá solicitar la autorización de la Compañía telefónicamente, al Centro de Atención Telefónica, para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al Centro de Atención Telefónica dentro de las 24 horas de producido el evento, a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Los gastos por concepto de cuarto y alimento del hospital o sanatorio, se limitarán al costo correspondiente a cuarto semi-privado. La Suma Asegurada que corresponde a la presente cobertura es independiente de la contratada en la protección básica y será efectiva durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones Particulares de la Cobertura de Emergencia en el Extranjero:

- 1. Traslados debido a lesiones y/o enfermedades leves tales como gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etcétera, que no puedan ser consideradas como una enfermedad aguda y/o urgencia médica en los términos definidos.**
- 2. Todo gasto erogado por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo, cuando se tenga más de 5 meses de gestación.**
- 3. Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**
- 4. Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador; lesiones sufridas como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval, o policíaco; o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones; o a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole.**
- 5. Incidentes que involucren el uso de drogas, a no ser que sean recetadas por un médico.**
- 6. Situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que impidan acceder a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia.**
- 7. Emergencias que se presenten después de 60 días de iniciado el viaje.**
- 8. Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleve a cabo en el extranjero.**
- 9. Servicios de enfermera(o) fuera del hospital.**
- 10. Tratamientos de rehabilitación.**
- 11. Padecimientos preexistentes.**
- 12. Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia Médica.**

c) Cobertura en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios erogados fuera de la República Mexicana por accidente o enfermedad cubierto, 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.

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

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA EN EL EXTRANJERO

- 1. Las descritas en el apartado de Exclusiones.**
- 2. Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 3. Quedan expresamente excluidos todo tipo de gastos realizados por acompañantes durante la internación del Asegurado en hospital o sanatorio.**
- 4. Maternidad y las complicaciones del parto o puerperio, salvo las mencionadas.**
- 5. 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 esta cobertura, 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 territorio nacional
Deducible	El deducible básico contratado para territorio nacional incrementado en un 50%
Coaseguro	Ocho puntos porcentuales adicionales al contratado en el país

d) Cobertura Dental

La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios dentales:

Beneficio dental	Descripción del Procedimiento	Limitación por Procedimiento
Urgencias Dentales*	Asesoría telefónica las veinticuatro (24) horas.	Solo por Urgencia.
	Consulta de paciente por Urgencia dental	Solo por Urgencia.
	Curaciones y sedantes temporales.	Solo por Urgencia.
	Pulpotomía terapéutica (remoción de pulpa coronaria hasta la unión denticemental y aplicación de medicamento), no incluye la restauración final	Solo por Urgencia.
	Extracción de restos coroneles - dientes deciduos.	Solo por Urgencia.
	Extracción de diente (temporal o permanente) o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).	Solo por Urgencia.
	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento.	Solo por Urgencia.
	Incisión y drenaje de abscesos (tejido blanco intraoral, realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).	Solo por Urgencia.
	Recubrimiento pulpar directo o indirecto, no incluye la restauración final.	Solo por Urgencia.
	Recementación de coronas, puentes, incrustaciones y onlays.	Solo por Urgencia.
Evaluación Oral.		Una en doce meses.
Profilaxis (Limpieza).		Una en doce meses.
3 Restauraciones con Amalgama o Resina.		Tres en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos (de acuerdo con la opción elegida).
2 Radiografías Intraoral - peripical o Aleta de mordida.		Dos radiografías en doce meses, cualquier combinación de los procedimientos cubiertos de acuerdo con la opción elegida.
Límite Anual		\$10,000
Coaseguro a cargo del Asegurado		20%

***Definición de Urgencia Dental:** Aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

e) Cobertura Visión

La Compañía a través del Prestador de Servicios de Visión que se establece en la póliza, se obliga a prestar los siguientes servicios de visión:

Exámen de la vista.	Cubierto para prescripción de anteojos.
Estuche Duro y Microfibra.	Incluido por Armazón.
Solución para Lentes de Contacto (una vez durante la vigencia de la póliza).	Incluido.
Anteojos Completos (armazón y Lentes graduados)	Un par durante la vigencia de la Póliza hasta el Límite Anual, si por prescripción son necesarios (no cosméticos)
Lentes de contacto graduados.	Lentes de contacto de cambio frecuente, se podrá obtener la dotación equivalente a un año, hasta el Límite Anual Contratado, si por prescripción son necesarios (no cosméticos).
Límite Anual de Armazón y lentes graduados, no cosméticos.	\$600
Límite Anual de lentes de contacto, no cosméticos.	\$600
Deducible.	\$50

f) Consultas de Primer Contacto

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, se cubre el servicio de consultas médicas de primer contacto, las cuales se listan a continuación:

- Medicina General
- Medicina Familiar
- Medicina Interna
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia

El Asegurado deberá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios, en el entendido de que el propósito de esta Red sólo tiene efectos para el pago directo a dichos prestadores de servicios. El número de consultas amparado estará indicado en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

g) Medicamentos de Consultas de Primer Contacto

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, se cubren los medicamentos hasta por el límite de suma asegurada contratada, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos mediante receta por el Médico Tratante de Primer Contacto y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.

La receta podrá canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a su expedición.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

h) Indemnización por Hospitalización

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía pagará al Asegurado, una indemnización por hospitalización de conformidad con lo señalado en el endoso respectivo, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado cuando menos dos días completos de manera continua e ininterrumpida, por prescripción médica a causa de un accidente o enfermedad cubierto. Esta cobertura es adicional e independiente a cualquier otra cobertura que ampare al Asegurado. La cobertura de esta póliza se otorga una sola vez durante la vigencia de la misma, es decir, se cubre el primer evento reportado por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado se encuentre hospitalizado y fallezca durante la hospitalización y tenga derecho a la indemnización conforme a lo estipulado en el párrafo anterior, ésta se pagará al(os) beneficiario(s) designado(s) por éste.

Si no se hubiera hecho designación de beneficiario(s), la indemnización corresponderá a la sucesión legal del Asegurado.

En el momento del pago de la indemnización se dará por terminada la cobertura para el Asegurado correspondiente.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

i) Indemnización por Enfermedad Terminal

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía cubrirá una indemnización en caso de que se le dictamine al Asegurado Titular una Enfermedad Terminal dentro de la vigencia de la póliza, de conformidad con lo señalado en el endoso respectivo.

Se entenderá por Enfermedad Terminal lo siguiente:

Cuando la enfermedad sea incurable y lleve irremediablemente a la muerte, y no exista para la misma, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativos, que permita una supervivencia superior a los 90 días.

En el momento del pago de la indemnización se dará por terminada la cobertura para el Asegurado Titular.

La suma asegurada estará indicada en la carátula de la póliza. Para esta cobertura no aplica deducible ni coaseguro.

j) Protección al Infante

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificado en la carátula de la póliza, la Compañía eximirá del pago de la prima de la cobertura básica, por el periodo comprendido entre la fecha de alta y la fecha de renovación próxima inmediata de la póliza, al hijo del Asegurado que nazca dentro de la vigencia de la póliza y que la madre tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua e ininterrumpida en la póliza de Gastos Médicos Mayores de la Compañía, con el plan al momento del nacimiento.

III. EXCLUSIONES

- 1. Padecimientos Preexistentes, salvo los declarados en el Endoso de Preexistencia Declarada.**
- 2. Cualquier enfermedad cuyo primer gasto se presente dentro de los primeros treinta días de vigencia de la póliza, salvo los casos de urgencias médicas de enfermedades no preexistentes, así como accidentes. Esta exclusión no aplica para renovaciones o para pólizas que cuenten con reconocimiento de antigüedad.**
- 3. Padecimientos congénitos de cualquier tipo y Prematurez, salvo los especificados en el inciso 25) Padecimientos Congénitos e inciso 26) Maternidad de la cobertura básica.**
- 4. Tratamientos de fertilidad o esterilidad, y embarazos múltiples a consecuencia de éstos, salvo los especificados en el inciso 28) Planificación Familiar Definitiva de los beneficios de fidelidad de la cobertura básica.**
- 5. Gastos originados por el embarazo de una Asegurada, por la atención del parto, cesárea, o algún otro servicio que tenga relación con esta atención, cuando la Asegurada tenga una antigüedad menor a 10 meses en la póliza, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica al hijo(a) de ésta.**
- 6. Abortos punibles.**
- 7. Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**
- 8. Cualquier tipo de Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia, Ortopedia Dental y Guardas Oclusales.**
- 9. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura adicional de visión.**
- 10. Estudios de gabinete para tratamientos de Ortodoncia.**
- 11. Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.**
- 12. Terapia de lenguaje y de voz de cualquier tipo.**

13. Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.
14. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
15. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso, salvo lo especificado en el inciso 29) Cirugía Bariátrica de los beneficios de fidelidad de la cobertura básica.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
17. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, quiroprácticos, naturistas, homeópatas y vegetarianos o cualquier tipo de medicina alternativa salvo lo estipulado en el inciso 5) Honorarios de Quiroprácticos y Homeópatas de la cobertura básica.
18. Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.
19. La compra y/o renta de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, así como cualquier tipo de órtesis similar.
20. Procedimiento de diagnóstico o tratamiento del Síndrome de Fatiga Crónica.
21. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de su prescripción.
22. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula, maxilar o articulación temporomandibular, incluyendo síndrome de A.T.M., desórdenes cráneo mandibulares, así como todo tipo de cirugía ortognática, malformaciones del desarrollo de los maxilares, como son la laterognacia, protusión, hipoplasia maxilar o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
23. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.
24. Tratamientos y/o medicamentos para Síndrome de Talla Baja.
25. Tratamientos y/o medicamentos para Disfunción Eréctil y Eyaculación Precoz.
26. Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar Acné.
27. Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubiera prescrito o seguido, y aquéllas que, por su naturaleza, se consideren experimentales.
28. Tratamientos Psiquiátricos o Psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos del sueño, la conducta y el aprendizaje salvo los mencionados en el inciso 18) Terapia Psiquiátrica o Psicológica de la cobertura básica.
29. Adquisición de aparatos auditivos.
30. Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el inciso 21) Padecimientos y Tratamientos Cubiertos con Periodo de Espera de la cobertura básica.
31. No se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación, cesárea o parto, como son: consultas, ultrasonidos, exámenes de laboratorio y/o gabinete.
32. No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).
33. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos como “check up”
34. Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- 35. Revestimiento de una esterilización, cambio o transformación de sexo, infertilidad o inseminación artificial.**
- 36. Los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, cremas, jabones, etc. Así como renta de películas, estacionamiento, habitaciones diferentes a las indicadas en este documento.**
- 37. Artículos de curación, fuera del hospital tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas.**
- 38. Equipo de riñón artificial para uso personal.**
- 39. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.**
- 40. Atención médica en el extranjero, salvo que se contrate la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero y/o Cobertura en el Extranjero.**

Esta póliza no cubre gastos médicos en que el Asegurado incurra por accidentes o enfermedades a consecuencia de:

- 41. Prestar servicio militar o participar en actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- 42. Delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.**
- 43. Participar como piloto o copiloto, ayudante o pasajero, en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.**
- 44. Práctica profesional de cualquier deporte.**
- 45. Epidemias declaradas oficialmente.**
- 46. Radiación, reacción atómica o contaminación radiactiva.**

IV. CLÁUSULAS GENERALES

1. Objeto del Seguro

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico, el Asegurado incurre en cualesquiera de los gastos cubiertos por la póliza, la Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la suma asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la carátula de la póliza, así como a las condiciones generales, endosos y cláusulas adicionales, siempre y cuando ocurra durante el periodo de cobertura del Asegurado y la póliza se encuentre en vigor al momento del accidente y/o enfermedad, finalizando la obligación según lo indicado en la cláusula Periodo de Beneficio.

2. Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, los cuestionarios para la evaluación del riesgo en su caso, las condiciones generales, la carátula de la póliza y los endosos adicionales en su caso, constituyen testimonio del contrato de seguro.

Los endosos se expedirán en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación o residencia u otra circunstancia que lo amerite.

3. Periodo de Beneficio

La Compañía pagará los gastos por cada accidente, enfermedad o padecimiento cubierto, ocurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud del asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a) El agotamiento de la suma asegurada.
- b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de la misma. Si el asegurado renueva su póliza de seguro de gastos médicos individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza o solicita un cambio de plan o cambio de producto y éste es aceptado por la Compañía, el periodo de beneficio aplicará en los términos establecidos en esta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra el accidente, enfermedad o padecimiento dentro de la cobertura básica.
- c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del accidente, enfermedad o padecimiento que haya afectado al asegurado.
- d) En caso de cancelación del contrato de seguro, los gastos incurridos hasta 10 (diez) días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato de seguro.

4. Renovación

El Contratante o Asegurado Titular podrá renovar su contrato de seguro cada año, salvo que el Asegurado notifique su voluntad de no renovarlo, por escrito, cuando menos con veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La renovación de la póliza se hará de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes ofreciendo condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas. Si el Contratante o Asegurado Titular no solicitó a la Compañía un cambio de Plan o cambio de producto la renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- No implicará modificación de los periodos de espera
- No implicará modificación en los límites de las edades de aceptación

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, es decir, no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro.

En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

Por lo anterior, la Compañía dará a conocer al Asegurado, con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación, los valores de la prima, deducible y coaseguros aplicables.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

5. Agravación del riesgo

El contratante deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, derivado de la nueva ocupación o actividad de alguno de sus asegurados.

La Compañía analizará el nuevo riesgo y en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o actividades derivadas del nuevo riesgo.

Si el contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, la Compañía no tendrá que cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

6. Cancelación

La póliza se cancelará automáticamente cesando cualquier derecho y obligación si una vez transcurridos treinta días naturales a partir del inicio de vigencia de la póliza o de la parcialidad correspondiente, no se recibió el pago de la prima.

El Asegurado se obliga a reembolsar a la Compañía todos los servicios que se le hubieren otorgado en el periodo de gracia, salvo que proceda la rehabilitación de su póliza.

En caso de baja o cancelación voluntaria de la Póliza por parte del Contratante, él mismo deberá de dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación. La Compañía estará obligada a devolver la diferencia entre la prima no devengada y los gastos de adquisición correspondientes dentro de los 10 días hábiles posteriores a haber recibido el aviso de cancelación voluntaria, a través de transferencia a la cuenta proporcionada en dicho aviso por el mismo Asegurado o cheque.

7. Rehabilitación de la Póliza

En el caso que este contrato de seguro se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación por escrito dentro de los 30 (treinta) días siguientes al término del periodo de gracia, debiendo pagar la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y rehabilitación vigentes.

En ningún caso la Compañía cubrirá siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la póliza, así como accidentes, enfermedades o padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

8. Edad

Los límites de edad de aceptación para nuevos Asegurados son hasta los 64 años. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza. Para este contrato de seguro no existe un límite de edad para la renovación.

La Compañía podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: Acta de nacimiento, pasaporte o credencial de elector. La Compañía anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si la edad declarada sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante la diferencia entre la Prima Pagada y los gastos de adquisición de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado.

b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, la Compañía devolverá al Contratante 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 posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

e) En caso de que la Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

9. Residencia

Para efectos de esta Póliza solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales al cambio de residencia del Asegurado.

Si el Asegurado no da aviso por escrito a la Compañía, ésta no tendrá obligación de proporcionar coberturas, ni cubrir gastos por reclamaciones que se presenten.

10. Movimiento de Asegurados

Altas: Sólo se cubrirán sin necesidad de pruebas médicas, a los hijos del Asegurado que nazcan dentro de la vigencia de la póliza y que la madre tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua o desde la última rehabilitación, con el plan al momento del nacimiento y el trámite se realice en los primeros 30 días naturales. Si no se cumplen todos los requisitos anteriores, la aceptación del nuevo Asegurado estará sujeta a la aprobación por parte de la Compañía. Para dar de alta a otros Asegurados es necesario presentar la solicitud de Póliza, Cuestionario de Selección Médica, así como toda la documentación que la Compañía requiera.

La aceptación estará sujeta a aprobación de la Compañía. En el caso de recién nacidos, se debe anexar copia del acta de nacimiento respectiva. Si la Compañía acepta incluir al nuevo Asegurado, para realizar el alta deberá pagarse la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 11 Prima.

Bajas: En caso de bajas de Asegurados, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad o renovación. La Compañía estará obligada a devolver la diferencia entre la Prima no devengada y los gastos de adquisición correspondientes.

11. Prima

Importe: El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las correspondientes a todos los integrantes de la póliza. Éstas se calcularán de acuerdo al procedimiento contenido en la tarifa que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Pago: El Contratante deberá pagar al inicio del periodo de acuerdo a la periodicidad de pago seleccionada, debiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía a cambio de un recibo oficial expedido por ésta. Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, etc. El estado de cuenta o recibo en donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago, por lo que es obligación del contratante verificar en sus estados de cuenta la realización de los cargos de acuerdo con la periodicidad contratada. En caso de que por causas imputables al Asegurado, no pueda efectuarse el cargo, aplicará la cláusula de cancelación.

La cancelación de la autorización de los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito con firma del Contratante de la póliza y de acuerdo con las políticas de pago establecidas por la Compañía.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. El pago de prima deberá cubrir el periodo correspondiente a la periodicidad de pago seleccionada.

El Contratante podrá optar por el pago de la prima en forma mensual, trimestral, semestral o anual. En caso de optar por una periodicidad de pago diferente a la anual, se aplicará el recargo por pago fraccionado que corresponda al momento de la celebración del contrato y que estará estipulado en la carátula de la póliza.

Vencimiento: La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada periodo de seguro pactado. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Periodo de Gracia: A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro horas del último día de este plazo.

12. Comisiones

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 de seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

13. Notificaciones y/o Comunicaciones

Toda comunicación entre la Compañía, el Asegurado y/o el Contratante deberá hacerse por escrito a los domicilios señalados en la carátula de la póliza. El Contratante o Asegurado Titular deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la póliza. Las notificaciones que la Compañía haga al Contratante o Asegurado Titular, se dirigirán al domicilio que éste haya proporcionado por escrito a la Compañía.

14. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y los Asegurados 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, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

De acuerdo al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a la Compañía para rescindir de pleno derecho la póliza, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante y/o Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

15. Siniestros

Pagos improcedentes: Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Pagos por reembolso: La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica o bien si tomo la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios.

En obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación de los gastos efectuados quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

I. Aviso de Accidente o Enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado de la póliza.

II. Informe Médico: El documento será requisitado por el(los) médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

III. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

IV. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas y demás elementos probatorios.

V. Las facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el médico tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.) o en su defecto a nombre del Contratante y/o Asegurado Titular.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el análisis de dichos complementos.

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras(o) titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

No se hará, por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración. El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el Gasto Usual y Acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios. La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza.

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

16. Pago de Indemnizaciones

Siempre y cuando los gastos médicos rebasen el Deducible contratado, la cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo padecimiento, ajustándolos a los límites y condiciones establecidas en el contrato de seguro.

b) A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro, de acuerdo con el porcentaje y coaseguro máximo establecido en la carátula de la póliza.

c) El Deducible, Coaseguro así como sus límites citados en el contrato de seguro se aplicarán para cada accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.

d) La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda el monto que proceda, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se reciba todas las pruebas y documentos completos requeridos para fundamentar la reclamación.

17. Nivel Hospitalario

Este producto se basa en un esquema hospitalario de diferentes niveles. El nivel hospitalario contratado para la póliza se encuentra indicado en la carátula de la misma.

En caso de que el Asegurado sea atendido en un hospital de nivel distinto al contratado, el coaseguro de los gastos hospitalarios se modificará de la siguiente manera:

- Si el hospital tiene un nivel menor al contratado, el coaseguro disminuirá 10 puntos porcentuales por cada nivel del coaseguro contratado.
- Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado, el coaseguro se incrementará en 25 puntos porcentuales por cada nivel del coaseguro contratado.

En caso de existir una cantidad máxima a pagar por coaseguro, esta se eliminará en el momento en que el Asegurado se atienda en un hospital de nivel mayor al contratado. Por lo tanto se aplicará el coaseguro contratado en la póliza.

18. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

19. Subrogación de Derechos

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pactada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado, la Compañía podrá liberarse en todo o parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación, no procederá en caso de que el Asegurado o Beneficiario tenga 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.

20. Arbitraje Médico

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía, quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el asegurado.

21. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos 2 (dos) años, 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

22. Competencia

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 BIS y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

23. Interés Moratorio

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas , el cual prevé lo siguiente:

“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 efectúa 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.”

24. Cambio de Plan.

Cuando el Contratante o el Asegurado cambien de plan, los beneficios adquiridos por antigüedad del Asegurado indicados en esta póliza, no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

25. Rectificación de Póliza.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) 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.

“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 15 de junio de 2018, con el número CNSF-H0711-0009-2018.”

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico atencionclientes@sisnova.com.mx, o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 19:00 horas.

Las referencias a las disposiciones legales citadas en las condiciones generales puede consultarlas en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de CONDUSEF en RECAS CONDUSEF-003202-01.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, www.condusef.gob.mx, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.