



**Condiciones Generales del Seguro Colectivo Indemnizatorio de
Accidentes Personales Integral**

RECAS

INDICE

Seguro Colectivo Indemnizatorio de Accidentes Personales Integral.....	4
I. Definiciones Generales.....	4
II. Objeto.....	8
III. Condiciones Generales.....	9
PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	9
Edad.....	9
Beneficiarios.....	10
SEGUNDA. DE LA PRIMA.....	11
TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO.....	12
Vigencia.....	12
Renovación.....	12
Rectificaciones y Modificaciones.....	12
Terminación del Contrato de Seguro.....	13
CUARTA. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.....	13
Ingresos.....	14
Bajas.....	14
Registro de Asegurados.....	14
Expediente.....	15
Acceso a la información.....	15
QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN.....	15
Aviso de Ocurrencia del Evento.....	15
Indemnización.....	16
Revisión de Reclamaciones.....	17
Indemnización por Mora.....	18
SEXTA. MISCELÁNEOS.....	20
Prescripción.....	20
Competencia.....	20
Comunicaciones.....	21
Comisión o Compensación Directa.....	21
Moneda.....	21
Dividendos.....	22
Carencia de restricciones.....	22
Excepción a carencia de restricciones.....	22
DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS.....	25
IV. CONDICIONES PARTICULARES.....	26
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER).....	26
1. Descripción de la Cobertura.....	26
2. Exclusiones.....	26
3. Comprobación.....	27
4. Forma de pago.....	28
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.....	29
1. Descripción de la Cobertura.....	29
2. Requisitos de Elegibilidad.....	29

3. Exclusiones.....	29
4. Comprobación.....	29
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE MAMA.	31
1. Descripción de la Cobertura.....	31
2. Requisitos de Elegibilidad.....	31
3. Exclusiones.....	31
4. Comprobación.....	31
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER MALIGNO DE PRÓSTATA.	33
1. Descripción de la Cobertura	33
2. Exclusiones	33
3. Comprobación	34
4. Forma de Pago	34
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE TESTÍCULO(S).....	35
1. Descripción de la Cobertura	35
2. Exclusiones.....	35
3. Comprobación	36
4. Forma de pago	36
INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE PULMÓN.....	37
1. Descripción de la Cobertura	37
2. Exclusiones.....	37
3. Comprobación	37
4. Forma de pago.....	38
V. SERVICIOS DE ASISTENCIA.....	39
SERVICIO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA.....	39
1. Descripción del Servicio	39
2. Condiciones	40
3. Exclusiones	40

Seguro Colectivo Indemnizatorio de Accidentes Personales Integral

Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., (la "**Compañía**"), es la institución de seguros legalmente constituida y autorizada para actuar como tal de conformidad con la legislación mexicana, responsable de pagar las indemnizaciones contratadas en caso de ocurrir un Evento, según lo previsto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares aplicables.

I. Definiciones Generales

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de este Contrato de Seguro:

Accidente. Significa acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado. Tratándose de la muerte del Asegurado por suicidio esta no se considera muerte accidental y se procederá, en términos de lo dispuesto en el Artículo 197 de la Ley sobre el Contrato de Seguro por lo que la Compañía únicamente reembolsará la prima de riesgo no devengada.

Alta del Certificado. Significa la fecha indicada en el Certificado Individual respectivo, a partir de la cual el Asegurado queda cubierto bajo el presente Contrato de Seguro.

Asalto. Es la acción violenta, física o moral, que se ejerce directamente contra una persona con el propósito de desposeerla de su teléfono celular, ya sea mediante amagos o amenazas.

Asegurado. Significa la persona física que cumpla con los requisitos de asegurabilidad establecidos en este Contrato de Seguro y que por instrucción del Contratante, se encuentra cubierta al amparo de éste Contrato de Seguro por formar parte de la Colectividad Asegurada.

Beneficiario(s). Significa aquella(s) persona(s) que tiene(n) derecho a recibir los beneficios de este Seguro en caso de que se verifique la muerte del Asegurado conforme a las condiciones generales y particulares previstas en este Contrato de Seguro.

Cáncer. Término aplicado al crecimiento ilimitado, no controlado y esparcido de células malignas con invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes. El cáncer debe ser confirmado por evidencia histológica de malignidad por un oncólogo o patólogo calificado.

Certificado Individual. Significa el medio en el cual se hace constar el aseguramiento de cada Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada o la regla para determinarla, la vigencia y demás datos que detallen las características del riesgo cubierto por la Compañía, respecto de cada Asegurado de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 16 del Reglamento.

Colectividad Asegurada. Significa el conjunto de personas designadas por el Contratante, que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía y, en su caso, que otorguen su consentimiento expreso para formar parte de la Colectividad.

Contratante. Significa la persona física o moral que ha celebrado con la Compañía el Contrato de Seguro. En caso de que el Contratante celebre el Contrato de Seguro respecto de la cobertura de Muerte Accidental, deberá existir el consentimiento respectivo de los Asegurados. El Contratante está obligado a realizar el pago de las Primas respectivas, a proporcionar la información necesaria y suficiente y a generar los reportes y mecanismos para la adecuada operación de este Contrato de Seguro.

Contrato de Seguro. 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 las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares aplicables, la Solicitud, la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual correspondiente, los endosos que se agreguen, así como el comprobante de pago de la prima de este seguro, los cuales constituyen prueba sobre la existencia del seguro.

Diagnóstico. Dictamen elaborado por un Médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas o signos, apoyándose en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Enfermedad. Significa toda alteración de la salud sufrida por el Asegurado, que se origine independientemente de un Accidente.

Evento. Significa la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados por este Contrato de Seguro durante la vigencia del Certificado Individual.

Lo anterior en el entendido de que tratándose de tratamiento o serie de tratamientos médicos y/o quirúrgicos por un Accidente o derivado del Diagnóstico por primera vez de Enfermedad o Intervención Quirúrgica cubiertos a que sea sometido el Asegurado que le haya dado origen, serán considerados como un solo Evento.

Fecha de Inicio de Vigencia. Significa la fecha indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual correspondiente en la cual inicia la vigencia de este Contrato de Seguro.

Hospitalización. Reclusión del Asegurado en un Hospital por recomendación médica y bajo el cuidado y atención de un Médico, por un período continuo mínimo de 24 (veinticuatro) horas.

Hospital. Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos y/o quirúrgicos en el país en donde se encuentre y que opere bajo la supervisión constante de un Médico acreditado como tal. Se encontrará comprendido dentro de esta definición clínicas y sanatorios. Esta definición no comprende centros especiales para tratamiento de: alcoholismo, drogadicción, condiciones nerviosas o mentales, reposo, convalecencia o descanso para ancianos, curas de reposo o rehabilitación.

Médico. Persona capacitada académicamente con el grado de Médico, Cirujano u otro superior, titulada legalmente y autorizada para ejercer la profesión médica. No deberá ser el Asegurado, su cónyuge o concubino ni los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o que tengan parentesco civil.

Padecimiento Preexistente. Cualquier síntoma y/o signo que se presente antes del Alta del Certificado de cada Asegurado y que de haberse consultado a un Médico, hubiera resultado en un diagnóstico de Enfermedad o condición médica.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- (a) que previamente al Alta de Certificado, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

- (b) que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Periodo de Espera. Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del Alta del Certificado, para que el Asegurado se encuentre cubierto en el cuál no se deberán presentar signos o síntomas de la Enfermedad para que se considere un Evento un cubierto.

Este periodo será aplicable por única ocasión y no tendrá efecto cuando el seguro se renueve de manera ininterrumpida por el Contratante y el Asegurado continúe siendo miembro de la Colectividad. Durante el Período de Espera, el Asegurado no tendrá derecho a ninguna indemnización, en caso de ocurrir el Evento según se describe en las coberturas. **Lo anterior en el entendido de que si los síntomas de la Enfermedad surgen durante el Periodo de Espera o el Evento ocurre antes de que haya transcurrido el Periodo de Espera correspondiente, la reclamación no será procedente.**

Prima. Significa la cantidad de dinero que debe pagar el Contratante a la Compañía en la forma y términos convenidos por las coberturas contratadas. La Prima total incluye los gastos de expedición, la tasa de financiamiento por pago fraccionado, en caso de ser aplicable, así como el impuesto al valor agregado o cualquier otro impuesto aplicable.

Reembolso. Es el sistema mediante el cual la Compañía liquidará al Asegurado los gastos médicos cubiertos en que incurra y que haya pagado directamente al prestador de servicios.

Reglamento. Significa, el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Suma Asegurada. Significa la cantidad indicada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual respectivo, que la Compañía se obliga a pagar al verificarse el Evento. Tratándose de Reembolsos, la Suma Asegurada será la cantidad máximo que pagará la Compañía por cada Evento.

II. Objeto

Este seguro cuenta con diferentes opciones de coberturas y en caso de ser aplicable, el beneficio de pago directo, y el Contratante podrá elegir de entre las mismas la o las que desea integrar en el seguro de las aquí previstas o de las que se agreguen vía endoso debidamente registrado y que aparecerán expresamente contratadas en la Carátula de la Póliza y cada uno de los Certificados Individuales, de acuerdo a los requerimientos de cobertura por parte del Contratante.

El seguro brinda cobertura en el ámbito nacional y en caso de señalarse expresamente en el Certificado Individual, podrá tener cobertura en el ámbito internacional, respecto de cada Asegurado durante el periodo de tiempo expresamente señalado en cada Certificado Individual.

La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a la indicada en el Certificado Individual.

Cualquier Enfermedad o Evento que no se definen específicamente en este Contrato de Seguro y no se encuentre expresamente contratado ***no está cubierto***.

No se cubrirán Eventos derivados de Enfermedades, Accidentes o Padecimientos Preexistentes ocurridos antes del Alta del Certificado Individual de cada Asegurado.

Con el pago de la Suma Asegurada termina automáticamente la protección de la cobertura afectada y en el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

III. Condiciones Generales

PRIMERA. DE LOS ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Edad

Serán elegibles para las coberturas dentro del Contrato de Seguro como Asegurados, las personas que tengan entre 18 (dieciocho) y 69 (sesenta y nueve) años, como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas en las condiciones particulares aplicables a cada cobertura.

En caso de que las edades límite señaladas se modificasen, esta característica deberá especificarse mediante Endoso a la documentación contractual que acompañe a la Póliza.

En caso de requerirse, la edad del Asegurado deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a la Compañía, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de forma posterior. Este requisito debe cubrirse antes de que la Compañía efectúe el pago de cualquier beneficio.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Certificado Individual respecto de dicho Asegurado, a no ser que la edad real al tiempo de su emisión, se encontrara fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía, en este caso se devolverá al Contratante la prima de riesgo no devengada que corresponda al Asegurado a la fecha de su rescisión.

Para efectos de éste Contrato de Seguro, se considera como edad real del Asegurado, la que tenga cumplida en el Alta del Certificado Individual.

No obstante la inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, si ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad del Asegurado, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real del Asegurado, 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 del Asegurado al Alta del Certificado Individual;
- b. Si la Compañía hubiere satisfecho el importe de la indemnización derivada del presente Contrato de Seguro, al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, la Compañía tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo descrito en el inciso (a) anterior, incluyendo los intereses respectivos;

- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad del Asegurado, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real del Asegurado, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al Alta del Certificado Individual. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real del Asegurado;
- d. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad del mismo manifestada en el Certificado Individual y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Si en el momento de la inclusión en la Colectividad, o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía lo anotará en el Certificado Individual o extenderá al Asegurado otro comprobante; en éste caso, la Compañía no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar la indemnización correspondiente.

Beneficiarios

Se determina como Beneficiarios al cónyuge, concubina o concubinario del Asegurado, en ausencia de éstos, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del Asegurado por partes iguales. Cuando no existan Beneficiarios, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Si alguno de los Beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a cambiar dicha designación en cualquier tiempo, para lo cual deberá notificarlo por escrito a la Compañía.

“Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.”

SEGUNDA. DE LA PRIMA

La Prima se calculará por cada Asegurado y por cada cobertura. El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza.

El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. Lo anterior en el entendido de que tratándose de seguros por un solo viaje no se podrá convenir el pago fraccionado.

En caso de pago en fracciones, la primera Prima vence al Alta del Certificado Individual respectivo. Una vez vencida la Prima, el Contratante gozará de un periodo de gracia de 45 (cuarenta y cinco) días naturales para liquidarla. Los pagos subsecuentes vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo pactado. En caso de realización del siniestro (Evento) durante el periodo de gracia antes referido, la Compañía deducirá de la indemnización debida, el total de la Prima pendiente de pago.

Los efectos de este Contrato de Seguro cesarán automáticamente en caso de que la Prima o su fracción correspondiente, no hubieren sido pagadas en los plazos señalados y, por tanto, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización en caso de siniestro.

El pago de las Primas deberá ser hecho en las oficinas de la Compañía, a cambio del recibo correspondiente, o mediante cualquier otra forma de pago que las Partes hayan pactado en la Carátula de la Póliza.

En caso de haberse pactado el pago de la Prima mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito o mediante cargo directo a alguna cuenta bancaria del Contratante, el estado de cuenta respectivo donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago de la misma. En caso de que dicho pago no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el presente Contrato de Seguro cesará en sus efectos automáticamente, una vez transcurrido el periodo de gracia a que se refiere el tercer párrafo de ésta cláusula.

En el evento de que el Contratante no pague las Primas contraídas en términos del presente Contrato de Seguro, las partes estarán sujetas a lo establecido en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

TERCERA. DEL CONTRATO DE SEGURO

Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la Carátula de la Póliza y terminará su vigencia en la fecha estipuladas en la mencionada Carátula de la Póliza.

La vigencia en relación con cada Certificado Individual, iniciará a partir de las 00:00 horas de la Alta del Certificado Individual especificada el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia en las fechas estipuladas en el mencionado Certificado Individual respectivo.

Los Certificados Individuales se cancelarán por las siguientes causas:

- Que el Asegurado deje de cumplir con las características que lo hacen pertenecer a la Colectividad Asegurada, debiendo dar la baja respectiva el Contratante;
- Al haber transcurrido la temporalidad señalada en el Certificado Individual.

La cobertura indicada en el Certificado Individual respectivo terminará a partir del momento en que la Compañía hubiese realizado y finalizado el pago de la Suma Asegurada por la cobertura afectada. En el caso de que la contratación sea única, terminará la responsabilidad de la Compañía frente al Asegurado afectado.

Renovación

La vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia antes referido, la Compañía podrá proceder a renovar el Contrato de Seguro en forma automática, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento, así como los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía.

Lo anterior, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de dar por terminado el Contrato de Seguro. La Prima considerada para cada renovación, será calculada de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica que la Compañía tenga registrada al momento de la renovación.

Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciban la póliza o tengan acceso al Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Este Contrato de Seguro podrá ser modificado mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable. La Compañía no quedará obligada por ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de la Fecha de Inicio de Vigencia, hecha por ningún Agente de Seguros pues éstos carecen de facultades de representación para modificar las condiciones del Contrato de Seguro.

Terminación del Contrato de Seguro

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato de Seguro mediante notificación por escrito a la Compañía. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual. En caso de que la forma de pago sea mensual, cualquier cancelación que ocurra dentro del mes pagado, surtirá efecto al término de la vigencia del periodo cubierto por el pago.

CUARTA. DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

De conformidad con lo establecido por los Artículos 15 y 16 del Reglamento, el Contratante se obliga a lo siguiente:

- Comunicar el ingreso de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada (Asegurados), así como respecto de las coberturas de Muerte Accidental recabar los consentimientos respectivos;
- Comunicar a la Compañía la separación definitiva de Asegurados;
- Comunicar a la Compañía cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados, que afecte las condiciones del riesgo tomado por la Compañía o la aplicación de las reglas para determinar las Sumas Aseguradas de las coberturas otorgadas bajo este Contrato de Seguro;
- Recabar los nuevos consentimientos de los Asegurados, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las Sumas Aseguradas, señalando la forma en la que se administrarán; y
- El Contratante deberá hacer del conocimiento de los Asegurados la información del Certificado Individual. Lo anterior en el entendido de que, en caso de que el Contratante no haga del conocimiento la información del Certificado Individual a los Asegurados, éstos podrán solicitarlo directamente a la Compañía.

Para efectos de este Contrato, una vez establecida la relación entre el Asegurado y el Contratante,

el Contratante le hará saber a cada Asegurado vía telefónica, a través de correo electrónico, una Tarjeta, un Comprobante o cualquier otro documento expedido a cada miembro de la Colectividad, la página web para que puedan tener acceso a las condiciones generales y particulares y a la información pertinente del Certificado Individual.

Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Ingresos

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del Contrato de Seguro, y que hayan otorgado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

El ingreso a la Colectividad de cada Asegurado ocurrirá una vez perfeccionado el vínculo o interés común, previo e independiente entre el Asegurado y el Contratante.

Bajas

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de la separación, quedando automáticamente sin validez el Certificado Individual respectivo. Cuando sea aplicable, la Compañía restituirá al Contratante y/o al Asegurado (en la proporción correspondiente) la prima neta no devengada respecto de las personas que se separen de la Colectividad Asegurada, calculada en días exactos a quien la haya aportado. Para fines de lo anterior, se entiende que la prima neta no devengada equivale al 60% de la prima de tarifa pagada menos impuestos y en su caso gastos de emisión del Certificado Individual.

Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información (i) nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los Asegurados; (ii) Suma Asegurada o regla para determinarla; (iii) Alta del Certificado y fecha de terminación de vigencia, respecto de cada uno de los Certificados Individuales; (iv) operación y plan de seguros de que se trate; (v) número de Certificado Individual; y (vi) coberturas amparadas.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de integrar el referido registro.

Expediente

La Compañía está obligada a compilar y mantener un expediente actualizado con la información a que se refiere el Reglamento, relativa a los Certificados Individuales que se expidan.

El Contratante se obliga a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía se encuentre en posibilidades de compilar y mantener el referido expediente.

Acceso a la información

La Compañía y el Contratante en este acto acuerdan que para efectos de facilitar la administración y gestión del Contrato de Seguro y de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 23 del Reglamento, la administración de la misma será responsabilidad del Contratante, por lo que el Contratante se obliga a recabar y a proporcionar a la Compañía la información necesaria y suficiente, a efecto de que la Compañía cumpla en tiempo y forma con lo establecido en el Reglamento, en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (o las Disposiciones que, en su caso, correspondan conforme al Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas), en la demás normatividad que sea o resulte aplicable en virtud de modificaciones a dicha normatividad o por cualquier otro motivo y cualquier requerimiento de alguna autoridad.

QUINTA. DEL PROCESO DE SINIESTRO Y RECLAMACIÓN

Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado o el (los) Beneficiario(s) tenga(n) conocimiento de la realización de Evento y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía.

Para el pago de la indemnización, el Asegurado, o en su caso el Beneficiario deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

- Declaración del Evento a la Compañía en los formatos que la misma proporcione;
- Documentos de identificación:
- Original o copia certificada del acta de nacimiento del Asegurado si no se ha comprobado previamente la edad del mismo;
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Asegurado y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;

- Certificado Individual si lo tuviera, o en su defecto, acompañar el documento o referencia con el que acredite la existencia del seguro. En caso de no contar con éste, la Compañía podrá confirmar contra el Registro de Asegurados previamente al pago de la indemnización, la pertenencia del Asegurado a la Colectividad así como la vigencia del Certificado Individual.
- Documentación específica señalada en cada cobertura para comprobar la ocurrencia del Evento.
- En caso de que la reclamación sea presentada por el Beneficiario, se deberá presentar también la siguiente información de identificación:
- Original (para cotejo) y copia de alguna identificación oficial del Beneficiario y en caso de ser extranjero, original (para cotejo) y copia del documento que acredite su legal estancia en el país;
- Original (para cotejo) y copia de algún comprobante de domicilio del Beneficiario con una antigüedad no mayor a 3 (tres) meses;
- Original (para cotejo) y copia del Registro Federal de Contribuyentes y/o de la Clave Única de Registro de Población del Beneficiario.
- En caso de ser el cónyuge del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de matrimonio.
- En caso de ser el concubino o concubinaria del Asegurado, una declaración firmada bajo protesta de decir verdad del Beneficiario que señale que el Beneficiario y el Asegurado no tenían impedimento para contraer matrimonio y vivieron en común por al menos un periodo de 2(dos) años o tienen un hijo en común.
- En caso de ser hijo del Asegurado, original o copia certificada para cotejo) y copia de su acta de nacimiento, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.
- En caso de que se solicite el pago por parte de la sucesión legal del, copia certificada para cotejo) y copia del testamento o del resultado del juicio sucesorio, así como una declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro.

Indemnización

Las obligaciones de la Compañía que resulten a consecuencia de una reclamación procedente de pago de indemnización conforme a este Contrato de Seguro, serán cubiertas por ésta en una o varias exhibiciones en atención a lo señalado por el Asegurado o el o los Beneficiarios según sea el caso, al momento de la reclamación, según las condiciones y los límites aplicables, dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que la Compañía haya recibido todos informes

y documentos que le permitan conocer la ocurrencia del Evento, las circunstancias de su realización, las consecuencias del mismo y los documentos necesarios para la debida identificación del cliente.

En caso de que la documentación aportada no estuviere completa o la reclamación fuere improcedente, la Compañía lo comunicará por escrito por única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días naturales siguientes a la recepción de los documentos. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con un plazo adicional al original para resolver la reclamación y efectuar el pago correspondiente.

Si falleciere el Asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto, la Compañía, liquidará cualquier reclamación procedente al o a los Beneficiarios.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar al Asegurado o Beneficiario toda clase de información o documentos relacionados con el Evento.

Asimismo, la Compañía podrá solicitar toda la información que considere necesaria a los Médicos y/o Hospitales, incluyendo, sin límite, el expediente clínico, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la indemnización. Esta información será usada exclusivamente para el análisis del Evento, guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, la Compañía podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente o por cualquier otra causa prevista por ley.

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado con el objetivo de determinar si procede o no la reclamación. Asimismo, podrá solicitar su necropsia (en caso de muerte) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio de otros terceros. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de las reclamaciones y será mantenida en total confidencialidad.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no se le remita a la Compañía a tiempo la documentación que esta solicite, en términos de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Revisión de Reclamaciones

Si el Asegurado o Beneficiario estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios del Contrato de Seguro, podrá enviar por escrito una reclamación a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de

treinta (30) días naturales, la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Independientemente de lo anterior, el reclamante podrá emprender contra la Compañía las acciones a que tiene derecho de conformidad con lo dispuesto en la cláusula de **Competencia** de estas Condiciones Generales.

Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

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

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

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

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

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

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

cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

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

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

c) La obligación principal.

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

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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las

indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo. “

SEXTA. MISCELÁNEOS

Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción de las acciones legales se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros y por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, de conformidad con lo señalado en los artículos 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, suspenderá la prescripción, de conformidad con lo señalado por el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá 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 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, puede hacerlo en su domicilio ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en sus delegaciones locales- Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80 o puede mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. También puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>.

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 dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con Padecimientos Preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico ("**CONAMED**").

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

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje ante la CONAMED, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

De no ser procedente la reclamación del Asegurado, los gastos que se generen con motivo del arbitraje correrán a cargo de este último.

Comunicaciones

Cualquier declaración o comunicación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito precisamente en su domicilio, indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual.

En todos los casos en los que el domicilio de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente al indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, ésta deberá comunicarlo al Contratante y/o al Asegurado (en caso de contar con su domicilio) para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que deban hacerse al Contratante y/o al Asegurado o a sus respectivos causahabientes tendrán validez si se hacen en el último domicilio que la Compañía conozca de éstos.

Comisión o Compensación Directa

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

Moneda

Salvo que se indique lo contrario en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, todos los pagos relativos a este Contrato de Seguro, ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se

efectuarán en moneda en curso legal conforme a la Ley Monetaria vigente en la época en que se efectúen.

Dividendos

Este Contrato de Seguro no otorga dividendos por siniestralidad favorable.

Carencia de restricciones

Este Contrato no se afectará si el Asegurado cambia de lugar de residencia u ocupación siempre que ésta sea lícita, ni por la realización de viajes, posteriormente a la contratación de la Póliza. Esto no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

Excepción a carencia de restricciones

En caso de que a la contratación o Alta del Certificado Individual o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es(son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con los establecido en los artículos antes citados sea de carácter nacional o extranjero proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o disposición Quincuagésima Sexta de la RESOLUCION por la que se expiden las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros o las disposiciones que en su caso correspondan en las Disposiciones a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Para atención al Asegurado:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 44 y 01800 212 5577

De lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Atención de urgencias las 24 hrs. (52 55) 50 47 25 46 01800 212 5588
Gratuito desde EE.UU (855) 725-4472 y resto del mundo (305) 961-1606

Correo Electrónico: mesadecontrol@palig.com;
Página de internet: www.palig.com/mexico

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, C.P. 06600 Ciudad de México de lunes a viernes de 9 a 17 horas.

Para acceso a la Unidad Especializada de la Compañía:

Centro de Contacto: CDMX (52 55) 50 47 25 04 y 01800 212 5598

De lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

Correo Electrónico: une@palig.com;

Y en nuestras oficinas ubicadas en Av. Paseo de la Reforma 412 suite 1501 Col. Juárez, Del., Cuauhtémoc, Ciudad de México de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas.

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx/index.php>.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Octubre de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016/CONDUSEF-001918-01.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a) Solicitar a los Agentes, la identificación que los acredite como tales;
- b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes;
- c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b) Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas; y
- c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Octubre de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016/CONDUSEF-001918-01.

IV. CONDICIONES PARTICULARES

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Neoplasia Maligna (Cáncer)**.

Para fines de esta cobertura, se entiende por **Neoplasia Maligna** la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión del tejido del órgano que le dio origen, con tendencia a la invasión de otros órganos o estructuras vecinas o distantes.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización cuando el diagnóstico sea efecto directo o indirectamente de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) **Cáncer In Situ.**
- (b) **Cáncer de Piel, entendiéndose por éste un crecimiento maligno en la piel consecuencia de radiaciones ionizantes, ciertos defectos genéticos, o la exposición a químicos carcinógenos como arsenicales, petróleo, derivados de alquitrán, vapores de ciertos metales fundidos y la sobreexposición a rayos solares ultravioleta.**
- (c) **Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1 (displasia leve), NIC-2 (displasia moderada a marcada) y NIC-3 (displasia grave a carcinoma *in situ*)) o aquellos considerados por histología como premalignos;**
- (d) **Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3 (es decir que la infiltración que ocupa no se haya expandido a la dermis papilar y no haya penetrado la dermis reticular). Para fines de lo dispuesto en esta exclusión, se entiende por Melanoma, un tipo de cáncer de piel que se origina en la multiplicación descontrolada de los melanocitos (células que contienen la**

melanina, pigmento responsable del bronceado) en las capas más profundas de la piel (o del ojo). Se describe como una lesión cutánea oscura e irregular que puede tener áreas de colores que varía y con frecuencia su diámetro es superior a los 6 mm (seis milímetros).

- (e) Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- (f) Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- (g) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA;
- (h) Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM (escala de estadiaje de cáncer de próstata), desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) - el cáncer se encuentra por accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. El cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado. T1a: el cáncer se encuentra accidentalmente durante la resección transuretral de la próstata (TURP) que se hizo para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y el cáncer está en no más del 5% del tejido extirpado. o T1b: el cáncer se detecta durante la TURP, pero está presente en más de un 5% del tejido extirpado.
- (i) Padecimientos Preexistentes.

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Informe médico elaborado por el Médico oncólogo, basado en el historial clínico de la Asegurada, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los

resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes que muestren evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

4. Forma de pago

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia del diagnóstico de **Neoplasia Maligna** (Cáncer), la Compañía deducirá, en su caso, de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo las coberturas de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de Próstata o Cáncer de Mama que se hubieren contratado.

NDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Asegurado, si es diagnosticado por primera vez en su vida con **Cáncer Cérvico-Uterino**.

Se entiende por **Cáncer Cérvico-Uterino** una tumoración maligna que se origina en el epitelio del cuello del útero y que ha sobrepasado la membrana basal con una profundidad de más de 3 milímetros. tumoral mide 2 o más centímetros y/o se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Requisitos de Elegibilidad

Para que el individuo se encuentre asegurado bajo esta cobertura no debe haber sido diagnosticado previamente al Alta del Certificado ningún tipo de Cáncer, en ninguna localización.

3. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer Cérvico-Uterino.**
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.**
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.**
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.**
- (e) Leucemia linfática crónica.**
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o Sida.**
- (g) Todo Cáncer Cérvico-Uterino cuyos síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Alta Certificado Individual (Padecimientos Preexistente).**

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser elaborado por el Médico oncólogo, ginecólogo o ginecólogo-oncólogo, basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respalarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE MAMA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada al Asegurado, si es diagnosticado por primera vez en su vida con **Cáncer de Mama**.

Se entiende por **Cáncer de Mama** una masa tumoral maligna que se localiza en los ductos o lobulillos mamarios, de tipo invasivo o infiltrante porque penetra a través del tejido normal más allá de los ductos o lobulillos. Dicha masa tumoral mide 2 o más centímetros y/o se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Para esta cobertura aplicará el Periodo de Espera en días que se estipula en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Requisitos de Elegibilidad

Para que el individuo se encuentre asegurado bajo esta cobertura no debe haber sido diagnosticado previamente al Alta del Certificado ningún tipo de Cáncer, en ninguna localización.

3. Exclusiones

Quedan excluidas de esta cobertura:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer de Mama.
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o Sida.
- (g) Todo Cáncer Cérvico-Uterino o Cáncer de Mama cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

4. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser elaborado por el Médico oncólogo, ginecólogo o ginecólogo-oncólogo, basado en el historial clínico de la Asegurada, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Respalarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER MALIGNO DE PRÓSTATA.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Próstata**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Próstata** un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer maligno de testículo(s).
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas y hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer maligno de próstata posterior a la primera reclamación pagada por a la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Próstata cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

- Ser preparado por un médico oncólogo, urólogo o uro.-oncólogo basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.
- Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y
- Comprobarse en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen en el que se demuestre que existe evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y
- Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

4. Forma de Pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b (el cáncer se encuentra en más de la mitad de un solo lado (izquierdo o derecho) de la próstata).

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE TESTÍCULO(S).

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada aplicable si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Testículo(s)**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Testículo(s)** el Tumor maligno germinal gonadal o extragonadal que se manifiesta por aumento de volumen testicular firme, no sensible, sin signos inflamatorios, casi siempre unilateral.

2. Exclusiones.

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al Cáncer maligno testicular.
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, e hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer de próstata posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Testículos cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

El Diagnóstico clínico deberá:

Ser preparado por un médico oncólogo, urólogo o uro.-oncólogo basado en el historial clínico del Asegurado, los exámenes efectuados y confirmados con el estudio histopatológico o citológico.

Basarse sobre el criterio aceptado de ser maligno, después de haber estudiado la composición histológica, estructura y comportamiento de lo que se sospecha pueda ser un tumor, un tejido o una muestra; y

Comprobarse en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen en el que se demuestre que existe evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y

Respaldarse con una prueba patológica, es decir, con un documento que contenga los resultados positivos de las pruebas del diagnóstico para ser aceptadas como evidencia bajo los términos de este seguro, el cual deberá estar fechado y firmado por un Médico debidamente autorizado para ejercer la especialidad de oncología, osteopatía, patología o similar y dichas pruebas deberán estar sustentadas en los exámenes microscópicos de tejidos finos o preparaciones obtenidas del sistema óseo, hemático, linfático o similar.

4. Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b.

INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE PRIMERA VEZ DE CÁNCER DE PULMÓN.

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la Suma Asegurada si el Asegurado es diagnosticado inequívoca y formalmente por primera vez en su vida con **Cáncer Maligno de Pulmón(es)**.

Se entiende por **Cáncer Maligno de Pulmón(es)** un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento incontrolado de células malignas de cualquier tipo del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar incluyendo la pleura.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo de alguna de las siguientes situaciones:

- (a) Enfermedades distintas al cáncer maligno Pulmonar.
- (b) Cáncer “in situ”, entendido éste, como Cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos. Es la sustitución del epitelio normal por células anormales (neoplasia) por cambios en la estructura interna (relación citoplasma-núcleo) sin rebasar más allá de la membrana basal.
- (c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- (d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.
- (e) Leucemia linfática crónica.
- (f) Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- (g) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer de pulmón posterior a la primera reclamación pagada por la Compañía.
- (h) Todo Cáncer Maligno de Pulmón cuyos primeros síntomas o Diagnóstico ocurran antes del Certificado (Padecimientos Preexistente).

3. Comprobación

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones

Generales y las señaladas en la parte general de Indemnización por Diagnóstico de Primera Vez de Enfermedades, la siguiente información:

- Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

4. Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticada la Etapa T2b.

V. SERVICIOS DE ASISTENCIA

SERVICIO DE ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

1. Descripción del Servicio

En caso de estar contratado expresamente este servicio de asistencia, previa solicitud del Asegurado, la Compañía, a través del equipo médico del proveedor, proporcionará orientación inmediata el servicio descrito a continuación:

MEDIPHONE

Este servicio se brindará al Asegurado, su cónyuge e hijos mismos que serán identificados por escrito de tiempo en tiempo por el Contratante.

Objetivo:

Poner a disposición del Asegurado de forma inmediata un equipo de profesionales médicos y técnicos calificados, para brindar orientación médica telefónica inmediata relacionada con la salud mediante una simple llamada telefónica, sea cual sea el lugar donde se encuentre.

Características:

El Asegurado podrá tener una conexión rápida y permanente con un médico vía telefónica. Es un servicio telefónico que ofrece orientación médica telefónica las 24 horas del día, proporcionando soporte de orientación médica para las cuestiones relacionadas con la salud del Asegurado y su familia.

Orientación e información médica:

- Orientación médica sobre urgencias médicas y primeros auxilios
- Orientación sobre medicamentos, efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos (sin emitir recetas ni tratamiento)
- Orientación materno-infantil y para la tercera edad
- Orientación higiénico-dietéticas
- Orientación sobre farmacodependencias
- Orientación sobre efectos y evolución de distintos tratamientos que pudieran haber sido recetados por otros médicos
- Orientación sobre la necesidad de acudir a consulta médica
- Información sobre patologías
- Información sobre pruebas diagnósticas
- Orientación en distintas especialidades médicas
- Información y orientación sobre terapias antitabaco (*SmokeOut*)
- Información de y conexión con especialistas médicos y centros hospitalarios
- Información de y conexión con servicios de urgencia, ambulancias, taxis, etc. (los servicios de urgencias, ambulancias y taxis son independientes, no incluidos y pueden cobrar por separado sus servicios)
- Información de y conexión con servicios de asistencia sanitaria domiciliaria

- Información sobre servicios de urgencia de la red pública y privada

2. Condiciones

El servicio de asistencia no constituye un seguro y se presta a través de un tercero contratado por la Compañía

Los servicios de Contactos de emergencia, urgencias, ambulancias y taxis son independientes a la Compañía y no están incluidos como parte de su seguro por lo que los costos que se generen deberán ser pagados directamente.

Las llamadas son ilimitadas y gratuitas cuando se marca desde un teléfono fijo.

Si se marca desde un teléfono celular, el costo es de los minutos a nivel nacional.

Servicio las 24 horas los 365 días del año.

Para acceder a los servicios, sólo tiene que llamar al número de atención 01-800-890-59-93

Una vez que el Asegurado, su cónyuge o hijos se comuniquen al número de atención, el equipo médico que le atiende brindará orientación médica telefónica inmediata.

El servicio no es de atención médica sino sólo de orientación e información sin emitir diagnóstico ni tratamiento médico ni recetando medicamentos.

3. Exclusiones

El tercero contratado por la Compañía podrá abstenerse de brindar el servicio a la persona que no otorgue su consentimiento (tácito o expreso) o no autorice el tratamiento de sus datos personales, según se requiera.

La Compañía no brindará los servicios de atención médica ni asume ninguna responsabilidad por la atención médica brindada por terceros a los Asegurados y sus dependientes, incluyendo sin limitación en caso de negligencia médica. El servicio de atención médica, en su caso, es únicamente brindado por los profesionales de la salud de manera directa y bajo su propia responsabilidad.

Este servicio es sin límite de eventos y no incluye concertación de citas.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de Octubre de 2016, con el número PPAQ-S0119-0078-2016/CONDUSEF-001918-01”.