



CAT

Centro de Atención Telefónica

01 800 201 6764

DISPONIBLE LAS 24 HORAS
LOS 365 DÍAS DEL AÑO

Sin costo
desde cualquier parte de la **República**



www.banorte-generalis.com



BANORTE - GENERALI
SEGUROS



Visión
MÉDICA 2010

Gastos Médicos Mayores



CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA



Sin costo
desde cualquier parte de la **República**

01800 201 6764

DISPONIBLE LAS 24 HORAS
LOS 365 DÍAS DEL AÑO



**CONDICIONES
GENERALES**

CONTENIDO

OBJETO DEL SEGURO	3
DEFINICIONES	3
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	5
COBERTURAS BÁSICAS	5
COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA	10
COBERTURAS OPCIONALES	12
EXCLUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS	14
GENERALIDADES	19

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL / FAMILIAR “VISIÓN MÉDICA 2010”

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE-GENERALI, denominada en adelante como “BANORTE-GENERALI” o “La Compañía”, pagará los gastos médicos originados por enfermedad o accidente cubiertos dentro de la vigencia de la póliza de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y hasta el límite de suma asegurada convenido, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente para el Asegurado y sus Dependientes. Es un plan en el cual se ponen a disposición del Asegurado (s) los Hospitales y médicos que forman parte de la red, a fin de que éste (os) elijan dentro de esa red el hospital o médico con el que desean ser tratados.

DEFINICIONES

1. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para la familia asegurada y sus dependientes económicos.
2. **Asegurado:** Familia asegurada y sus dependientes económicos, que cuentan con la cobertura del plan contratado.
3. **Asegurado Titular:** Persona Asegurada que firma la solicitud como asegurado principal y como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la misma. Adicional al contratante éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.
4. **Dependientes:** Serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.
 - a. Su cónyuge.
 - b. Sus hijos solteros, que tengan hasta 24 años de edad cumplidos y que no tengan ingresos por trabajo personal.
5. **Hospital:** Institución privada legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.
6. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión, pudiendo ser: médico general o médico especialista.
7. **Ayudante:** Médico que asiste durante el desarrollo de una operación quirúrgica, siempre y cuando dicho asistente sea médicamente necesario para tal operación.
8. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite un juicio relacionado con una enfermedad o accidente.
9. **Honorarios Médicos:** Pago que obtiene el médico por los servicios que presta a los asegurados de acuerdo con el catálogo contratado.

10. Catálogo de Honorarios Médicos: Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía.

11. Enfermera: Persona que ejerce la enfermería, con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

12. Cuadro de especificaciones: Documento en el cual se estipulan las coberturas amparadas y límites específicos a que tiene derecho el asegurado de acuerdo al plan contratado.

13. Accidente: Se considerará accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del mismo. No se considerará como accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un sólo evento.

14. Enfermedad: Conjunto de alteraciones morfológico estructurales y/o funcionales de un organismo. No se considerará como enfermedad las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

15. Emergencia Médica: Toda alteración súbita que ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra estabilizado.

16. Hospitalización: Toda estancia continua en el hospital mayor a 24 horas.

17. Enfermedad Congénita: Es aquella que está presente al momento del nacimiento o que se contrae en el seno del útero materno.

18. Signo: Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una explicación médica.

19. Síntoma: Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (indica que algo está sucediendo o va a suceder).

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

21. Deducible: Cantidad establecida en la póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.

22. Coaseguro: Porcentaje establecido en la póliza como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos cubiertos en exceso del deducible.

23. Beneficio Máximo: Es el límite de responsabilidad de la Compañía (Suma Asegurada), menos la aplicación del deducible y coaseguro por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fija a partir de que se hace el primer gasto de cada padecimiento.

24. Cobertura sin Límite de Edad: Se entenderá por cobertura sin límite de edad, la protección que tenga el Asegurado en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sin límite alguno en el número de sus renovaciones, siempre que dicho plan sea contratado antes de los 64 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación.

25. Pago directo: Es un servicio en beneficio del asegurado, mediante el cual la Compañía liquidará directamente al prestador de servicios médicos, los gastos que por motivo de enfermedad y/o accidente cubiertos por este contrato eroga el asegurado.

26. Periodo de Supervivencia: Tiempo en el cual deberá sobrevivir el asegurado después que se le diagnostique por primera vez una enfermedad grave cubierta, para que tenga derecho a la indemnización. Se establece un periodo de supervivencia de siete (7) días.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

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

COBERTURAS BÁSICAS

I. **Honorarios Quirúrgicos:** La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares del Asegurado y hasta el límite establecido en el cuadro de especificaciones; pudiendo ser sobre la base de un catálogo.

II. **Honorarios por Consultas Médicas:** En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas de acuerdo a los límites establecidos en el cuadro de especificaciones de la póliza. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias (intrahospitalarias) se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

III. **Honorarios Anestesiólogo:** Se cubrirán los honorarios hasta el límite señalado en el cuadro de especificaciones o el porcentaje de los honorarios reconocidos para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más operaciones cubiertas por la póliza, utilizando la(s) misma(s) vías de abordaje, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y una de éstas no esté incluida dentro de las condiciones de la póliza, se pagará únicamente la que esté cubierta, descontando los gastos hospitalarios de la no relacionada con las coberturas de la póliza.

Si el mismo cirujano realizara otra intervención al asegurado en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existan dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados como límite para dicha cirugía. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento anterior, pero si se requiere la intervención de otro especialista, los honorarios a éste serán cubiertos de acuerdo al porcentaje marcado para dicho procedimiento (al 100% del límite establecido para este concepto.)

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la póliza.

IV. Honorarios a Enfermera: Se cubrirán los honorarios de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones. En caso de contratarse fuera de un hospital se pagará un máximo de treinta días por cada accidente o enfermedad siempre que este justificado e indicado por el médico tratante.

V. Habitación Hospital: Se cubrirán de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones. Incluye alimentos del paciente y cama extra para un acompañante.

VI. Gastos de Sala de Operaciones de Curaciones y de Recuperación.

VII. Servicio de Diagnóstico: Exámenes de laboratorio y/o gabinete, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., que sean indispensables para el diagnóstico de accidentes o enfermedades cubiertos.

VIII. Medicamentos: Los adquiridos dentro y/o fuera del hospital necesarios para el tratamiento de accidentes o enfermedades cubiertos y que hayan sido prescritos por el médico tratante. Deberá anexarse la receta con la prescripción completa de los medicamentos.

IX. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes.

X. Consumo de Oxígeno: Gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital.

XI. Servicio de Ambulancia Terrestre: Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre en la localidad, hacia o desde el hospital siempre que se encuentre justificado dicho traslado.

XII. Renta de Aparatos Ortopédicos: Se cubrirá la renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas, muletas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria, con los límites establecidos en el cuadro de especificaciones.

XIII. Prótesis: Se cubrirán prótesis ortopédicas, mamarias, valvulares, dispositivos cardiacos y auditivos, que se requieran a causa de enfermedad o accidente cubiertos por la póliza hasta por el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. Se encuentra fuera de esta cobertura la reposición de estas.

XIV. Tratamiento de diálisis.

XV. Servicios de Terapia: Física, radioactiva, quimioterapia y fisioterapia.

XVI. Gastos por Donación de Órganos: Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante hasta el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. No aplicará deducible ni coaseguro.

XVII. Renta por Hospitalización en un Centro de Asistencia Social: Si el Asegurado titular se viera en la necesidad de hospitalizarse en un centro de asistencia médica de seguridad social ya sea por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía le cubrirá el monto correspondiente a los días que permaneció recluso en el centro hospitalario de acuerdo al límite diario que se señala en el cuadro de especificaciones. Para este caso se entenderá como centro hospitalario de seguridad social aquellos como el IMSS, ISSSTE, así también se consideran dentro de esta cobertura los centros de asistencia social, aquel establecimiento de caridad, beneficencia o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

XVIII. Cesárea o Parto Normal: La Compañía cubrirá los gastos de la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular que estén relacionados directamente con el evento del parto normal ó cesárea hasta el límite de Suma Asegurada establecido para esta cobertura en el Cuadro de Especificaciones vigente al inicio de la gestación.

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la póliza de Gastos Médicos Mayores. No aplicará deducible, ni coaseguro.

XIX. Reinstalación Automática: La suma asegurada básica para cada Asegurado se reinstalará automáticamente, en caso de que por algún accidente o enfermedad cubiertos llegase a disminuir o a agotarse la misma, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades, hasta por otro tanto de la suma asegurada básica contratada.

XX. Deportes Peligrosos: La práctica ocasional y/o vacacional de cualquier deporte. Opera únicamente cuando no haya culpa grave o negligencia por parte del asegurado. En todos los casos se aplicará un coaseguro del 25% y el deducible contratado.

XXI. Cobertura por Muerte Accidental: Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, la Compañía pagará a lo beneficiarios designados o a la falta de éstos a la sucesión del Asegurado, el importe de la suma asegurada establecida en la carátula de la póliza.

Este beneficio no se concederá si la muerte del Asegurado es debida directa o totalmente a:

- **Enfermedad corporal o mental, infecciones con excepción de las que acontezcan como resultado de una lesión accidental; tratamiento médico o quirúrgico, cuando éste no sea necesario a consecuencia de un accidente.**□
- **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, cualquiera que sea la causa que lo provoque.**□
- **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, excepto los accidentales.**
- **Actos de guerra (declarada o no), rebelión, insurrección o revolución, actos de terrorismo siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas.**
- **Lesiones sufridas al prestar servicio militar de cualquier clase.**□
- **Riña, siempre y cuando el Asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**□
- **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**□
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**□
- **La participación en eventos de box, cualquier clase de peleas, paracaidismo, charrería, alpinismo, escalada, espeleología, montañismo, exploración, senderismo (trekking), tauromaquia y cualquier clase de deporte aéreo.**□
- **Accidentes o lesiones que por culpa grave del Asegurado sufra como consecuencia de encontrarse en estado de ebriedad, bajo la influencia de enervantes o drogas, excepto cuando estas últimas hayan sido prescritas por un médico. Por estado de ebriedad se entenderá cuando el asegurado presente intoxicación por ingestión de bebidas alcohólicas, cualquiera que sea su grado o intensidad.**

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

XXIII. Gastos funerarios: Se cubrirá hasta la suma asegurada señalada en el cuadro de especificaciones si el asegurado fallece a consecuencia de un accidente cubierto por este contrato de seguro.

XXIV. Preexistencia Declarada: Esta cobertura cubre los padecimientos preexistentes que se declaren al momento de solicitar la póliza. Para efectos del presente seguro se entenderá como padecimientos preexistentes aquellos cuyos síntomas o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada asegurado de la póliza. Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua del seguro, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el periodo de espera mencionado anteriormente. Es requisito indispensable que el asegurado haya declarado que tiene dicho(s) padecimiento(s) al momento de solicitar la contratación del seguro.

XXV. Terapia Psicológica o Psiquiátrica: Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio del médico especialista y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un psicólogo o psiquiatra, requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico a consecuencia de:

- a) **Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales: Cáncer, Accidente vascular cerebral, Infarto al miocardio, Insuficiencia renal.**
- b) **Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia del seguro, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro, violación.**

En esta cobertura se amparan los honorarios del psicólogo o psiquiatra por un máximo de 24 consultas durante un año, además de los medicamentos recetados por el psicólogo o psiquiatra para el tratamiento terapéutico y de acuerdo a la dosis establecida por el mismo.

XXVI. Reconocimiento de Antigüedad: Esta cobertura aplicará en caso de que el Contratante y/o Asegurados acrediten haber estado cubiertos ininterrumpidamente con otras Compañías Aseguradoras en el ramo de Gastos Médicos Mayores hasta el momento de contratación con Banorte-Generali, por lo que con esta cobertura se eliminarán los periodos de espera para los padecimientos que se señalan en las Condiciones Generales de la Póliza, como coberturas sujetas a un periodo de espera.

XXVII. Servicio de Maestro a Domicilio 2010: De aparecer como incluida en el cuadro de especificaciones de la póliza, las características de esta cobertura se encuentran en el Anexo I.

COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA

I. Accidentes: Son materia de esta póliza los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el primer día y durante la vigencia de la póliza, siempre que la atención médica sea recibida en los primeros 90 días a partir de la fecha de ocurrido el evento y que no se encuentren consignados en la cláusula de Exclusiones.

II. Enfermedades: Quedarán cubiertas bajo esta póliza las enfermedades que se manifiesten cuando menos treinta días después del inicio de vigencia, rehabilitación o alta de un Asegurado a la póliza y que no se encuentren consignadas en la cláusula de Exclusiones. Aplica reconocimiento de antigüedad.

En caso de renovaciones y en las siguientes enfermedades (siempre que no sean preexistentes) este periodo no es aplicable:

- Apendicitis Aguda
- Intoxicación Alimentaria
- Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
- Golpe de calor (insolación)

III. Complicaciones del Embarazo y del Parto: El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre para la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular después de diez meses de antigüedad de la Asegurada afectada, los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del parto, con el límite establecido en el cuadro de especificaciones:

- Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Los estados de preclamsia y toxicosis gravídica.
- Mola Hidatiforme.
- Embarazo anembriónico.
- Placenta Previa
- Atonía Uterina
- Eclamsia

IV. Prematurez: El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los gastos de nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de diez meses de haberse dado de alta la madre (titular, cónyuge o hija asegurada).

Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en el cuadro de especificaciones, aplicando el deducible y coaseguro de póliza. Se establece como única Suma Asegurada para el caso de productos múltiples.

V. Circuncisión: El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los gastos derivados por circuncisión o sus complicaciones, siempre que se demuestre, con una patología, que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo, para los asegurados que cuenten con al menos doce meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad y en todos los casos deberá someterse a una segunda opinión médica.

VI. Las enfermedades que se enlistan a continuación, serán cubiertas por la Compañía, una vez transcurrido el período de espera que para cada una de ellas se indique, **siempre y cuando no sean preexistentes.**

Por **período de espera** se entenderá el lapso de tiempo existente entre la celebración del contrato y la fecha establecida para cada padecimiento o enfermedad, lapso en el cual dicho padecimiento o enfermedad no será parte del riesgo asumido por la Compañía.

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERIODO DE ESPERA
1. Ginecológicos.	10 meses
2. Litotripsias de vías urinarias, siendo el límite del tratamiento el señalado en el cuadro de especificaciones.	12 meses
3. Tratamiento médico o quirúrgico de vesícula y vías biliares.	12 meses
4. Tratamiento médico o quirúrgico de rodilla.	12 meses
5. Cirugías del piso perineal.	12 meses
6. Tumoraciones mamarias.	12 meses
7. Padecimientos anorectales.	12 meses
8. Hernias y eventraciones cualesquiera que sea su causa (incluyendo la hiatal y la de disco).	12 meses
9. Tratamiento médico quirúrgico de amígdalas y adenoides.	12 meses
10. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.	12 meses
11. Tratamiento médico o quirúrgico de nariz o senos paranasales, cualquiera que sea su causa, salvo cuando se trate de accidente.	12 meses
12. Padecimientos congénitos: - Asegurados nacidos durante la vigencia del seguro y dados de alta dentro de los treinta días posteriores al nacimiento. - Asegurados no nacidos durante la vigencia de la póliza siempre y cuando la primera manifestación sea después de los diez años de edad. Para efectos del presente seguro la primera manifestación será cuando la enfermedad sea diagnosticada por primera vez por un médico, o cuando es aparente a la vista, o cuando los síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos.	12 meses Titular o Cónyuge

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERIODO DE ESPERA
13. Gastos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). La condición será cubierta siempre que el contagio se realice durante el periodo de espera. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.	4 años
14. Xifosis, Lordosis y Escoliosis: se cubrirán los gastos derivados de estas deformidades. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.	2 años
15. Circuncisión. Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.	12 meses
16. Preexistencia Declarada. Para esta cobertura no aplica reconocimiento de antigüedad.	2 años

COBERTURAS OPCIONALES

- I. **Cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave:** La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si **durante la vigencia de la póliza**, al Asegurado o a sus dependientes económicos asegurados (que cumplan con la cláusula de edad de esta cobertura) se les diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves cubiertas y hayan cumplido con un periodo de espera de 30 días a partir del inicio de vigencia de la póliza y con el periodo de supervivencia estipulado en el rubro de Definiciones de este documento. **Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.**

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

Para efectos de este contrato se considerarán **enfermedades graves** únicamente las siguientes:

- Infarto al miocardio
- Accidente cerebro vascular
- Insuficiencia renal crónica
- Cáncer
- Transplante de órganos

1. Descripción de las Enfermedades Graves Cubiertas,

- a) **INFARTO AL MIOCARDIO:** La muerte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Cardiología, además de estar recibiendo tratamiento intrahospitalario y se presenten estudios de laboratorio y gabinete (Electrocardiograma, Ecocardiograma, Creatina quinasa (CK o CPK), Mioglobina, Troponina cardiospecífica "I" y "T", etc.), que confirmen el diagnóstico

No se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

- b) **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, que produzca secuelas neurológicas permanentes, secundaria a hemorragia, embolismo (intra o extracraneal) o infarto cerebral.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Neurología, y se presenten estudios de Imagen del cerebro (tomografía computada, resonancia magnética), u otros como el electroencefalograma (EEG) o dúplex carotídeo, que confirmen el diagnóstico.

Se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.

- c) **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o transplante de riñón.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

- d) **CÁNCER:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Oncología o Hematología y se presenten los resultados del estudio Histopatológico que confirme el diagnóstico.

Se excluye cualquier cáncer de piel, excepto el Melanoma Maligno.

- e) **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS:** Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano, de manera efectiva.

La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón; se deberá comprobar, mediante estudios médicos, de laboratorio e imagenología (cuando proceda) la disfunción severa del órgano, el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos y haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo del órgano.

Se excluye cualquier Trasplante de órganos no descritos en el párrafo que antecede, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier trasplante en calidad de donante.

2. **Edad de Aceptación.** Para efectos de esta cobertura la compañía aceptará a personas con edad de 18 hasta 59 años. La edad máxima de renovación es de 64 años.

EXCLUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS

No se cubrirán los gastos incurridos a consecuencia de:

- a) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:**
- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
 - Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) **Enfermedades congénitas y prematurez, salvo lo mencionado en la cláusula IV y VI.12 del apartado de Coberturas Sujetas a un Período de Espera de estas condiciones, no procederán cuando son originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.**
- c) **Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**
- d) **Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.**
- e) **Reducción mamaria de origen estético y gigantomastia, en este último caso, a menos que se acompañe de dictamen de un médico especialista en el que se determine que existe una afectación de columna por tal efecto.**
- f) **Tratamiento médico quirúrgico de calvicie, obesidad, esterilidad y reducción de peso así como sus consecuencias, aún y cuando formen parte del tratamiento de una enfermedad cubierta.**
- g) **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**
- h) **Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.**
- i) **La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos y todo tipo de equipo de rehabilitación como muletas, silla de rueda manual o eléctrica, cama tipo hospital o aparatos similares. Así también, se excluyen la compra de aparatos de uso ambulatorio (extrahospitalario) para la aplicación de medicamentos.**
- j) **Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.**

- k) Tratamientos psiquiátricos o psicológicos salvo por las causas mencionadas en la cláusula XXV del apartado de Coberturas Básicas de estas condiciones, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, demencia presenil, senil o precoz, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje de tipo cognoscitivo así como de tipo motor o adaptación a la vida diaria.
- l) Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.
- m) Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).
- n) Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto y anteojos; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis o epiqueratofaquia.
- o) Tratamientos dentales (excepto cuando son a consecuencia de un accidente), alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza y origen.
- p) Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el inciso III de las coberturas sujetas a un periodo de espera, así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa.
- q) De igual forma, no se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación cesárea, como son consultas, ultrasonidos.

- r) No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).
- s) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir hallus valgus (juanetes).
- t) Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como Check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
- u) Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, quiroprácticos, homeópatas, y vegetarianos, así como el tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo, quelaciones y ozonoterapia o cualquier otro tipo de medicina que no sea la alopática. Esta condición podrá ser cubierto únicamente para la práctica de la quiropraxia y homeopatía siempre que la reclamación sea manejada por reembolso y se anexe a la documentación la cedula profesional y el certificado de la especialidad correspondiente.
- v) Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- w) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
- x) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extra.
- y) Equipo de riñón artificial para uso personal.
- z) Lesión o enfermedad que se originen a consecuencia de actos terroristas, siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas o actos de guerra (declarada o no).

aa) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad, esterilidad o inseminación artificial.

bb) Tratamiento médico o quirúrgico para la impotencia o disfunción sexual, cambio de sexo y sus complicaciones.

2. Accidentes ni enfermedades que se originen por participar en:

a) Servicio militar de cualquier clase, actos de guerra (declarada o no), rebelión, insurrección o revolución, actos de terrorismo siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas.

b) Lesiones recibidas al participar en riñas o alborotos populares cuando el asegurado sea el provocador.

c) Inhalación de gases o humo, salvo que sea a consecuencia de un accidente.

d) Radiaciones atómicas, contaminación química o contaminación bacteriológica.

e) Envenenamientos de cualquier naturaleza, salvo que sea a consecuencia de un accidente.

f) Actos delictivos intencionales que resulten de la participación directa del Asegurado.

g) Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

h) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.

i) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero.

j) Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.

GENERALIDADES

CONTRATO

Las declaraciones del contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que llevan anexos, y el registro de Asegurados, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.

VIGENCIA

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

RENOVACIÓN

Este seguro se considerará renovado por periodos de un año, si dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período el contratante no da aviso por escrito que es su voluntad no renovarlo.

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

Los Asegurados cuya edad real en la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos en la póliza, no podrá renovar la póliza.

La Compañía establece que ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de la póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestro. Dado lo anterior, los Asegurados de este contrato cuentan con **Cobertura Sin Límite de Edad** siempre y cuando las primas hayan sido pagadas dentro de los plazos estipulados para tal efecto. Y no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas declaraciones.

En los casos en que por cualquier causa la Compañía suspenda la operación de seguros de gastos médicos mayores, los asegurados con siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los gastos médicos hasta el agotamiento de la Suma Asegurada siempre y cuando los gastos se deriven de los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

En los casos en que la renovación no se lleve a cabo por causas ajenas completamente a la voluntad del asegurado por incapacidad grave, ésta deberá comprobarse fehacientemente a la Compañía y por cuenta del reclamante.

Para efectos del presente seguro incapacidad grave será cuando la persona por causa de una enfermedad reversible o irreversible no pueda gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí misma y que carezca de representante legal. En estos casos la obligación de la Compañía únicamente será hasta el límite de la suma asegurada.

Una vez que el asegurado salga del estado de incapacidad grave, deberá cubrir a la Compañía dentro de los treinta días siguientes la prima de seguro correspondiente.

La prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada del Asegurado a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas que se encuentre en vigor, y será la que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a la Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Es obligación del Asegurado y/o Contratante, notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

Toda comunicación que la Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento, notificación que surtirá todos sus efectos legales.

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente **dentro de los treinta días** que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.” (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración de Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía comunicará en forma auténtica al contratante y/o asegurado o dependiente, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía reconozca la omisión o inexacta declaración.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título Quinto Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria en la fecha en que se efectúen los mismos.

En caso que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de erogación de los gastos.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 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 misma Ley: “El plazo de que trata el artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor”.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por las causas estipuladas en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

OCUPACIÓN

Inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los Asegurados, el Contratante deberá avisarlo por escrito a la Compañía para que ésta proceda a realizar los ajustes de prima necesarios. De no dar aviso y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro la suma asegurada se reducirá proporcionalmente al costo del nuevo riesgo.

PLAZO DE ESPERA Y CESACIÓN DE EFECTOS

La prima vence en el momento de la celebración del contrato. El Contratante dispondrá de treinta días para el pago de la prima o la primera fracción de ella, contados a partir de su vencimiento.

En caso de que la prima correspondiente o la primera fracción de ella (si se hubiere contratado pago fraccionado) no se liquidara dentro de los treinta días siguientes al vencimiento de cada período pactado, los efectos de la póliza cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo, además el asegurado perderá todos los derechos de antigüedad que tenía la póliza.

REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula que antecede, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día de plazo de gracia señalado en la cláusula de espera y cesación de efectos, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. La Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia de seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. Será necesario contestar el Cuestionario de Rehabilitación dentro de los primeros treinta días del período para que surta efecto dicha rehabilitación.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, la Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

PRIMA

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza, la edad y el sexo del Asegurado. La prima cubre un período de doce meses.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa en vigor a esa fecha y los recargos que determine la Compañía.

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la Compañía contra entrega de recibo correspondiente. En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza en referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, la Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Asegurado liquidará la diferencia.

EDAD

- a) La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de sesenta y cuatro (64) años.
- b) Siempre que el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sea contratado hasta los 64 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación, se contará con **Cobertura Sin Límite de Edad** en dicho plan.
- c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Empresa no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al momento de la celebración del mismo esté fuera de los límites de aceptación fijados por la Compañía, en cuyo caso devolverá al Asegurado la reserva matemática de su seguro, existente en la fecha de rescisión.
- d) Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:
 - I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondiera a la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.
 - II. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviera pagando una prima más alta que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiera pagado en el último año de vigencia de la póliza.
- b) La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

NACIMIENTOS

Los hijos del titular y/o cónyuge asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos por ella a partir del nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a la Compañía, acompañado el acta de nacimiento y el certificado de salud dentro de los treinta días siguientes a la fecha del nacimiento. De no hacerse así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de la Compañía.

REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de alta de algún Asegurado o aumento de beneficios, la Compañía cobrará mediante recibo correspondiente al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

En caso de baja de asegurados, de disminución de beneficios o cancelación de la póliza, la Compañía devolverá el 70% de la Prima pagada no devengada, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicite el movimiento.

SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a la Compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) Informe del Reclamante: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.
- b) Informe Médico: Este documento será llenado por el (los) médico(s) que hayan intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como médicos hayan participado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como informe del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensable para el nuevo análisis de dicho complemento.

- c) Comprobante de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos y enfermeras deberán ser expedidos en papel membreteado y de su propiedad, debiendo reunir los siguientes datos:

- Cédula Profesional
- Registro de Salubridad
- Registro Federal de Contribuyentes
- Folio

Cada recibo de honorarios **deberá estar circunstanciado a un solo concepto** (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.).

En caso de consultas médicas, harán llegar un recibo por cada consulta recibida. Si llegara a existir un recibo por honorarios que incluyera varios conceptos, se tomará el total del recibo por la cobertura de una consulta.

No se hará por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier semejante donde no se exigen remuneración, salvo lo mencionado en el apartado de las cláusulas adicionales.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados.

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera BANORTE-GENERALI, referente a su salud o enfermedades anteriores.

Asimismo, autorizan a las Compañías de Seguros a las que previamente han solicitado pólizas para que proporcionen a BANORTE-GENERALI, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez BANORTE-GENERALI, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de la solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por lo Asegurados.

PAGO DE INDEMNIZACIÓN

- a) Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo, serán liquidadas en el curso de los **treinta días** siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.
- b) Todas las indemnizaciones cubiertas por la compañía serán liquidadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.
- c) Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

d) **Tiempo de Indemnización:** Se cubrirán los gastos hasta agotar la suma asegurada, siempre que la enfermedad o accidente ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

En el caso de que el Asegurado cancele el seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o 3 días naturales posteriores a la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Para efectos de este contrato, se entiende por cancelación, cuando el Asegurado y/o Contratante externalizan su voluntad, en cualquier momento, a la Aseguradora de dar por terminado anticipadamente este contrato de seguro.

e) **El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por la Compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Asegurado.**

f) La Compañía sólo pagará los honorarios médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la atención, tratamiento, curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el resumen clínico con la nota y firma respectiva.

g) De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. La cantidad de honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano	Cantidad que resulte de aplicar la base de honorarios contratada al catálogo correspondiente
Anestesiólogo	30% de Honorarios para Cirujano
Ayudante	20% de Honorarios para Ayudante

INTERÉS MORATORIO

En caso de que BANORTE-GENERALI, 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, capital o renta, que sea procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o Beneficiario el interés moratorio que en conformidad con el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, que a la letra dice:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad y/o accidente amparados por esta póliza, se ajustarán los gastos presentados a los límites establecidos en la carátula de la póliza y en el cuadro de especificaciones de la misma. Los gastos reembolsables se sumarán y al total de éstos se restará la cantidad deducible que se menciona en el cuadro de especificaciones. Del importe así determinado se descontará el porcentaje por coaseguro que es a cargo del Asegurado.

RECLAMACIONES

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

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 reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él 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 reclamante y en caso de existir será liquidado por la compañía.

INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN

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.

LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NÚMERO CNSF-S0001-0671-2010 DE FECHA 16 DE JULIO DE 2010

ANEXO I

CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA MAESTRO A DOMICILIO 2010

SEGUROS BANORTE GENERALI, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE ("La Compañía") a través de EDUCA SYSTEM, S. DE R.L. DE C.V. (en adelante "EL PRESTADOR"), se obliga en caso de aparecer como incluida en el cuadro de especificaciones de la póliza, a prestar la siguiente cobertura:

I. Descripción de los Servicios

"El Prestador" se obliga a prestar a los asegurados de "La Compañía" y/o a los dependientes asegurados, siempre y cuando tengan contratada una póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores con la cobertura de Maestro a Domicilio 2010, el servicio de Asistencia Educativa. Servicio que consiste en el envío de un profesor al domicilio del asegurado, para prestarle ayuda académica y ponerlo al día de las materias atrasadas, bajo los siguientes términos y condiciones:

- El servicio se brindará en los caso de inmovilización por enfermedad o accidente por más de 15 días naturales, situación que se acreditará con el justificante extendido por el médico tratante;
- Incluye un máximo de 24 horas de clases particulares a domicilio, anuales por póliza en todas las materias o asignaturas escolares, únicamente para los niveles de primaria a bachillerato y cuando el asegurado tenga entre 6 y 20 años.
- La frecuencia y número de horas por sesión será determinada por "El Prestador" de acuerdo a las necesidades y nivel escolar del alumno.
- El asegurado contarán con un profesor designado por "El Prestador" para su apoyo en un máximo de 72 horas a partir de la solicitud de servicio presentada por el asegurado.
- Los comprobantes de inmovilización del alumno para que la asistencia proceda son el certificado médico y un certificado de la institución educativa en el que manifieste la inasistencia por el plazo mínimo de 15 días.
- La cobertura del servicio de Asistencia Educativa aplica a nivel nacional.

II. Procedimiento para Solicitar el Servicio de Asistencia Educativa en su domicilio.

- El asegurado deberá Comunicarse al Centro de Atención Telefónica (CAT) para solicitar el servicio. Horario: Lunes a Viernes de 9:00 a 20:00 hrs.
- El asegurado deberá proporcionar la siguiente información:
 - Nombre completo del Titular y Asegurado afectado
 - Dirección Completa y referencias
 - No. de Póliza
 - Teléfono de contacto
 - Fecha y hora en que desea recibir el servicio
- El CAT le proporcionará al asegurado un número de siniestro
- CAT contacta a "El Prestador" y proporciona datos del asegurado solicitante.
- "El Prestador" contacta al asegurado solicitante y confirma fecha y hora de atención.

- “El Prestador” informa al CAT sobre el acuerdo con el asegurado.
- “El Prestador” solicita al CAT número de autorización a por cada clase que imparta, la cual debe ser solicitada el día en que se otorgue el servicio por parte de “El Prestador”



BANORTE - GENERALI
SEGUROS



MANUAL DEL USUARIO EN CASO DE SINIESTRO

LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NÚMERO CNSF-S0001-0671-2010 DE FECHA 16 DE JULIO DE 2010

Para asistencia vía telefónica llame al

01800 201 6764

Disponible las 24 horas los 365 días
del año o vía electrónica al siguiente correo:

asistenciamedica@banorte.com

PRESENTACIÓN

Lo invitamos a que consulte el presente documento, con el propósito de que conozca los beneficios que le brinda la adquisición de la Póliza de gastos Médicos Mayores de Banorte-Generali. En este documento usted encontrará de una manera sencilla, los aspectos más relevantes de los diversos servicios que le ofrece Banorte-Generali, para apoyarlo en caso de requerir asistencia médica y resolver su problema de salud en caso de enfermedad o accidente.

CONTENIDO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT)	37
PAGO DIRECTO	38
REEMBOLSO DE GASTOS	39
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA	40
RED DE PROVEEDORES	41



BENEFICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA A ASEGURADOS (CAT).

Los beneficios que obtiene al adquirir su póliza de Gastos Médicos Mayores con Banorte Generali son entre otros los siguientes:

1. Centro de atención telefónica las 24 horas los 365 días del año.
 2. Red de Médicos Especialistas.
 3. Red Hospitalaria.
 4. Servicios de Apoyo.
 5. Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.
- 1.- **Nuestro CAT**, esta conformado por un grupo de médicos asesores y ejecutivos disponibles las 24 hrs del día los 365 días del año, cuyo función es orientarle en caso de enfermedad o accidente y ayudarlo a encontrar la mejor alternativa de solución a su problema de salud, en aspectos tales como:
- ¿Qué hacer en caso de emergencia?
 - Centros de Atención de Urgencias más cercanos a su domicilio.
 - Ayuda en la elección de la especialidad médica que requiera conforme a su padecimiento.
 - Coordinación para el internamiento en un centro hospitalario, en caso necesario.
 - Información de proveedores en convenio para servicios de laboratorio, gabinetes auxiliares de diagnóstico, etc.

Para tener acceso a estos servicios, sólo tiene que llamar al:

01800 201 67 64

o vía electrónica al siguiente correo:

asistenciamedica@banorte.com

Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.

2.- Red de Médicos.

Banorte-Generali cuenta con una amplia red de médicos especialistas reconocidos ante los consejos correspondientes, así como algunos con formación en el extranjero.

Es importante hacer mención que para poder acceder a nuestro directorio, será necesario que se comunique al Centro de Atención Telefónica en donde le proporcionaremos los proveedores que se encuentran en convenio con Banorte Generali o mediante nuestra página de Internet **www.banorte-general.com**

En aquellos casos en que se decida recibir la atención por parte de un Proveedor no incluido en la red de proveedores de Seguros Banorte Generali de acuerdo a la cobertura contratada, dicho gasto quedará a cargo del asegurado.

3.- Red Hospitalaria.

En aquellos casos en que su tratamiento médico ó quirúrgico requiera de hospitalización, **Banorte-Generali** cuenta con una amplia red de hospitales en convenio en toda la Republica Mexicana.

Algunos hospitales, le solicitarán un depósito por condiciones administrativas propias, lo cual es ajeno a la aseguradora. Usted puede evitar esta situación, mediante el uso del servicio de cirugía programada en los hospitales que tenemos designados.

Centros de Atención de Urgencias.

En caso de una emergencia es importante que usted se comuniquen de manera inmediata al CAT (Centro de Atención Telefónica) en donde se le orientará sobre los procedimientos a seguir para recibir la atención médica de manera expedita. Para este caso **Seguros Banorte Generali** cuenta con centros de atención de urgencias ubicadas de manera estratégica en las principales ciudades a donde se le podrá canalizar.

4.- Servicios de Apoyo

Nuestro CAT podrá asistirle para la coordinación de los siguientes servicios a precios preferenciales:

- Consulta a domicilio.
- Ambulancias terrestres.
- Consultas con médicos.
- Servicios de enfermería.

5. Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.

Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.

La información proporcionada por **Banorte-Generali** en este documento, tiene la finalidad de orientar al Asegurado; Es responsabilidad de usted la elección del prestador de servicios para la atención de su padecimiento, por lo que esta será responsabilidad del prestador de servicio que el Asegurado haya elegido.

PAGO DIRECTO

Es el servicio que ofrece Seguros Banorte Generali al asegurado para realizar el pago de los gastos efectuados de manera directa a los proveedores en convenio (Hospitales, médicos, etc). En caso de enfermedad ó accidente amparado por la póliza que requiera tratamiento médico o quirúrgico intra hospitalario, quedara a cargo del asegurado el deducible y coaseguro contratado, esto aplica para ingresos que ocurran tanto de manera programada o por urgencia.

REQUISITOS BASICOS PARA EL PAGO DIRECTO.

- Atención con médicos y hospitales en convenio.
- Póliza vigente y pagada al momento de requerir el servicio.
- Contar con diagnóstico definitivo.
- Que el gasto supere el deducible contratado.
- Enfermedad o accidente amparado por la póliza.
- Identificarse con su tarjeta **Banorte-Generali** acompañada de una identificación oficial. (IFE, pasaporte, cedula profesional).

Esperar la visita de nuestro médico coordinador dentro de las primeras 24 horas de su internamiento quien realizará un dictamen de su caso con base a las coberturas contratadas en su póliza. Si dicho dictamen resultara procedente se emitirá la **Carta-Autorización** de pago directo, de la cual le será entregada una copia como constancia del servicio proporcionado.

El médico coordinador en su visita deberá informarle sobre los montos que quedan a su cargo (deducible, coaseguro y gastos personales)

El beneficio de pago directo con medico y hospital de la red es la disminución y/o eliminación del deducible y coaseguro contratado.

En caso de una emergencia

- De ser posible comuníquese de inmediato al Centro de Atención Telefónica para recibir instrucciones.
- Asista a un Hospital en Convenio con **Banorte-Generali**, de acuerdo al plan contratado.
- Identificarse con su tarjeta **Banorte-Generali** acompañada de una identificación oficial. (IFE, pasaporte, cedula profesional).
- Solicite le sea asignado un medico de convenio.

Cabe mencionar que si el asegurado ha erogado antes o después de la hospitalización algún gasto como pago de consultas, medicamentos, estudios de laboratorio ó gabinete, estos serán indemnizados vía Reembolso de acuerdo con las condiciones de cobertura de su contrato de seguro. **El pago directo es un servicio que Banorte-Generali le ofrece a sus asegurados, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes mencionados.**

REEMBOLSO DE GASTOS

Es el sistema de pago mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la póliza, deberán ser liquidados por el asegurado al prestador de servicios correspondientes.

Los gastos procedentes le serán reintegrados de acuerdo a las condiciones de su póliza.

Para poder realizar este trámite se deberá presentar la siguiente documentación original:

Informe médico:

Este documento será debidamente requisitado por su (s) médico (s) tratante (s), en los formatos oficiales de la Compañía.

Informe del Reclamante:

Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

Facturas, recibos, y recetas médicas (verifique que reúnan los requisitos fiscales). Estudios de laboratorio y gabinete con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad ó accidente.

Una vez presentada esta documentación a **Banorte-Generali**, se analizará el caso y recibirá una respuesta del dictamen emitiendo el pago correspondiente en caso de ser procedente.

En caso de reclamar más de un padecimiento, la documentación antes mencionada deberá ser entregada por separado de cada uno de los padecimientos reclamados.

En caso de padecimientos crónicos se deberá de presentar un informe medico actualizado cada 6 meses.

Ofrecemos a nuestros asegurados el servicio de pago por medio de transferencia interbancaria sin costo alguno (previo llenado del formato institucional), la cuenta deberá ser del contratante de la póliza titular o afectado ya que son los únicos a los que se les podrá expedir transferencia interbancaria o cheque, recomendamos adjuntar al formato copia del estado de cuenta bancario que incluya la *clabe* interbancaria de 18 dígitos.

CIRUGÍA PROGRAMADA

Para realizar la programación de su cirugía, deberá solicitarla con cinco días hábiles previos a su internamiento, adjuntando la siguiente documentación:

Informe médico:

Este documento será debidamente requisitado por su (s) médico (s) tratante (s), en los formatos oficiales de la Compañía.

Informe del Reclamante:

Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

Recetas médicas

Estudios de laboratorio y gabinete con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad ó accidente.

¿CÓMO ACCESAR A NUESTRA RED DE PROVEEDORES?

Nuestra red de proveedores se encuentra disponible en la pagina:

www.banorte-general.com

- 1.- Accese a la página **www.banorte-general.com**
- 2.- Seleccione la empresa **Seguros**
- 3.- Seleccione la sección **Gastos Médicos**
- 4.- Seleccione directorio medico.
- 5.- Ingrese su número de póliza.
- 6.- Seleccione la Ciudad de su ubicación y que tipo de proveedor requiere.
- 7.- Seleccione al proveedor deseado.