



**CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL/FAMILIAR
DE GASTOS MÉDICOS MAYORES MÍ DOC DEDUCIBLE**

ÍNDICE

| | |
|--|----------|
| I. DEFINICIONES | 3 |
| Accidente | 3 |
| Accidente Cubierto | 3 |
| Agravación del Riesgo | 3 |
| Aseguradora Primaria | 3 |
| Asegurado | 3 |
| Asegurado Titular | 3 |
| Asegurados Dependientes | 3 |
| Carátula de Póliza | 3 |
| Contrato de Seguro o Póliza | 3 |
| Coaseguro | 4 |
| Compañía | 4 |
| CONDUSEF | 4 |
| Contratante | 4 |
| Deducible | 4 |
| Endoso | 4 |
| Enfermedad Cubierta | 4 |
| Exclusiones | 4 |
| Padecimientos Preexistentes | 4 |
| Periodo de Gracia | 5 |
| Póliza Primaria | 5 |
| RECAS | 5 |
| Reinstalación Automática de Suma Asegurada | 5 |
| Suma Asegurada | 5 |
| Urgencia Médica | 5 |
| Vigencia | 5 |
| II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS | 6 |
| Cobertura Básica | 6 |
| Coberturas Adicionales | 6 |
| a) Emergencia en el Extranjero | 6 |
| b) Cobertura en el Extranjero | 6 |
| III. EXCLUSIONES | 6 |
| IV. CLÁUSULAS GENERALES | 7 |
| 1. Objeto del Seguro | 7 |
| 2. Contrato | 7 |
| 3. Renovación | 7 |
| 4. Agravación del riesgo | 7 |
| 5. Cancelación | 7 |
| 6. Rehabilitación de la Póliza | 8 |
| 7. Edad | 8 |
| 8. Residencia | 8 |
| 9. Movimiento de Asegurados | 8 |
| 10. Prima | 9 |
| 11. Comisiones | 9 |
| 12. Notificaciones y/o Comunicaciones | 9 |
| 13. Omisiones o Inexactas Declaraciones | 10 |
| 14. Siniestros | 10 |

| | |
|----------------------------------|----|
| 15. Pago de Indemnizaciones..... | 10 |
| 16. Moneda..... | 10 |
| 17. Subrogación de Derechos..... | 10 |
| 18. Arbitraje Médico..... | 10 |
| 19. Prescripción..... | 11 |
| 20. Competencia..... | 11 |
| 21. Interés Moratorio..... | 11 |
| 22. Rectificación de Póliza..... | 13 |

I. DEFINICIONES

Para efectos de este contrato se entenderá:

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 ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y que, por cumplir con las condiciones establecidas en la póliza primaria, haya sido dictaminado como procedente por la Aseguradora Primaria.

Agravación del Riesgo

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

Aseguradora Primaria

Compañía de Seguros legalmente autorizada para operar en la República Mexicana en la cual el Asegurado mantiene vigente una póliza de gastos médicos (póliza primaria).

Asegurado

Persona física que radica en Territorio Nacional, cubierta por el contrato del seguro primario y por ende por este seguro. Para efectos de esta póliza, se entenderá como Asegurado, el Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados Dependientes.

Asegurado Titular

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

Asegurados Dependientes

Cónyuge o concubina(rio), así como los hijos del Asegurado Titular y/o del cónyuge o concubina(rio) y los padres del Asegurado Titular, 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 y coaseguro, así como las características del plan de la póliza primaria.

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, los 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.

Coaseguro

Cantidad a cargo del Asegurado, resultado de aplicar el porcentaje que se señala en la carátula de la póliza sobre la suma asegurada de esta 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.

Deducible

Es la cantidad a cargo del Asegurado y que se señala en la carátula de la póliza primaria, la cual se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de un siniestro procedente, en los términos de dicha póliza primaria, y que, para efectos de este seguro, corresponderá a la Suma Asegurada de esta póliza.

Endoso

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

Enfermedad Cubierta

Toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, que se origine dentro de la vigencia de esta póliza y que, por cumplir con las condiciones requeridas en la póliza primaria, haya sido dictaminada como procedente por la aseguradora primaria.

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.**

Exclusiones

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

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 esta póliza.
- Aquellos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de esta póliza.
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de esta 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 en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

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 solicitar al Asegurado 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 la 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.

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.

Póliza Primaria

Póliza de seguro de gastos médicos que el Asegurado mantiene vigente con otra aseguradora (aseguradora primaria) legalmente autorizada para operar en la República Mexicana, cuyo deducible constituirá la suma asegurada de este seguro.

RECAS

Registro de contratos de adhesión de seguros en CONDUSEF.

Reinstalación Automática de Suma Asegurada

Es el derecho en virtud del cual el Asegurado cuenta nuevamente con el total de la suma asegurada contratada, por cada nuevo padecimiento cubierto por la presente póliza. La suma asegurada se reinstalará automáticamente, para cada asegurado, para cubrir el deducible aplicable a nuevos padecimientos.

En ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada para cubrir el deducible de un mismo padecimiento.

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 esta póliza. La suma asegurada contratada, la cual corresponde al deducible de la póliza primaria, se encontrará estipulada en la carátula de la póliza.

Urgencia Médica

Es toda situación que ponga en peligro la vida del Asegurado o de alguno de sus órganos o de su integridad física y requiera atención médica inmediata.

Vigencia

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

II. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**Cobertura Básica**

Este seguro cubrirá el importe del deducible erogado en la póliza primaria, por los gastos médicos en que incurra el Asegurado a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubiertos, hasta por el límite de la suma asegurada contratada para esta póliza, misma que estará estipulada en la carátula de la póliza. Lo anterior, siempre y cuando los gastos médicos en que incurra el asegurado sean superiores o iguales al deducible contratado en la póliza primaria.

Se entenderá por gastos médicos cubiertos, aquéllos que deriven de un accidente y/o enfermedad ocurridos dentro de la vigencia de esta póliza y hayan sido dictaminados como procedentes para su pago por la póliza primaria del Asegurado, con sujeción a los límites establecidos en la presente póliza.

El coaseguro de esta cobertura se encontrará señalado en la carátula de la póliza,

Coberturas Adicionales**a) Emergencia en el Extranjero**

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía cubrirá el importe del deducible erogado en la póliza primaria para esta cobertura, hasta por el límite de la suma asegurada contratada, siempre y cuando el Asegurado se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánico 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. Lo anterior, siempre y cuando los gastos médicos en que incurra el asegurado sean superiores o iguales al deducible contratado para esta cobertura en la póliza primaria.

El coaseguro de esta cobertura será el mismo señalado para la cobertura básica.

b) Cobertura en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, misma que deberá estar especificada en la carátula de la póliza, la Compañía cubrirá el importe del deducible erogado en la póliza primaria para esta cobertura, hasta por el límite de suma asegurada contratada, por los gastos médicos y hospitalarios erogados fuera de la República Mexicana por accidente o enfermedad cubierto, ocurridos durante la vigencia de esta póliza, a los asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana. Lo anterior siempre y cuando los gastos médicos en que incurra el asegurado sean superiores o iguales al deducible contratado para esta cobertura en la póliza primaria.

El coaseguro de esta cobertura será el mismo señalado para la cobertura básica.

III. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el deducible erogado en la póliza primaria por gastos médicos y hospitalarios erogados por:

- 1. Padecimientos Preexistentes en los términos definidos.**
- 2. Atención médica en el extranjero, salvo que se contrate la cobertura adicional de Emergencia en el Extranjero y/o Cobertura en el Extranjero.**
- 3. Exclusiones señaladas en la póliza primaria.**
- 4. Accidentes y/o Enfermedades que hayan ocurrido fuera de la vigencia de esta póliza.**
- 5. Accidentes y/o Enfermedades que no hayan superado el importe del deducible de la póliza primaria.**

IV. CLÁUSULAS GENERALES**1. Objeto del Seguro**

El objeto del seguro es resarcir al Asegurado el importe del deducible erogado en la póliza primaria, por los gastos en que incurra con motivo de una enfermedad o accidente cubierto ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y sea cubierto por la póliza primaria, con motivo de la atención médica que reciba para el restablecimiento de su salud biológica.

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. Renovación

El Contratante o Asegurado Titular podrá renovar su contrato de seguro cada año, salvo que el Asegurado o la Compañía notifiquen su voluntad de no renovarlo, por escrito, cuando menos con veinte (20) días hábiles antes del vencimiento de la póliza. Si el Contratante o Asegurado Titular no solicitan a la Compañía un cambio de Plan o cambio de producto, la renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad
- 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 y coaseguro 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.

4. 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.

5. Cancelación

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) 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.

b) 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.

c) Cuando la póliza primaria se cancele por cualquier causa, en cuyo caso la Compañía devolverá la prima no devengada en el plazo y forma mencionados en el inciso b) de esta cláusula.

6. 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.

7. Edad

Los límites de edad de aceptación son desde el nacimiento, hasta los 74 años, en tanto que para la renovación no habrá límite. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza.

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 se comprueba que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad del Asegurado al tiempo de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión fijados por esta Póliza. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante la diferencia entre la Prima Pagada y los gastos de adquisición correspondientes de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima mayor a la de su edad real, 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. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del Contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

8. 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 cubrir gastos por reclamaciones que se presenten.

9. 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. Si no se cumple con el requisito anterior, 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, 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, deberá pagarse la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 10 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.

10. 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(o), 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. Siniestros

Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía en el curso de los primeros cinco días, salvo caso fortuito o fuerza mayor debiendo proporcionarse tan pronto desaparezca el impedimento, 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 la siguiente información:

- I. Aviso de Accidente o Enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado de la póliza.
- II. Copia del(los) Informe(s) Médico(s) presentado(s) ante la aseguradora primaria.
- III. Comprobante de finiquito de la aseguradora primaria sobre la reclamación en cuestión, en el cual aparezca el monto del deducible descontado.

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.

15. Pago de Indemnizaciones

La Compañía pagará al Asegurado, o a quien corresponda, la suma asegurada descontando la cantidad por concepto de coaseguro de acuerdo con el porcentaje señalado en la carátula de la póliza, 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.

16. 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.

17. Subrogación de Derechos

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Compañía, una vez que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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 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.”

22. 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. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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 17 de septiembre de 2018, con el número CNSF-H0711-0049-2018 y CONDUSEF-003429-01.

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 17:00 horas.

Asimismo, puede contactar a CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), la cual se encuentra ubicada en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México C.P. 03100 o a través de su correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef o telefónicamente a los teléfonos (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.