

**Condiciones
Generales**

Seguro Individual y/o Familiar de
Gastos Médicos Mayores

CONDICIONES GENERALES

DEFINICIONES

COMPañÍA.

Para los efectos de este Contrato, se designará a **Aseguradora Interacciones, S.A., Grupo Financiero Interacciones, como "La Compañía"**

CONTRATANTE.

Es la persona Física o Moral que ha solicitado la celebración de un Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores para sí y/o para terceras personas, siendo quien además se compromete a efectuar el pago de las primas del Plan contratado.

ASEGURADO TITULAR.

Aquella persona que firma como responsable de la Póliza en la solicitud. En el caso de que el Asegurado Titular sea menor de edad, se requerirá la autorización del padre a tutor.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO TITULAR.

Se entenderá al Cónyuge del mismo y los hijos con edad de hasta 25 (veinticinco) años que sean solteros y no tengan remuneración por trabajo personal. En caso de que el Asegurado Titular sea soltero, se considerarán a sus padres como dependientes económicos, siempre que cumplan con los requisitos de aceptación.

Se entenderá también por dependiente económico al concubinario que posea tal carácter conforme lo dispuesto en el artículo 1635 del Código Civil del D.F. en materia común y para toda la República en materia Federal.

ACCIDENTE CUBIERTO.

Evento proveniente de una causa externa, súbita, violenta y fortuita sin que intervenga la voluntad del asegurado o beneficiarios, que produce lesiones o la muerte del Asegurado dentro de la vigencia del seguro.

Se excluirán las lesiones corporales causadas intencionalmente por el Asegurado y/o familiares.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un accidente se considerarán como un solo evento.

El gasto erogado por accidente deberá rebasar el deducible contratado en la carátula de la póliza, para que éste sea considerado como un gasto médico mayor.

ENFERMEDAD CUBIERTA.

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas, de su tratamiento médico y/o quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

El gasto erogado por enfermedad deberá rebasar el deducible contratado en la carátula de la póliza.

ENFERMEDAD CONGÉNITA.

Es aquella que se adquiere en el útero materno o desde la concepción.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES.

Son aquellos padecimientos que:

- Por sus síntomas o signos no pueden pasar desapercibidos.
- Se ha integrado un diagnóstico médico previo a la vigencia de la Póliza.
- Son aparentes a la vista.
- Los que hayan erogado algún gasto para su tratamiento.

Además de que éstos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de alta de cada Asegurado en la Póliza.

EMERGENCIA MÉDICA.

Es la aparición repentina de la alteración de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal magnitud, que ponen en peligro la vida del Asegurado accidentado y/o enfermo, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad máxima que se pagará a cada Asegurado, como consecuencia de las reclamaciones procedentes por cada accidente y/o enfermedad, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, Endosos y Cláusulas correspondientes a cada cobertura.

La suma asegurada será fija a partir de la fecha en que se produzca el primer gasto cubierto.

DEDUCIBLE.

Cantidad establecida en la Carátula de la Póliza a cargo del Asegurado por concepto de los primeros gastos cubiertos para cada accidente o enfermedad amparados.

COASEGURO.

Porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza como participación del Asegurado, que se aplicará a los gastos cubiertos, una vez descontado el deducible para cada reclamación.

MÉDICO.

Persona que ejerce la Medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión como Médico General.

MÉDICO ESPECIALISTA.

Persona que ejerce la Medicina en alguna de sus subespecialidades, titulada y con registro del Consejo Médico correspondiente.

HONORARIOS MÉDICOS.

Son los honorarios de Médicos legalmente autorizados mediante cédula profesional vigente y consejo correspondiente para ejercer su profesión.

HOSPITAL.

Institución legalmente autorizada para brindar atención médica y/o quirúrgica, que cuente con Salas de Intervenciones Quirúrgicas, Médicos y Enfermeras titulados.

HOSPITALES DE CONVENIO.

Son los indicados en el Directorio de la Póliza.

HOSPITALIZACIÓN.

Para los efectos de este seguro, es la estancia continua mayor de 24 (veinticuatro) horas en un Hospital, Clínica o Sanatorio, comprobable y justificada para el accidente y/o enfermedad reclamado (padecimiento).

El tiempo de permanencia se contabilizará a partir del momento en que el Asegurado ingresa como paciente interno a la Institución.

INICIO DE COBERTURA.

Fecha en que el Asegurado es dado de alta en la Póliza de Gastos Médicos Mayores. En caso de enfermedades, ésta inicia después de 30 días en que el Asegurado es dado de alta en la Póliza de Gastos Médicos Mayores.

VIGENCIA.

Período de validez del Contrato. Salvo pacto en contrario, la duración del Contrato será de un año a partir de la fecha que se estipule en la Carátula de la Póliza.

ANTIGÜEDAD.

En función a la fecha de inicio de cobertura, se determinará la antigüedad desde la fecha en que el (los) Asegurado(s) ingresó(aron) a "**La Compañía**", siempre y cuando renueve(n) la Póliza con vigencias sucesivas ininterrumpidas y haya(n) efectuado el pago de la prima correspondiente.

Si la Póliza se cancela o no se renueva, el(los) Asegurado(s) perderá(n) su antigüedad.

Si en el futuro se desea contratar la Póliza de Gastos Médicos Mayores con "**La Compañía**", la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.

Se otorgará este beneficio sin costo adicional, a todas las personas que hayan estado aseguradas ininterrumpidamente en otra Compañía de Seguros, previa comprobación mediante recibo sellado de la Compañía anterior. Para tal efecto quedarán cubiertos padecimientos afectados, excepto parto o cesárea, por períodos de espera de acuerdo a las condiciones del presente contrato y que se hayan hecho presentes en las personas aseguradas posterior a la fecha inicial de vigencia de la Póliza.

No quedarán incluidos padecimientos que, por sus síntomas y manifestaciones directas e indirectas, pudiesen tener tiempo de antigüedad mayor al tiempo transcurrido entre la fecha de alta del Asegurado en su Póliza anterior vigente a la fecha de transferencia y la fecha de vigencia inicial de ésta Póliza.

NACIMIENTOS.

Cuando se aseguren a los dependientes económicos, los hijos de la pareja designada en la solicitud, nacidos durante la vigencia del seguro, quedarán

cubiertos desde su nacimiento, debiéndose notificar a "**La Compañía**", de su alta dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de nacimiento, previa aceptación y hagan el pago de la prima respectiva.

GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (GUA).

Se entenderá como tal, aquellos gastos cuyo monto o valor han sido fijados en el mercado, entre los prestadores de Servicios Médicos, Hospitalarios y "**La Compañía**", en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones y equipos hospitalarios respectivos y a las circunstancias del tiempo y costo de utilización, siendo estos gastos del Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos y de servicios en general con los que se rige la presente Póliza.

SINIESTRO.

Es la ocurrencia de un accidente y/o enfermedad amparados específicamente por la Póliza.

TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS.

Comprende los porcentajes de cada intervención quirúrgica, procedimiento o diagnóstico médico y sus características de aplicación establecidas.

Esta tabla podrá eliminarse sólo mediante convenio expreso, en cuyo caso se pagará como máximo por cada intervención quirúrgica, la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Honorarios Quirúrgicos.

PAGO DIRECTO.

Es el beneficio mediante el cual "**La Compañía**" liquidará directamente al prestador de servicios, los gastos que procedan por motivo de accidente y/o enfermedad amparados por este Contrato.

Este procedimiento de Pago Directo, es un servicio adicional que ofrece "**La Compañía**" al Asegurado, sin que por ello quede obligada a realizarlo.

REEMBOLSO.

Este sistema consiste en que los gastos realizados a consecuencia de algún accidente y/o enfermedad deberán ser liquidados por el Asegurado Titular al prestador de servicios; aquellos que procedan en términos de los gastos cubiertos

por la Póliza, serán posteriormente reembolsados al Contratante y/o Asegurado y/o a quien éste designe.

PRIMAS.

El monto de la Prima de esta Póliza será la suma de las Primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de inicio de vigencia, aplicando las tarifas que se encuentren en vigor en esa fecha. El pago de la Prima se efectuará contra entrega del Recibo Oficial, el cual será el único comprobante de pago.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS.

Beneficio mediante el cual "**La Compañía**" ofrece el servicio de pago directo, previo a la Intervención Quirúrgica y/o tratamiento con Hospitalización o Cirugía Ambulatoria. Al utilizar este servicio el asegurado contará con el beneficio de eliminación de deducible si el médico tratante acepta el tabulador de "**La Compañía**".

PERIODO AL DESCUBIERTO.

Es el lapso en el cual la Póliza no está pagada, inicia al siguiente día de finalizado el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

En el momento de originarse un periodo al descubierto, el o los asegurados que se encuentren incluidos en el registro de la Póliza pierden la antigüedad que hayan generado hasta el momento.

No procederá el pago de reclamaciones por accidentes y/o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este periodo.

PERIODO DE ESPERA.

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua para cada Asegurado de la Póliza para que se puedan cubrir ciertos padecimientos, siempre y cuando las primeras manifestaciones no ocurran en dicho periodo.

PERIODO DE GRACIA.

Es el lapso de 30 (treinta) días naturales, contados a partir del inicio de vigencia de la Póliza o Recibo, que tiene el Contratante para liquidar el total de la Prima a cada una de las parcialidades pactadas en el Contrato.

Durante este periodo el Asegurado gozará del beneficio del pago de siniestros por reembolso una vez que la prima pactada haya sido cubierta.

En este periodo “ la Compañía” no esta obligada a otorgar el beneficio de pago directo.

ENDOSO.

Documento contractual que modifica, previo acuerdo entre las partes, las Condiciones del Contrato y forma parte de éste.

Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contra ponga.

PERIODO DE BENEFICIO.

Es el plazo contado a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, siempre que la Póliza se encuentre en vigor, durante el cual se pagarán los gastos, hasta por el monto de Suma Asegurada señalado en la Carátula de la Póliza por cada accidente y/o enfermedad cubiertos y de los cuales se haya presentado alguna reclamación.

Si la Póliza es renovada, dicho período se extenderá mientras se cumpla esta condición.

Si por el contrario la Póliza no es renovada, cesarán los efectos de esta cláusula al momento de la cancelación de la misma o al término de su vigencia.

GASTOS CUBIERTOS:

Si como consecuencia de un accidente y/o enfermedad que haya tenido tratamiento médico y/o quirúrgico cubierto por la Póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados a continuación, "La Compañía" reembolsará el costo de los mismos hasta por un porcentaje o el total en su caso, de la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en la Carátula de la Póliza por tipo de gasto, Deducible, Coaseguro, Inicio de Vigencia y Período de Cobertura, así como las Condiciones Generales, Endosos y Cláusulas Adicionales, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura. En caso de accidente no se aplicará el deducible y coaseguro.

1. HONORARIOS DE MÉDICOS POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

"**La Compañía**" pagará como máximo, la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje establecido en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos para cada operación, a la Suma Asegurada Máxima contratada para esta cobertura.

En caso de que se haya eliminado dicha tabla, se pagará hasta el tope de la Suma Asegurada pactada para esta cobertura.

La cantidad de Honorarios Quirúrgicos que se pague incluirá las atenciones prestadas al Asegurado por los Cirujanos, Anestesiólogos, Ayudantes e Instrumentistas.

Cuando el Cirujano practique dos Intervenciones Quirúrgicas en el mismo campo operatorio, durante la misma sesión quirúrgica; se pagará sólo la mayor al 100% (cien por ciento) de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos correspondiente.

Cuando el Cirujano practique dos Intervenciones Quirúrgicas en diferente campo operatorio de la misma especialidad, se pagará la mayor al 100% (cien por ciento) del Catálogo de Honorarios Quirúrgicos y la segunda al 50% (cincuenta por ciento) de su costo según el catálogo en cita.

Si en la misma sesión quirúrgica se practicaran dos cirugías de diferente especialidad en diferente campo quirúrgico, se pagarán ambas al 100% (cien por ciento) del catálogo citado.

Se cubrirán los honorarios por segunda opinión médica cuando el Médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico.

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas postoperatorias, se considerarán como una sola; si se atribuye a otras causas se considerará como una intervención distinta e independiente de la primera.

Las Intervenciones Quirúrgicas posteriores a la inicial por el mismo padecimiento y que sean atribuibles a la mal practis no quedarán cubiertas.

Las Intervenciones Quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el Catálogo se valorarán por similitud a las comprendidas en él.

Los honorarios quirúrgicos incluyen consultas postoperatorias por un periodo de 15 días.

2. CUARTO DE HOSPITAL.

Se cubrirá el costo de habitación privada estándar de acuerdo al plan contratado, las medicinas y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante, por cada día de hospitalización, siempre que la severidad del padecimiento lo requiera.

3. HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS Y ATENCIÓN MÉDICA QUIRÚRGICA.

Se cubrirán estos honorarios, siempre que los Médicos no sean familiares del Asegurado. En la Carátula de esta Póliza se establecerá la cantidad máxima para cubrir estos honorarios.

4. EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O GABINETE.

Análisis de laboratorio o estudios de Rayos X, Isótopos Radioactivos, Ecocardiografía, Electrocardiografía, Encefalografía, Resonancia Magnética, Tomografías o cualquier otro estudio, siempre y cuando sean necesarios para detectar o determinar el origen del accidente y/o enfermedad objeto de la reclamación.

5. GASTOS DE SALA DE OPERACIÓN, CURACIÓN Y RECUPERACIÓN.

6. HONORARIOS DE ENFERMERA.

Siempre que esté legalmente autorizada para ejercer su profesión y cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante y la incapacidad del padecimiento lo requiera. La cantidad máxima para cubrir estos honorarios se establecerá en la Carátula de la Póliza, con límite máximo de 30 (treinta) días.

7. MEDICAMENTOS FUERA DE HOSPITAL.

Se pagarán los medicamentos adquiridos fuera del Hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y el recibo sea acompañado por la receta correspondiente.

8. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES.

Se incluyen aplicaciones sangre, suero y otras sustancias semejantes que sean necesarios para el control del accidente y/o enfermedad, cubiertos por la Póliza, motivo de la reclamación.

9. CONSUMO DE OXIGENO.

Siempre que sea necesario para el control del accidente y/o enfermedad cubiertos y sea prescrita por el Médico Tratante.

10. SERVICIOS DE TERAPIA.

Física, Radioactiva, Fisioterapia, Quimioterapia, Inhaloterapia, Terapia Intensiva o Intermedia, cubiertos por la Póliza.

11. RENTA DE EQUIPO.

Gastos originados por el uso de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial y otros aparatos que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria.

Para hacer efectiva esta cláusula será necesario que el Asegurado notifique a "La Compañía" del requerimiento del equipo mencionado en el párrafo anterior, quien le asesorará sobre la renta o adquisición del mismo.

En los casos, en los cuales el equipo haya sido adquirido, se entenderá que éste es propiedad de "La Compañía" y por lo tanto deberá ser devuelto una vez concluido su uso.

12. APARATOS ORTOPÉDICOS Y PRÓTESIS.

Estarán cubiertos todo tipo de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran para la función del órgano o miembro afectado, **exceptuando los dentales, en cuyo caso sólo se cubrirán cuando sean indispensables a consecuencia de un accidente y hasta por el límite especificado en la Carátula de la Póliza.**

Quedará excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del accidente y/o enfermedad cubiertos.

Se excluyen prótesis con fines estéticos.

13. SERVICIOS DE AMBULANCIA.

Sólo se cubrirá la Ambulancia Terrestre dentro de los límites territoriales de la República Mexicana cuando el Asegurado manifieste una alteración de la salud que por sus síntomas y signos sean de tal severidad que pongan en peligro su vida y/o la funcionalidad de sus órganos.

14. AMBULANCIA AÉREA EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA.

Cubre la transportación en Ambulancia Aérea, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura, en territorio nacional si a consecuencia de una emergencia médica, el asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios necesarios para su atención. Considerándose como emergencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Este beneficio no se brindará cuando:

- **El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
- **El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- **El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino.**
- **El paciente no tenga una identificación y el número de su Póliza de Gastos Médicos Mayores.**
- **El horario y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**
- **Si en la localidad no existe un lugar seguro para que aterrice la aeronave.**

Este beneficio opera a través de pago por reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un coaseguro del 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo.

15. TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS.

Se cubrirán los gastos de tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo, no estético, que resulten como consecuencia de un accidente y/o enfermedad ocurridos durante la vigencia del seguro y cubiertos por la Póliza; esta cobertura se hace extensiva a los hijos del Asegurado nacidos durante la vigencia de esta Póliza y cubiertos por ella desde el primer día de nacidos, para el

caso de malformaciones congénitas, siempre cuando la madre de dicho asegurado tenga por lo menos 10 meses de vigencia continua con la Póliza al momento de nacimiento del afectado.

16. PARTO O CESÁREA.

"La Compañía" cubrirá **anualmente** sólo un parto u operación cesárea, hasta por un monto que en ningún caso será superior al indicado por esta cobertura en la carátula de la Póliza, siempre que el parto u operación cesárea se realice cuando menos 10 (diez) meses después de la fecha de alta de la Asegurada a la póliza.

Sólo se cubrirá el parto u operación cesárea si las afectadas son la Asegurada Titular, Cónyuge o Concubina.

Esta cláusula no opera para las hijas del Asegurado Titular.

17. COMPLICACIONES DE EMBARAZO O DEL PARTO.

Todas las complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio estarán cubiertas sólo por evento con una Suma Asegurada máxima de 10 (diez) veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal, siempre y cuando requiera hospitalización.

18. TERRITORIOS.

a) Nacional

Se cubrirán los Gastos Médicos que el(los) Asegurado(s) erogare(n) en cualquier parte de la República Mexicana.

b) Nacional con Cobertura de Emergencia en el Extranjero

En adición a lo señalado en el punto anterior, se cubrirán los gastos de emergencia por padecimientos que sufra el Asegurado en el extranjero exclusivamente, cuando se encuentre de vacaciones o en viaje de negocios, siempre y cuando haya contratado esta cobertura.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por lo tanto los efectos de esta cobertura.

Salvo pacto contrario, la Suma Asegurada, por este beneficio será de \$50,000 USD, independientemente de la S.A. del plan básico; el deducible será de \$50 USD fijo, y el coaseguro se eliminará.

"La Compañía" pagará la reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos.

Se excluirá todo accidente y/o enfermedad que se haya iniciado en Territorio Nacional.

No se cubrirán las complicaciones del embarazo y/o del(los) recién nacido(s).

Se excluyen los tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el Médico Tratante y "La Compañía".

c) Cobertura en el Extranjero

Se cubrirán los Gastos Médicos erogados fuera de la República Mexicana por los accidentes y/o enfermedades amparados por la Póliza y que hayan derivado en un tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura.

Salvo pacto contrario, el deducible de este beneficio será el del plan nacional y el coaseguro 10 puntos porcentuales por arriba del plan nacional. El pago de honorarios quirúrgicos para este beneficiario será el mismo que el del plan nacional.

Los efectos de la presente cláusula cesarán a partir del momento en que el Asegurado rebasa 3 meses de permanencia continua e ininterrumpida en el extranjero.

En el momento en el que el Asegurado reingrese en territorio nacional, los efectos de esta cláusula quedarán restaurados a sus condiciones normales contratadas.

19. HOSPITALES.

a) Hospital de Nivel Básico

Cuando se contrate la Póliza para este tipo de Hospitales y en caso de siniestro se acuda a algún otro de Nivel "Medio", su coaseguro se verá incrementado en 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales; si se utiliza un Hospital de Nivel "Alto", el coaseguro se incrementará en 30 (treinta) puntos porcentuales.

b) Hospital de Nivel Medio

Cuando se contrate la Póliza para este tipo de Hospitales y en caso de siniestro se acuda a algún otro de Nivel "Alto", su coaseguro se verá incrementado en 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales.

c) Hospital de Nivel Alto

En las Pólizas con este tipo de Hospitales, el Asegurado podrá hacer uso de cualquier tipo de Hospital.

En caso de accidente se elimina por completo el deducible. El coaseguro se eliminará también si la reclamación se presenta dentro de los 90 días de ocurrido el siniestro.

Cuando el Asegurado opte por atenderse con Médicos y Hospitales de convenio, de acuerdo al nivel contratado:

- El coaseguro se eliminará hasta un tope de 15 puntos porcentuales, quedando el excedente a cargo del asegurado.
- El deducible se eliminará sólo hasta el equivalente a tres veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal, quedando el excedente a cargo del asegurado.

20. ZONA GEOGRÁFICA.

Para efectos de tarificación, la República Mexicana se dividirá en dos zonas:

Zona I: Comprende el Distrito Federal, Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Jalisco, Estado de México, Morelos, Hidalgo.

Zona II: El resto del país.

Cuando se contrate la Zona Geográfica II y en caso de siniestro se acuda a la Zona 1, el coaseguro se verá incrementado en 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales.

21. COBERTURA DE ÚLTIMOS GASTOS.

Si se contrató esta cobertura, en caso de fallecimiento de alguno de los Asegurados, dentro de la vigencia de la Póliza; "La Compañía" pagará a los beneficiarios designados o a falta de esta, a su sucesión legal, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura con la finalidad de cubrir los gastos de sepelio correspondientes.

Esta cobertura será nula cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de un accidente y/o enfermedad con fecha anterior a la fecha de iniciación de la vigencia de la Póliza o a la alta de ésta, o bien no se haya contratado explícitamente esta cobertura para el Asegurado que falleció.

En caso de hijos menores de 12 años, la suma asegurada máxima será de 60 (sesenta) Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el Distrito Federal (SMGMVDF), en la fecha de pago.

22. SEGURO SALDADO POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR.

Si durante la vigencia de la Póliza el Asegurado Titular fallece, "La Compañía" expedirá bajo las mismas condiciones de este Contrato, una nueva Póliza con duración de cinco años, en la cual quedarán amparados el Cónyuge y/o los hijos del Asegurado Titular, siempre y cuando se haya contratado esta cobertura.

Con excepción del Cónyuge, la permanencia de los demás dependientes en esta Póliza concluirá cuando alcancen la edad de 25 (veinticinco) años.

Al término de la vigencia de la nueva Póliza, su renovación quedará sujeta al pago de la prima, de acuerdo con las condiciones del Contrato y tarifas vigentes a esa fecha.

Los nuevos ingresos se cobrarán de acuerdo a la tarifa vigente y no habrá devoluciones por bajas de asegurados cubiertos por el citado beneficio.

Esta cobertura será nula cuando el fallecimiento del Asegurado Titular sea a consecuencia de un accidente y/o enfermedad con fecha anterior a la fecha de iniciación de la vigencia de la Póliza o a la alta de ésta.

23. TRANSPLANTES.

Se cubrirán los trasplantes por concepto de:

- Corazón
- Riñones
- Médula Ósea

Se excluyen los procedimientos autólogos.

Los costos de extracción, conservación y transporte de órganos no quedan amparados por ésta Póliza.

24. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.

"La Compañía" pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, o a falta de estos a su sucesión legal, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si éste fallece como consecuencia de un accidente dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, siempre y cuando haya contratado esta cobertura.

**25. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y
PÉRDIDA DE MIEMBROS.**

"La Compañía" pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado, o a falta de estos a su sucesión legal, la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura, si éste fallece como consecuencia de un accidente o la indemnización correspondiente si el Asegurado sufre una pérdida de miembros como consecuencia de un accidente de acuerdo a la tabla siguiente, dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente, siempre y cuando haya contratado esta cobertura.

**Tabla de Indemnizaciones
Porcentaje de Suma Asegurada**

CONCEPTO	ESCALA "A"	ESCALA "B"
La vida	100 %	100 %
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	-	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	-	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	-	25%
El pulgar y otro dedo de una mano que no sea el índice	-	25%
La audición total e irreversible de ambos oídos	-	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	-	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm de un miembro inferior	-	5%
El dedo medio, anular o meñique	-	5%

Para efectos de este beneficio, se entiende por Pérdida:

- Irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, la desaparición completa e irreversible de la visión de ambos ojos.
- De una mano, su separación completa desde la articulación del puño o arriba de ella.
- De un pie, su separación completa desde la articulación del tobillo o arriba de ella.
- De la vista de un ojo, la desaparición completa e irreversible de la visión de ese ojo.
- Del pulgar o índice, la separación de dos falanges completas de cada dedo.

También se entenderá por pérdida de una mano o de un pie o de un dedo la pérdida total y evidente de la función del mismo a consecuencia de un accidente.

En caso de existir varias pérdidas derivadas del mismo accidente, la cantidad total no excederá la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

26. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD.

Incapacidad Total:

Si el Asegurado contrató esta cobertura y como consecuencia directa de un accidente y dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado sufre una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación y se encontrare recluso en un sanatorio, "**La Compañía**" pagará al Asegurado la indemnización diaria contratada para esta cobertura, por un período que no excederá de 1,460 (mil cuatrocientos sesenta) días.

Incapacidad Parcial:

Si dentro de los diez días siguientes a la fecha del accidente e inmediatamente después de un período de Incapacidad Total cubierta de acuerdo al párrafo anterior, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren una incapacidad para desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, "**La Compañía**" pagará al Asegurado durante el período de incapacidad el 40 % (cuarenta por ciento) de la Indemnización Diaria contratada para la cobertura de incapacidad Total, sin exceder el período de pago de 180 (ciento ochenta) días consecutivos.

Si durante el período que el Asegurado se encontrare disfrutando de la Indemnización Diaria por Incapacidad Total o Parcial, cubierta de acuerdo con los dos párrafos anteriores, y como consecuencia ocurriese la Muerte o las Pérdidas Orgánicas, "La Compañía" pagará las Sumas Aseguradas contratadas para estas coberturas.

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA.

Se cubren tratamientos médicos y/o quirúrgicos de los siguientes padecimientos, siempre y cuando las primeras manifestaciones se presenten después de doce meses de alta del asegurado afectado a la Póliza contratada:

- Padecimientos generados por la formación de Cálculos en el organismo.
- Padecimientos ginecológicos y propios de la mujer.
- De la columna vertebral.
- Insuficiencia venosa y varices de miembros inferiores.
- Del piso perineal.
- Padecimientos de glándulas mamarias.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapso del recto.
- Amigdalitis.
- Hernias.
- Con un período de espera, las derivaciones secundarias del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (S.I.D.A.), siempre que se tenga 4 (cuatro) años ininterrumpidos de vigencia y primas pagadas oportunamente de las Pólizas que le anteceden a la que sí se pretende afectar.

GASTOS NO CUBIERTOS.

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre gastos que se originen a consecuencia de:

- 1. Padecimientos preexistentes.**
- 2. Se excluye el pago de complementos de otras compañías salvo convenio expreso y aprobación de “La Compañía”.**
- 3. Tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis o alteraciones del sueño, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje.**
- 4. Aborto Intencional provocado o voluntario , así como sus secuelas o complicaciones.**
- 5. Padecimientos que resulten de alcoholismo o toxicomanías, así como aquellos derivados de accidentes que ocurran como consecuencia de los efectos de alcohol o drogas, excepto las prescritas por un Médico.**
- 6. Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente y/o enfermedad ocurrida durante la vigencia de la Póliza. Asimismo tratamientos médicos o quirúrgicos para reducción de peso, obesidad, acné y calvicie.**
- 7. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones.**
- 8. Adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos auditivos. Tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, así como queratomileusis y epiqueratofaquia.**
- 9. Tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus; salvo pacto en contrario.**

- 10. Tratamientos médicos o quirúrgicos de amígdalas, adenoides o hemorroides cuyas primeras manifestaciones se presenten antes del primer año de vigencia para cada asegurado.**
- 11. Los gastos relativos a cirugía nasal serán reportados a la cabina de siniestros para su previa valoración del acto quirúrgico por parte del médico designado por "La Compañía"; de no ser así se considera como exclusión.**
- 12. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital, excepto cama extra.**
- 13. Cualquier lesión, así como suicidio o conato de él, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean sus causas o circunstancias que lo provoquen, inclusive cuando se cometa en estado de enajenación mental e inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
- 14. Lesiones que ocurran en riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- 15. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- 16. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- 17. Práctica de: box, buceo, lucha greco romana, lucha libre, artes marciales, charrería, tauromaquia, deportes aéreos, cacería, alpinismo, paracaidismo, espeleología y rapel, salvo pacto en contrario.**
- 18. La práctica profesional de cualquier deporte; salvo pacto en contrario.**

19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
20. Tratamiento médico o quirúrgico resultado de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
21. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo y quelaciones.
22. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.
23. Circuncisión (cualquiera que sea su causa).
24. Gastos de recién nacido sano.
25. Gastos de ambulancia aérea, salvo pacto en contrario.
26. Gastos misceláneos no relacionados con el tratamiento.
27. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.
28. Tratamientos preventivos.
29. Tratamientos en vías de experimentación
30. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
31. Enfermedades congénitas, con excepción de los asegurados cuyas madres tengan por lo menos 10 meses de vigencia continua con la Póliza al momento del nacimiento del afectado. El conjunto de alteraciones congénitas, serán consideradas como un solo evento.

- 32. Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.**
- 33. Reposición de aparatos y prótesis.**
- 34. También son exclusiones aquellas que figuren en las condiciones especiales y endosos anexos a esta Póliza.**
- 35. Pérdidas orgánicas anteriores a la fecha de contratación de esta Póliza.**
- 36. Inhalaciones de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- 37. Tratamiento médico ó quirúrgico para corregir Xifosis, Lordosis ó Escoliosis de la Columna Vertebral , cualquiera que sea su causa.**
- 38. Padecimientos originados por participar el asegurado como donador de órganos.**
- 39. Gastos erogados fuera del territorio nacional en caso de no contratarse cobertura o emergencia en el extranjero.**

CLAUSULAS GENERALES:

1. 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 lleva anexos, los consentimientos, los certificados y el registro de asegurados, constituyen testimonio o prueba del Contrato de Seguro.

2. COBERTURA DEL CONTRATO.

Los Asegurados inscritos en la presente Póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente amparado, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza. Si se trata de una enfermedad, salvo mención en contrario, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 (treinta) días a partir de la fecha de alta del Asegurado a la Póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

3. VIGENCIA.

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la Póliza.

4. RENOVACIÓN.

Este contrato se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso por escrito a la otra de su voluntad de no renovarlo.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los Asegurados cuya edad en la fecha de la misma, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza, exceptuando aquellos asegurados que hayan entrado y cumplido con el plan de cobertura vitalicia.

No obstante la renovación de la Póliza, los siniestros ocurridos durante la vigencia seguirán cubiertos por la totalidad de los beneficios de esta Póliza, hasta el agotamiento de las Sumas Contratadas o del Período del Beneficio.

El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de "La Compañía", se tendrá como pruebas suficiente de tal renovación.

5. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Las Condiciones Generales de la Póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y "**La Compañía**" las cuales deberán de constar por escrito mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo establece 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 a su domicilio social en el Distrito Federal, que aparece en la Carátula de la Póliza.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, este derecho se hace extensivo al Contratante (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a "**La Compañía**" por escrito, en su domicilio social.

El asegurado deberá comunicar por escrito a "**La Compañía**" cualquier cambio en la naturaleza del riesgo a consecuencia de un cambio de ocupación, a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes al momento en que éste ocurriera.

Si el Asegurado cambia a una ocupación más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a "**La Compañía**", quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo así como de aplicar la extraprima que corresponda dentro de un plazo que no excederá de los 30 días naturales a la fecha en la cual reciba la notificación de la agravación del riesgo; sin embargo "**La Compañía**" podrá excluir la cobertura de los siniestros derivados de dicho riesgo.

En caso de no dar aviso, "**La Compañía**" no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por la reclamación que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

6. PRIMAS.

La Prima Total de esta Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y los recargos por alta siniestralidad que determine "**La Compañía**" de acuerdo a la experiencia y procedimientos registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El contratante debe pagar la prima anual de cada cobertura a partir de la fecha de inicio de vigencia. En caso de optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte, la cual podrá actualizarse anualmente.

La Prima, o cada una de sus fracciones, vencerán al inicio de cada periodo pactado. A partir del vencimiento de la prima, el Contratante dispondrá de 30 (treinta) días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente.

En este periodo no se otorgará el servicio de pago directo si la Póliza no ha sido pagada. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Los pagos deberán efectuarse en las oficinas de "**La Compañía**" a cambio de un recibo expedido por la misma.

"**La Compañía**" no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciera, ello no establecerá precedente ni obligación alguna para "**La Compañía**".

En caso de siniestro, "**La Compañía**" podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del Seguro contratado.

7. ALTAS DE ASEGURADOS.

Los hijos de la pareja matrimonio o del concubinato nacidos durante la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, previa aceptación y pago de la prima correspondiente, debiendo hacer el aviso correspondiente dentro de los 30 (treinta) días siguientes a ella. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de "**La Compañía**". Se deberá

entregar a la brevedad posible, acta de nacimiento oficial o certificado de nacimiento de la Institución Médica.

Del mismo modo, si el Asegurado contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la Póliza, siempre que de aviso del hecho por escrito a más tardar a los 30 (treinta) días de ocurrido éste y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo asegurado deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente. En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza, **La Compañía** cobrará la prima correspondiente calculada proporcionalmente desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento de pago de la prima.

En caso de concubinario, este podrá darse de alta previa solicitud, desde la fecha en que se adquiriera tal carácter conforme a lo establecido en la cláusula "Dependientes Económicos del Asegurado Titular".

Para dar de alta a dependientes económicos que no hubieran nacido durante la vigencia de la Póliza, deberá requisitar la solicitud y cuestionarios correspondientes además de cubrir la prima respectiva.

8. BAJAS.

Causarán baja de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la Familia Asegurada. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del periodo de beneficio.

Se excluirán de la cobertura de esta Póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del Asegurado Titular que:

- a) **Contraigan matrimonio.**
- b) **Cumplan 25 (veinticinco) años de edad.**

9. AJUSTES.

En caso de altas de dependientes o de aumento de beneficios, **"La Compañía"** cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente contando con el plazo de espera ya descrito.

En el caso de bajas de dependientes o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante la Prima Neta no Devengada.

10. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN.

Cualquier dependiente del Contratante que haya sido excluido de la Póliza por cualquiera de las situaciones señaladas en la cláusula de Bajas, tendrá derecho a que, si lo solicita, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que fue dado de baja de la presente Póliza, le sea expedida una Póliza individual de Gastos Médicos Mayores cubriendo la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad. En el caso de que dicho dependiente ya cuente con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de acuerdo a la Cláusula de Cambio de Plan siempre y cuando le sea expedida una Póliza y no existan períodos al descubierto. En caso de que dicho dependiente no desee expedir una Póliza individual, se le aplicará la Cancelación del Beneficio como se define en la Cláusula correspondiente.

11. REHABILITACIÓN.

No obstante lo dispuesto en la Cláusula de Prima de las Condiciones Generales, el Contratante podrá, dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del plazo de gracia señalado en dicha Cláusula, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalado en el comprobante de pago y "**La Compañía**" devolverá, a prorrata, en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto por 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 solicitare por escrito que se amplie la vigencia del 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 de la fecha de pago.

Si se desea el beneficio de reconocimiento de antigüedad en el momento de la rehabilitación, el o los asegurados deberán someterse a los requisitos de asegurabilidad que "**La Compañía**" crea convenientes. "**La Compañía**" no está obligada bajo ninguna circunstancia a otorgar el reconocimiento de antigüedad al momento de la rehabilitación.

Sólo se podrá otorgar hasta una vez el beneficio de reconocimiento de antigüedad durante la vigencia de la Póliza para efectos de rehabilitación.

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.

En ningún caso, "**La Compañía**" responderá de siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta Cláusula.

12. CAMBIO DE PLAN.

En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro plan y a la renovación quisiera realizar un Cambio de Plan, eligiendo éste, su antigüedad sería reconocida siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra. Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el Cambio de Plan, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la presente Póliza. Para los padecimientos originados durante la vigencia de la Póliza anterior, se aplicarán los Límites, Deducible y Coaseguro especificados en las Condiciones Generales y Endosos Especiales de la Póliza contratada al momento de inicio del siniestro.

13. DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA.

Toda indemnización que "**La Compañía**" pague, reducirá en igual proporción a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del Asegurado, mientras la Póliza se encuentre en vigor.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros accidentes o enfermedades que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

14. PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de la presente Póliza, prescribirán en dos años, que se empezarán a contar desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los 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 se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por el nombramiento de peritos en el siniestro, o por la iniciación del procedimiento conciliatorio ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o por la presentación de reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de "**La Compañía**".

15. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato ya sea por parte del Contratante o de "**La Compañía**", se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados en moneda nacional de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación de los gastos, dictada por el Banco de México, y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

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 conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a "**La Compañía**" para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por "**La Compañía**", a causa de la omisión o inexacta declaración o cualquier negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a "**La Compañía**".

17. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá ocurrir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en su oficina matriz y/o sus delegaciones metropolitanas y estatales, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y dentro del término de un año, contando a partir de que se suscite el hecho que le dio origen.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de "**La Compañía**".

18. EDAD.

- a) En el caso de la cobertura básica de Gastos Médicos, "**La Compañía**" aceptará el ingreso a esta Póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 (sesenta y cuatro) años y en caso de renovación, ésta será vitalicia si el Asegurado contrata el seguro por primera vez antes de los 60 (sesenta) años de edad y por lo menos lleva asegurado 5 (cinco) años, en caso contrario se renovará hasta los 79 (setenta y nueve) años cumplidos. En los casos de renovación, esta Póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de Renovación, Altas y Privilegio de Conversión para los asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras viva el Asegurado y se pague la prima vigente al momento de la Renovación, durante los 30 (treinta) últimos días de vigencia de la misma, siempre y cuando no haya perdido continuidad.
- b) Las edades de aceptación en menores, comprenderá desde el primer día de nacido y hasta los 24 (veinticuatro) años de edad, cancelándose en el aniversario inmediato posterior en el que cumpla 25 (veinticinco) años; siempre y cuando se demuestre que dependen económicamente del Asegurado Titular.
- c) En el caso de la Cobertura de Últimos Gastos, se podrá ofrecer a cualquier edad, pero para el caso de hijos menores de 12 (doce) años, se establece tope de 60 Salarios Mínimos Generales Mensuales Vigentes en el Distrito Federal (SMGMVDF) en la fecha de pago.
- d) En el caso de Seguro Saldado por Muerte del Titular, sólo se les otorgará a los titulares mayores de edad.
- e) En el caso de la Cobertura de Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas, las edades de aceptación son de los 15 (quince) a los 69 (sesenta y nueve) años de edad, cancelándose en el aniversario inmediato posterior a aquél en que el asegurado cumpla 70 (setenta) años de edad.
- f) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, "**La Compañía**" reintegrará al Contratante el 70% (setenta por ciento) de la parte de la Prima Neta no Devengada correspondiente a ese Asegurado.
- g) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de "**La Compañía**" se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

h) "**La Compañía**" se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, "**La Compañía**" deberá anotarla en la propia Póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

19. SINIESTROS.

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a "**La Compañía**", en el curso de los primeros 5 (cinco) días hábiles, de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, el Asegurado Titular deberá notificarlo cuando menos con 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que éste deba internarse. El Asegurado Titular tiene la obligación de presentar las pruebas que hubieren determinado dicha cirugía.
- b) En toda reclamación, el reclamante deberá comprobar a "**La Compañía**" la ocurrencia del siniestro, así como presentar a "**La Compañía**" las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados tales como: notas, facturas y recetas en original así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, "**La Compañía**" quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) "**La Compañía**" tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su satisfacción cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación, así como solicitar cualquier información adicional a la que se mencione en las condiciones de esta Póliza. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a "**La Compañía**" de cualquier obligación.
- d) "**La Compañía**" sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

- e) No se hará, por parte de "**La Compañía**", ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.

"**La Compañía**" pagará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

20. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La cuantía del reembolso se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumaran todos los Gastos Médicos Cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la Carátula de la Póliza y/o Condiciones Generales y/o Endosos Específicos.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza.
- c) El Deducible se aplicará para cada accidente y/o enfermedad cubierto.

21. SISTEMA DE PAGO DIRECTO.

En el caso de que el Asegurado requiera internamiento mayor a 24 (veinticuatro) horas, podrá hacer uso del Sistema de Pago Directo en el que, previa verificación de "**La Compañía**" respecto a la procedencia del caso, vigencia de la Póliza, endosos especiales, alta de asegurados, pagos, etc., si procede la reclamación "**La Compañía**" efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a los proveedores de servicio que acepten el Pago Directo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el deducible y el coaseguro que correspondan.

22. SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO.

Funciona para aquellos Gastos Cubiertos por la Póliza que:

- No hubiesen requerido internamiento mayor a 24 (veinticuatro) horas;
- El servicio médico se hubiere proporcionado por Médicos o en Hospitales que no estuvieran en el Convenio de ésta Compañía;

- Por la situación de internamiento (falta de documentos, duda en cuanto a la vigencia de la póliza, coberturas, alta de asegurados, pagos; etc.), no se hubiera autorizado el pago directo.

23. INTERÉS MORATORIO.

"La Compañía" pagará un interés, cuando 30 (treinta) días después de que haya recibido del Asegurado o Beneficiario los documentos e informaciones completas según la especificación de "La Compañía", sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales se pueda determinar las circunstancias de su realización, las consecuencias del mismo y el fundamento de la reclamación, incumpla sus obligaciones asumidas en el Contrato, según lo dispone la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Respecto a esta obligación accesoria en caso de juicio deberá ser condenada por el Juez o Arbitro.

24. PERITAJE.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y "La Compañía" acerca del monto de cualquier pérdida o daño, la cuestión será sometida a dictamen de un perito nombrado de común acuerdo escrito por ambas partes, sin embargo si no se pusieran de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de 10 (diez) días contados a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciera.

Antes de empezar sus labores los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si alguna de las partes se negare a nombrar a su perito, o simplemente no lo hiciera cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieren de acuerdo con el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del perito, del perito tercero o de ambos si fuere necesario. Sin embargo, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá nombrar el perito, el perito tercero en su caso, si de común acuerdo las partes así lo solicitaren.

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física o su disolución, si fuere una sociedad, ocurridos mientras se está realizando el peritaje, no anulará o afectará los poderes o atribuciones del perito, o de los peritos o del tercero,

según sea el caso, o si alguno de los peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen será designado otro por quien corresponda (las partes, los peritos o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) para que lo sustituya.

Los gastos y costos que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de "**La Compañía**" y el Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio perito.

El peritaje a que ésta cláusula se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de "**La Compañía**", simplemente determinará el monto de la pérdida que eventualmente estuviera obligada la compañía a resarcir, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

25. OTROS SEGUROS.

Tratándose de la cobertura de Gastos Médicos que estuvieran amparadas en todo o en parte, por otros seguros, en esta u otras Compañías Aseguradoras:

El Asegurado tendrá la obligación de poner en conocimiento de cada una de las Compañías Aseguradoras, la existencia de los otros seguros. El aviso deberá darse por escrito e indicar el nombre de dichas Compañías, así como las sumas aseguradas.

Si el asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata el párrafo anterior, o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, las Compañías Aseguradoras quedarán liberadas de sus obligaciones.

Los contratatos celebrados de buena fe, en la misma o diferentes fechas por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán validos y obligarán a cada una de las Empresas Aseguradoras hasta el valor integro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.