

**CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS
MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR INBURMEDIC STAR MÉDICA**

ÍNDICE

	Página
Capítulo 1. Definiciones.	1
Capítulo 2. Objeto del Seguro.	4
Capítulo 3. Coberturas.	4
3.1. Cobertura Básica.	4
3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos.	4
3.1.2. Gastos Hospitalarios.	4
3.1.3. Honorarios Médicos.	4
3.1.4. Gastos dentro de la Red Star Médica.	4
3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.	5
3.2. Coberturas Adicionales.	6
3.2.1. Gastos Funerarios.	6
3.2.2. Enfermedades Graves (SEVI).	6
3.2.3. Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica.	6
3.3. Edades de Contratación para Pólizas Nuevas y de Renovación.	6
3.3.1. Cobertura Básica.	6
3.3.2. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.	7
3.3.3. Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).	7
3.3.4. Cobertura Adicional de Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica.	7
3.4. Descuentos.	7
3.4.1. Descuentos para Asegurados Nuevos.	7
3.4.2. Descuentos para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).	7
Capítulo 4. Exclusiones.	7
4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas.	7
4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales.	10
4.2.1. Gastos Funerarios.	10
4.2.2. Enfermedades Graves (SEVI).	10
Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado.	10
5.1. Deducible.	10
5.2. Coaseguro.	10
Capítulo 6. Reclamación de Siniestros.	11
6.1. Aviso.	11
6.2. Pago de Indemnizaciones.	11
6.3. Cobertura Básica.	11
6.3.1. Pago por Reembolso.	11
6.3.2. Pago Directo.	12
6.4. Coberturas Adicionales.	12
6.4.1. Gastos Funerarios.	12
6.4.2. Enfermedades Graves (SEVI).	13
6.4.3. Atención por Accidente fuera de la Red Star Médica.	13

<i>Capítulo 7. Cláusulas Generales.</i>	<i>13</i>
7.1. <i>Contrato.</i>	<i>13</i>
7.2. <i>Modificaciones al contrato.</i>	<i>13</i>
7.3. <i>Vigencia.</i>	<i>13</i>
7.4. <i>Terminación anticipada del contrato.</i>	<i>13</i>
7.5. <i>Omisiones o inexactas declaraciones.</i>	<i>14</i>
7.6. <i>Renovación.</i>	<i>14</i>
7.7. <i>Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los asegurados.</i>	<i>14</i>
7.8. <i>Comunicaciones.</i>	<i>14</i>
7.9. <i>Moneda.</i>	<i>15</i>
7.10. <i>Competencia.</i>	<i>15</i>
7.11. <i>Arbitraje Médico.</i>	<i>15</i>
7.12. <i>Prescripción.</i>	<i>15</i>
7.13. <i>Primas.</i>	<i>15</i>
7.14. <i>Reinstalación automática.</i>	<i>16</i>
7.15. <i>Rehabilitación.</i>	<i>16</i>
7.16. <i>Otros seguros.</i>	<i>16</i>
7.17. <i>Indemnización por mora.</i>	<i>16</i>
7.18. <i>Revelación de comisiones.</i>	<i>17</i>
<i>Glosario</i>	<i>17</i>

Capítulo 1. Definiciones.**Anestesiólogo.**

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Accidente.

Aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del Accidente, o bien, que produzca su fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha de dicho acontecimiento. En caso de que la Aseguradora no reciba la notificación de la ocurrencia del Accidente, por escrito, dentro de los plazos antes mencionados, el acontecimiento se considerará como Enfermedad, salvo que la notificación no se haya hecho por caso fortuito o fuerza mayor.

Accidente Cubierto.

Se considerará como tal, a aquel que ocurra dentro de la vigencia de la póliza para el Asegurado afectado.

Asegurado(s).

Es (son) la(s) persona(s) física(s) cuyo nombre aparece en la carátula de esta póliza, con derecho a utilizar los beneficios de la misma.

Asegurado Titular.

Es la persona física que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza.

Aseguradora, Compañía o Institución.

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.

Beneficiario.

Es la persona designada como tal conforme más adelante se establece, con derecho a reclamar en su caso las coberturas adicionales de Gastos Funerarios y de Enfermedades Graves (SEVI).

Por lo que respecta a la cobertura adicional de Gastos Funerarios se designa como Beneficiario en primer lugar, a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a los servicios funerarios derivados del fallecimiento del Asegurado afectado, y como Beneficiarios en segundo lugar, por el remanente que pudiera existir después de pagar al Beneficiario en primer lugar, a las personas designadas con tal carácter, cuyos datos aparecen en el endoso de Beneficiarios correspondiente.

Cuando no exista Beneficiario designado, el importe de la cobertura de Gastos Funerarios se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Tratándose de la cobertura de Enfermedades Graves (SEVI), se designa como Beneficiario en primer lugar al Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, se designa como Beneficiario en segundo lugar a la persona que acredite haber efectuado los gastos correspondientes a alguna Enfermedad Grave, y en caso de que los gastos hubieren sido satisfechos por el Asegurado, se designa al cónyuge o concubina (rio) de éste, en su ausencia, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

En cualquier momento el Asegurado podrá hacer una nueva designación de sus Beneficiarios, siempre y cuando esta póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal en contra. Para efectuar dicho cambio el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos) y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (los) Beneficiario(s).

En caso que dicha notificación no se reciba oportunamente, se conviene que la Compañía pagará el importe de las coberturas de Gastos Funerarios y de Muerte Accidental al (a los) último(s) Beneficiario(s) del (de los) que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno antes que el Asegurado, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a la de los supervivientes, salvo estipulación en contrario por parte del Asegurado afectado o que hubiere renunciado del derecho de revocar la designación de algún(os) Beneficiario(s).

Advertencia:

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

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

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

Carta Pase.

Es el documento expedido por la Compañía mediante el cual se autoriza el servicio de Pago Directo previo o durante la realización de alguna intervención quirúrgica con Hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

Coaseguro.

Es el porcentaje establecido en esta póliza a cargo de cada Asegurado, correspondiente a su participación sobre el monto total de los gastos médicos cubiertos, una vez descontado el Deducible.

El Coaseguro tiene establecido un tope máximo, denominado Tope de Coaseguro, que es la cantidad máxima que paga el Asegurado por cada Enfermedad o Accidente por concepto de Coaseguro; dicha cantidad está establecida en la carátula de esta póliza.

Contratante.

Es aquella persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza, responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro.

Deducible.

Cantidad fija a cargo del Asegurado, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Enfermedad Cubierta. Una vez que dichos gastos han rebasado este monto, comienza la obligación de la Compañía.

Dependientes Económicos o Familia del Asegurado Titular.

El cónyuge o concubina(rio) y sus hijos solteros que no tengan ingresos por trabajo personal y que sean menores de 25 (veinticinco) años de edad.

Diagnóstico.

Procedimiento por el cual un Médico realiza un análisis clínico con el fin de emitir un juicio sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente y/ o Enfermedad Cubiertos en esta póliza.

Emergencia Médica.

Todo problema Médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata.

Endoso.

Documento emitido por la Compañía que forma parte de esta póliza, mediante el cual se modifican los términos de la misma.

Enfermedad.

Cualquier 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, diagnosticada por un Médico.

Enfermedad Cubierta.

Aquella Enfermedad que se manifieste 30 (treinta) días después de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza o de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado.

Se considerarán dentro de un mismo padecimiento todas aquellas alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.

Enfermero.

Persona dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de Médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de tal actividad.

Honorarios Médicos o Quirúrgicos.

Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato.

Hospital.

Es una institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes, que cuenta las 24 (veinticuatro) horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y con Enfermeros. Se incluyen en esta definición los sanatorios y clínicas que cumplan con lo anterior.

Hospitalización.

Estancia continua en un Hospital siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable, para la atención de una Enfermedad o Accidente Cubiertos. Inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta del mismo.

Indemnización.

Monto que la Compañía pagará por cada Accidente o Enfermedad Cubierto en esta póliza.

Índice de Masa Corporal.

Es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.

$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

Médico.

Es la persona física que ejerce la medicina, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser Médico general o Médico especialista.

Módulo de Atención 24 horas.

Es el lugar donde se encuentra personal de la Compañía que proporcionará información a los Asegurados de manera permanente.

Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.

Para efectos de esta póliza Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente es aquel que previamente a la celebración de este contrato: a) se haya declarado su existencia, o b) que se compruebe, mediante la existencia de un expediente Médico o 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, o c) se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que se han hecho gastos para que el Asegurado reciba un Diagnóstico del Padecimiento y/o Enfermedad de que se trate, podrá solicitar el resultado del Diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que exista alguna controversia por este concepto se aplicará lo dispuesto en la cláusula 7.11. de esta póliza, denominada Arbitraje Médico.

Si el Asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes respecto de los Padecimientos y/o Enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.

Padecimientos Congénitos.

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que esta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

Padecimiento(s) Crónico(s).

Enfermedad de larga duración o de progreso lento que continúa o persiste por más de 30 (treinta) días.

Pago Directo.

Es el servicio que se le brindará al Asegurado, a través del cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de servicios que aquél haya elegido y contratado, siempre y cuando se encuentren dentro del staff de la Red Star Médica, los Gastos Médicos Cubiertos resultantes de la atención médica y Hospitalaria que reciba a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos, quedando únicamente a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y los excluidos en esta póliza, así como el Deducible y el Coaseguro correspondientes.

Periodo al Descubierta.

Intervalo de tiempo durante el cual esta póliza se encuentra cancelada por falta de pago de la prima.

Periodo de Espera.

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de esta póliza para cada Asegurado, a fin de que ciertas Enfermedades se encuentren cubiertas en la misma.

Perito Médico.

Médico especialista, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Prótesis.

Cualquier aparato utilizado como reemplazo de un órgano o que ayude al correcto funcionamiento del mismo.

Reconocimiento de Antigüedad.

Es el periodo ininterrumpido en el que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos similar a la de esta póliza, en otra institución de seguros. Previa autorización de la Compañía, dicho periodo se podrá utilizar exclusivamente para disminuir o eliminar los Periodos de Espera de esta póliza.

Red Star Médica.

Es el conjunto de instituciones legalmente autorizadas para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuentan las 24 (veinticuatro) horas del día con salas de intervenciones quirúrgicas y con Médicos y Enfermeras, en cuyo capital participe o que sean administradas por Star Médica, S.A. de C.V., las cuales pueden ser consultadas en el sitio www.inbursa.com.mx, así como a las que sean referidos por aquellas, y pueden ser Hospitales Star Médica u Hospitales Vivo.

Reembolso.

Es el sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los Gastos Médicos Cubiertos efectuados por la atención médica del Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos. Los Gastos Médicos Cubiertos cuyo reembolso proceda, serán pagados al Asegurado o a quien demuestre haberlos efectuado.

Cuando opere el sistema de pago por Reembolso, dicho pago nunca será mayor al gasto usual y acostumbrado que por el mismo concepto cobraría un prestador con características similares, aumentado en un 10% como máximo.

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía, convenida para cada cobertura y aplicable por Enfermedad o Accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Tabulador Médico Vigente.

Es la relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el monto máximo que pagará la Compañía para cada Enfermedad o Accidente Cubiertos.

Capítulo 2. Objeto del Seguro.

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, se realizaren alguno de los gastos médicos descritos en el punto 3.1. denominado Cobertura Básica de esta póliza y el Asegurado así lo solicite, la Compañía podrá pagar directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en las cláusulas adicionales que formen parte de este seguro.

La cobertura básica cubre aquellos gastos médicos que se indican en las condiciones generales, cuando la atención médica se haya realizado a través de la Red Star Médica, inclusive en caso de una Emergencia Médica, salvo que se haya contratado la cobertura adicional denominada Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica, la cual cubre aquellos Accidentes que se encuentren amparados en la póliza.

Los gastos procedentes se pagarán de acuerdo con las condiciones generales, coberturas y Suma Asegurada de esta póliza, vigentes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

En caso de terminación o cancelación del seguro, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos mientras el contrato se encuentre en vigor hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o transcurridos 5 (cinco) días naturales posteriores a la cancelación del mismo, lo que ocurra primero.

Capítulo 3. Coberturas.

3.1. Cobertura Básica.

3.1.1. Gastos Médicos Cubiertos.

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente o Enfermedad Cubiertos a través de la Red Star Médica, que por prescripción de un Médico del staff de dicha Red, sean necesarios para tratamiento y Diagnóstico del Accidente o Enfermedad mencionados, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de esta póliza y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos.

3.1.2. Gastos Hospitalarios.

- A) El costo de un cuarto privado estándar con baño y alimentos proporcionados al Asegurado.
- B) Cama extra para un acompañante del Asegurado, durante la estancia de éste en algún Hospital de la Red Star Médica.
- C) La estancia del Asegurado en el área de terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
- D) Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
- E) El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
- F) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**, que resulten a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos.
- G) Se ampara los gastos resultantes de la atención médica y hospitalaria por maternidad, con la aplicación del Deducible y Coaseguro.

3.1.3. Honorarios Médicos.

- A) Los Honorarios de los Médicos pertenecientes al staff de la Red Star Médica, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.
Si se requiere de alguna intervención quirúrgica, se cubrirán los honorarios del cirujano, Anestesiólogo y ayudantes que se encuentren dentro del staff de la Red Star Médica.
- B) Honorarios por consultas médicas.

3.1.4. Gastos dentro de la Red Star Médica.

- A) Medicamentos, siempre que sean prescritos por el Médico del staff de la Red Star Médica tratante, que sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad Cubiertos.

- B)** *Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, o de cualquiera otros indispensables para el Diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente o una Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando sean indicados por el Médico del staff de la Red Star Médica.*
- C)** *Consumo de oxígeno.*
- D)** *Renta o compra de aparatos ortopédicos y/o prótesis, siempre y cuando sean a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubierto, sean prescritos por el Médico del staff de la Red Star Médica tratante, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. Sólo estarán cubiertas las prótesis dentales, como consecuencia de un Accidente Cubierto.
Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos con un máximo de 2 (dos) pares por año.*
- E)** *El transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado del Asegurado desde o hacia alguno de los Hospitales de la Red Star Médica, previa indicación del Médico del staff de la Red Star Médica.*
- F)** *Tratamientos de radio-terapia, fisio-terapia o inhaloterapia siempre que sean prescritos por alguno de los Médicos de la Red Star Médica.*

3.1.5. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.

- A)** *Para las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio aplicará el Periodo de Espera de 30 (treinta) días, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro.*
 - 1.** *Embarazo extrauterino. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta póliza.*
 - 2.** *Embarazo molar. Siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste último adjuntar el estudio histopatológico.
Dentro de los gastos de las complicaciones señaladas se incluirán los gastos de Hospitalización de la Asegurada, desde su ingreso hasta su alta, incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos.*
- B)** *Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del primer año de vigencia continua de esta póliza:*
 - 1)** *Amigdalectomía y adenoidectomía.*
 - 2)** *Cataratas.*
 - 3)** *Enfermedad acidopéptica (esofagitis, gastritis, duodenitis, úlcera gástrica y úlcera duodenal).*
 - 4)** *Eventraciones, hernias y hernioplastías.*
 - 5)** *Hallux valgus (juanetes).*
 - 6)** *Insuficiencia venosa.*
 - 7)** *Litiasis del aparato genitourinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.*
 - 8)** *Padecimientos anorectales.*
 - 9)** *Padecimientos de nariz o senos paranasales que resulten a consecuencia inmediata y directa de un Accidente Cubierto. El Coaseguro que se aplicará para la Indemnización de estos gastos será de 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado sin que aplique el Tope de Coaseguro.*
 - 10)** *Padecimientos y cirugía de vesícula y, vías biliares. El Coaseguro que se aplicará para la Indemnización de estos gastos será de 15 (quince) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado sin que aplique el Tope de Coaseguro.*
 - 11)** *Parto o cesárea, incluyendo el óbito, hasta por el monto indicado en la carátula de esta póliza sin aplicación de Deducible y Coaseguro.
Dentro de los gastos del parto o cesárea se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.*
 - 12)** *Las siguientes complicaciones del embarazo, parto o puerperio, quedarán cubiertos los gastos por la atención médica y hospitalaria hasta la Suma Asegurada de la Cobertura Básica con la aplicación del Deducible y Coaseguro:*
 - 1.** *Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (preeclampsia o eclampsia).*
 - 2.** *Fiebre puerperal.*
 - 3.** *Placenta previa.*
 - 4.** *Placenta acreta.*
 - 5.** *Hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.
Dentro de los gastos de las complicaciones mencionadas se incluirán los gastos de Hospitalización de la Asegurada, desde su ingreso hasta su alta, incluyendo los Honorarios Médicos o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.*
 - 13)** *De las Enfermedades Cubiertas de los recién nacidos, desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza para la madre biológica Asegurada y sean dados de alta en la misma dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento, pagando la prima correspondiente. Incluye los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas.*
- C)** *Los siguientes padecimientos y tratamientos quirúrgicos estarán cubiertos después del segundo año de vigencia continua de esta póliza para cada Asegurado:*
 - 1)** *Histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.*
 - 2)** *Padecimientos amparados de nariz o senos paranasales no ocasionados por Accidente. El Coaseguro que se aplicará para la Indemnización de estos gastos será de 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado sin que aplique el Tope de Coaseguro.*
 - 3)** *Prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso perineal.*
 - 4)** *Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla, salvo las fracturas óseas en esta región.*
 - 5)** *Tumoraciones mamarias.*
 - 6)** *Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, aplicando el Deducible y Coaseguro indicados en la carátula de esta póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente.*

7) *Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante Endoso expedido por la Compañía, quedarán cubiertos después del segundo año ininterrumpido de vigencia de esta póliza para cada Asegurado. Los padecimientos que no cumplan con lo estipulado en este punto, no quedarán cubiertos, aun cuando hayan transcurrido los 2 (dos) años de vigencia ininterrumpida.*

D) *Los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) estarán cubiertos después del cuarto año de vigencia continua de esta póliza, **siempre y cuando no se hubiese diagnosticado ni erogado gasto alguno por esta Enfermedad durante los primeros 4 (cuatro) años ininterrumpidos del periodo de vigencia establecido en este inciso.***

3.2. Coberturas Adicionales.

3.2.1. Gastos Funerarios.

Cuando esta cobertura aparezca amparada en la carátula de esta póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada en esta cobertura para cada Asegurado, en caso de que ocurra su fallecimiento, durante la vigencia de la misma a consecuencia de una Enfermedad o Accidente Cubiertos.

3.2.2. Enfermedades Graves (SEVI).

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, si al Asegurado se le diagnostica alguna de las siguientes enfermedades graves, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura adicional en una sola exhibición al comprobar el Diagnóstico de la Enfermedad. El Diagnóstico deberá ser realizado por un Médico de forma definitiva.

La Compañía cuando lo estime necesario, podrá exigir que se compruebe el Diagnóstico presentado, solicitando al Asegurado se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que considere necesarias. En caso de que el Asegurado se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone la presente cobertura adicional.

La Suma Asegurada no se reinstalará para ningún padecimiento.

A) Infarto al miocardio.

La muerte de una parte del músculo cardíaco (miocardio) que sea el resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. Para efectos de esta cobertura, solamente quedarán cubiertos los infartos que ameriten tratamiento intrahospitalario por complicaciones post-infarto como pueden ser: arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos que ameriten marcapasos, angor residual e intervenciones quirúrgicas como bypass y angioplastia.

B) Cáncer.

*La manifestación de un tumor maligno (un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar y causar metástasis), incluyendo entre otros leucemia y la Enfermedad de Hodgkin. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.** El Diagnóstico deberá apoyarse con el estudio histopatológico de malignidad.*

C) Enfermedad cerebro vascular.

Una Enfermedad o Accidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de infarto de tejido cerebral, hemorragia o embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

D) Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass.

*La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran bloqueadas, dando como resultado una insuficiencia coronaria, siendo necesaria la aplicación de un bypass arterio-coronario. **La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial están excluidas de esta definición.***

E) Insuficiencia renal.

Insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones que impida su funcionamiento, cuya consecuencia sea la iniciación de la diálisis renal o la realización de un trasplante de riñón.

F) Trasplante de órganos vitales.

*La realización efectiva de un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas o médula ósea, **pero no en calidad de donante.***

G) Parálisis/Paraplejía.

La pérdida total y permanente del uso de 2(dos) o más miembros como consecuencia de Enfermedades o Accidente Cubiertos.

3.2.3. Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica.

En caso de aparecer amparada esta cobertura en la carátula de esta póliza, en caso de un Accidente Cubierto, el Asegurado podrá atenderse en un Hospital diferente a la Red Star Médica, pagando el Deducible y Coaseguro contratado en esta póliza.

3.3. Edades de Contratación para Pólizas Nuevas y de Renovación.

3.3.1. Cobertura Básica.

La edad de aceptación será de 0 (cero) hasta 64 (sesenta y cuatro) años, garantizando la renovación vitalicia de esta póliza siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a sus condiciones.

3.3.2. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios.

La edad de aceptación para esta cobertura será a partir de 1 (un) año y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará para cada Asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que cada uno alcance los 84 (ochenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando sea hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

3.3.3. Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).

La edad de contratación será partir de los 20 (veinte) años y hasta los 55 (cincuenta y cinco) años, esta cobertura se renovará hasta que esta póliza llegue al aniversario en que el Asegurado de que se trate alcance los 64 (sesenta y cuatro) años de edad, siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

3.3.4. Cobertura Adicional de Atención por Accidente Cubierto fuera de la Red Star Médica.

A partir de los 0 (cero) años y hasta los 64 (cincuenta y cuatro) años, la renovación será vitalicia de esta póliza siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a sus condiciones.

3.4. Descuentos.

3.4.1. Descuentos para Asegurados Nuevos.

Se ofrece un descuento del 30% para Asegurados nuevos en la Compañía y un descuento del 40% para Asegurados que además de ser nuevos en la Compañía, tengan entre 20 (veinte) y 55 (cincuenta y cinco) años de edad y su Índice de Masa Corporal se encuentre entre 19 (diecinueve) y 29 (veintinueve).

3.4.2. Descuentos para la Cobertura Adicional de Enfermedades Graves (SEVI).

Descuento de no Fumador.

Consiste en reducir en 2 (dos) años la edad para el cálculo de primas de la cobertura adicional de Enfermedades Graves (SEVI). Cuando el Asegurado declare en la solicitud ser no fumador, por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo, respetando la edad mínima de 20 (veinte) años para esta cobertura.

Este descuento estará vigente por todo el tiempo en que el Asegurado no modifique su hábito de no fumar. Si el Asegurado se convierte en fumador, deberá notificarlo por escrito, ya que debemos cambiar la edad de cálculo en la cobertura y por lo tanto, la prima. La Compañía tiene la facultad de verificar los hábitos del Asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro y si se comprueba que era fumador o que el tabaquismo tuvo relación con la causa del fallecimiento o Enfermedad, la Suma Asegurada de la cobertura de Enfermedades Graves (SEVI), se reducirá de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Descuento de Mujer.

Consiste en reducir, a los Asegurados de sexo femenino, 3 (tres) años a la edad real para el cálculo de primas para la cobertura adicional de Enfermedades Graves (SEVI), por lo tanto, la prima corresponderá a la nueva edad de cálculo.

Este descuento de edad podrá adicionarse, en su caso, con el de no fumador, hasta un total de cinco años respetando la edad mínima de cálculo de 20 (veinte) años.

Capítulo 4. Exclusiones.

4.1. Exclusiones aplicadas a todas las coberturas.

Esta póliza excluye los gastos por los conceptos enumerados a continuación:

- 1. Cualquier Enfermedad que se presente dentro de los primeros 30 (treinta) días de vigencia de esta póliza.**
- 2. Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes, excepto los que cumplan con lo establecido en el subinciso 7 del inciso C) numeral 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.**
- 3. Realizados fuera de los Estados Unidos Mexicanos.**
- 4. Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**

5. **Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellos padecimientos psicológicos causados a consecuencia de alguna enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
6. **Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Trastornos del sueño o de la conducta, síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de éstas.**
8. **Afecciones propias del embarazo; abortos, a menos que sean a consecuencia de un Accidente Cubierto; partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio, que no sea precisamente de las consignadas en esta póliza.**
9. **Tratamientos médicos o quirúrgicos derivados del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus complicaciones que no cumplan con lo señalado en el inciso D) de la sección 3.1.5 denominada Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.**
10. **Enfermedades o Accidentes que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción; así mismo cuando el Asegurado se encuentre en estado de ebriedad a menos que no pueda imputársele culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.**
11. **Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de algún Accidente Cubierto.**
12. **Consultas y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, así como los desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún Accidente Cubierto.**
13. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubierto ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
14. **Estrabismo de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia del seguro del Asegurado Titular.**
15. **Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.**
16. **Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.**
17. **Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.**
18. **Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.**
19. **Exámenes médicos para comprobar el estado de salud conocidos con el nombre de check-up.**
20. **Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual así como cualquiera de sus complicaciones.**
21. **Radiaciones atómicas o ionizantes.**

22. **Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinflingidas.**
23. **Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional a los consignados en el inciso B) del punto 3.1.2 denominado Gastos Hospitalarios de esta póliza.**
24. **Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando este sea el provocador.**
25. **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.**
26. **Un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo.**
27. **Lesiones derivadas de la participación del Asegurado en actos delictuosos intencionales.**
28. **Lesiones que le ocurran al asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
29. **Lesiones que el Asegurado sufra mientras haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
30. **Lesiones que el Asegurado sufra durante la práctica de cualquier deporte como profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
31. **Lesiones que sufra el Asegurado mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.**
32. **Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los Accidentes y/o Enfermedades no cubiertos y/o excluidos en este contrato.**
33. **Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.**
34. **Tratamientos experimentales o de investigación.**
35. **Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
36. **Rehabilitación no autorizada por la Compañía así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.**
37. **La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
38. **Los realizados por el Asegurado en calidad de donante.**
39. **Honorarios Médicos cuando el Médico tratante sea el Contratante, el Asegurado, o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario del Asegurado o del Contratante.**
40. **Complementos y suplementos vitamínicos y/o alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aún y cuando sea por prescripción médica.**
41. **Consultas y tratamientos médicos a consecuencia de la andropausia y menopausia.**
42. **Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza o no dados de alta durante los primeros 30 (treinta) días posteriores a su nacimiento o cuando la madre no cumpla el Periodo de Espera de 12 (doce) meses.**
43. **Reposición de prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad, excepto que hayan sido declaradas, que ameriten reposición demostrable y sea a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
44. **Los estudios y gastos médicos que se realicen a los prospectos a ser donadores del Asegurado.**

- 45. Realizados durante el Periodo de Espera en las Enfermedades que están sujetas a lo establecido en el numeral 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.**
- 46. Cualquier Enfermedad o Accidente cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierta así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

Asimismo, esta póliza no surtirá efectos si el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tengan firmado algún tratado internacional referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien sea mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

4.2. Exclusiones Aplicadas a las Coberturas Adicionales.

Quedan excluidos de las coberturas Adicionales los conceptos que se excluyen en la Cobertura Básica, y además los gastos generados que se indican a continuación para cada Cobertura Adicional.

4.2.1. Gastos Funerarios.

Esta cobertura excluye el fallecimiento ocurrido suicidio dentro de los 2 (dos) años siguientes a la fecha de su contratación para cada Asegurado, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.

4.2.2. Enfermedades Graves (SEVI).

- 1) Cualquier tipo de cáncer de piel excepto melanoma invasivo.**
- 2) Angioplastia y o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- 3) Cualquier Enfermedad no definida en la cobertura.**

Capítulo 5. Gastos a cargo del Asegurado.

5.1. Deducible.

El Deducible especificado en la carátula de la póliza se aplica sobre el total de los Gastos Médicos Cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una vez por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos, siempre y cuando la reclamación sea superior a dicho monto.

No se aplicará Deducible en las siguientes coberturas adicionales: Gastos Funerarios y Enfermedades Graves (SEVI).

De acuerdo a lo establecido en el punto 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera se aplicará el Deducible indicado para cada uno de los incisos de este numeral, cualquier otra Enfermedad o Accidente Cubiertos se aplicará el Deducible indicado en la carátula de esta póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral.

5.2. Coaseguro.

Se aplicará el Coaseguro especificado en la carátula de la póliza a todo gasto cubierto una vez descontado el Deducible. La participación del Asegurado no será superior, por cada Enfermedad, al monto establecido como Tope de Coaseguro en la carátula de esta póliza.

No se aplicará Coaseguro en las siguientes coberturas adicionales: Gastos Funerarios y Enfermedades Graves (SEVI).

De acuerdo a lo establecido en el punto 3.1.5 denominado Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera se aplicará el Coaseguro indicado para cada uno de los incisos de este numeral, cualquier otra Enfermedad o Accidente Cubiertos se aplicará el Coaseguro indicado en la carátula de esta póliza, independientemente de que la causa sea por Enfermedad o Accidente, para los tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral.

Capítulo 6. Reclamación de Siniestros.

6.1. Aviso.

Es obligación de los Asegurados dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros 5 (cinco) días siguientes a la fecha en que tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de Indemnización, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

6.2. Pago de Indemnizaciones.

Cuando se presente una reclamación por alguna Enfermedad Cubierta, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado se descontará primero la cantidad que se indica en esta póliza bajo el rubro de Deducible y después, a la cifra resultante se le descontará la cantidad que corresponda al Coaseguro.

El total de las cantidades que pague la Compañía, nunca será superior a la Suma Asegurada que se haya contratado. En caso de contratarse la Suma Asegurada en función del salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal, el número de veces de salario mínimo general mensual de Suma Asegurada vigente a la fecha de inicio del padecimiento o de ocurrencia del Accidente permanecerá fijo para dicho siniestro.

El Coaseguro máximo absoluto a cargo del Asegurado será el indicado en la carátula de esta póliza.

En toda reclamación deberá comprobarse por cuenta del reclamante la realización del siniestro, por lo que, con independencia de lo señalado más adelante para cada cobertura, el reclamante deberá presentar a la Compañía una declaración del Médico o Médicos que hayan atendido al Asegurado a través de las formas de declaración correspondientes que para tal efecto le proporcione la Compañía, así como todos los elementos en los que se haya fundado el Diagnóstico de las Enfermedades y/o Accidentes.

Con la aceptación de esta póliza, el Asegurado y/o los reclamantes autorizan a la Compañía para que, en cualquier tiempo, solicite y obtenga de los Médicos, Hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que hayan atendido al Asegurado o que lo atiendan en lo sucesivo, toda la información completa sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre sus Enfermedades y/o Accidentes anteriores y/o actuales.

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o los reclamantes deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de las Enfermedades y/o Accidentes correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo.

Los teléfonos del Módulo de Atención 24 horas son los siguientes:

Para el D.F. y su área metropolitana: 54 47 8089

Desde el interior de la República: 01 800 22 13 044 lada sin costo

6.3. Cobertura Básica.

En caso de requerir alguna atención médica, el (los) Asegurado(s) deberá(n) presentarse al módulo de recepción ubicado dentro de los Hospitales de la Red Star Médica en donde el personal autorizado les referirá al Médico para que le sean proporcionados los servicios necesarios.

6.3.1. Pago por Reembolso.

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos realizados dentro de la Red Star Médica y del staff de esta Red, serán liquidados en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Cuando la prima o fracción correspondiente se encuentre vencida y no pagada, pero dentro del periodo de gracia para realizar su pago, la prima o la fracción correspondiente se descontará de la Indemnización.

Para que proceda el Reembolso de cualquier reclamación deberá contarse con un Diagnóstico médico definitivo y haberse cubierto el Deducible que corresponda conforme a estas condiciones generales, en caso contrario este se descontará del importe a indemnizar.

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o a quien demuestre haber efectuado los gastos procedentes de alguna Enfermedad o Accidente Cubiertos, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado Informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original de las facturas y recibos de honorarios correspondientes, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la Indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
- F. Recetas y/o orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el ministerio público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

6.3.2. Pago Directo.

Siempre que la prima o la fracción correspondiente se encuentre pagada, que el Asegurado cuente con un Diagnóstico médico definitivo, que los gastos incurridos rebasen el Deducible contratado, que el Prestador de Servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Star Médica y que el Asegurado así lo elija, la Compañía podrá pagar directamente los gastos que resulten procedentes derivados de una Enfermedad o Accidente Cubiertos.

Para que la Compañía pueda realizar el Pago Directo, éste deberá de solicitarse por escrito, a través del Módulo de Atención 24 horas, acompañando el Diagnóstico médico definitivo, y también deberá haberse cubierto el Deducible que corresponda.

Si al ser valorados por el Médico y contar con el Diagnóstico definitivo resulta que dicha atención está cubierta en los términos establecidos en esta póliza, la Compañía pagará a los prestadores de servicios elegidos por el Asegurado pertenecientes a la Red Star Médica los gastos incurridos, en caso contrario, el Asegurado deberá efectuar el pago de los mismos a dichos prestadores.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular o su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad del Asegurado y reclamante, en su caso.
- E. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
- F. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) certificada(s) de la(s) averiguación(es) previa(s) levantada(s) ante el ministerio público y/o de las actuaciones efectuadas por otras autoridades que hayan intervenido en el evento (siniestro).

6.4. Coberturas Adicionales.

6.4.1. Gastos Funerarios.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

- A. Copia certificada del acta de defunción.
- B. Copia simple del certificado de defunción.
- C. Copia certificada del acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional).
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.

Cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural, presentar copia certificada de la(s) averiguación(es) previa(s) completas levantadas ante el C. Agente del Ministerio Público o ante

las autoridades que tuvieron conocimiento del fallecimiento, que contengan por lo menos: identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia.

Del reclamante:

- A. Carta de reclamación
- B. Las formas de declaración correspondientes debidamente requisitadas, que serán proporcionadas por la Compañía.
- C. En su caso, copia certificada del acta de matrimonio o la documentación que acredite el concubinato del asegurado y, en el caso de menores de edad, copia certificada de su acta de nacimiento.
- D. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional). En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga su tutor.
- E. Original de un comprobante de domicilio, con un máximo 3 (tres) meses de antigüedad.

6.4.2. Enfermedades Graves (SEVI).

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el reclamante.
- B. Original del documento denominado Informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Contratante.
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante con máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original del Diagnóstico médico definitivo.

6.4.3. Atención por Accidente fuera de la Red Star Médica.

El reclamante deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

- A. Original del documento denominado Aviso de Enfermedad proporcionado por la Compañía, requisitado y firmado por el Asegurado.
- B. Original del documento denominado Informe Médico proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
- C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar expedida por el Instituto Federal Electoral, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del reclamante, en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga el Asegurado Titular, su cónyuge o concubina(rio).
- D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del reclamante, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad.
- E. Original del Diagnóstico médico definitivo.

Capítulo 7. Cláusulas Generales.

7.1. Contrato.

La solicitud de seguro, esta póliza, la carátula y los endosos, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

“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). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

7.2. Modificaciones al contrato.

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos endosos. La Compañía se reserva el derecho de modificar la prima de esta póliza, previo escrito dado al Contratante y/ o a los Asegurados con por lo menos 60 (sesenta) días naturales de anticipación de acuerdo a la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (la Comisión), en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

7.3. Vigencia.

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas al efecto en la carátula de esta póliza.

7.4. Terminación anticipada del contrato.

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado, mediante notificación realizada por escrito a la Compañía.

Asimismo, este contrato podrá darse por terminado anticipadamente en forma automática sin responsabilidad para la Compañía, si el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario fueren condenados mediante sentencia por un juez, por cualquier delito vinculado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos, encubrimiento y/u operaciones con recursos de procedencia ilícita, terrorismo, financiamiento al terrorismo y/o delincuencia organizada en territorio nacional o en cualquier país del mundo con el que los Estados Unidos Mexicanos tenga firmado tratados internacionales referentes a lo establecido en el presente párrafo o bien sea mencionado en las listas OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.

En caso de que el Asegurado, Contratante y/o Beneficiario obtenga sentencia absolutoria definitiva o deje de encontrarse en las listas mencionadas anteriormente, cuando así lo solicite y la póliza se encuentre dentro del periodo de vigencia, la Compañía rehabilitará el contrato restableciéndose de nueva cuenta los derechos, obligaciones y antigüedad del contrato de seguro que se está rehabilitando.

En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, por lo que la única obligación de la Compañía será devolver, la prima de tarifa neta del costo de adquisición no devengada.

7.5. Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y el (los) Asegurado(s) está(n) obligado(s) a declarar, por escrito, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

7.6. Renovación.

Esta póliza se considerara renovada por periodos de un año, si dentro de los últimos 60 (sesenta) días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra, por escrito, de su voluntad de no renovarla. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en la nota técnica respectiva.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, o cargo a una cuenta de crédito o cuenta de depósito, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

7.7. Inexactitud en la indicación de la edad en alguno de los Asegurados.

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 en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de algún Asegurado, la Compañía no podrá rescindir la póliza, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Compañía. En este caso, se devolverá al Contratante la reserva matemática de la póliza a la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por 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.
- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán en base a la fracción que resulte aplicable del artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.
- Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

7.8. Comunicaciones.

Queda expresamente convenido que todas las comunicaciones del Contratante, de los Asegurados o los reclamantes deberán dirigirse por escrito al domicilio de la Compañía que se indica en la carátula de esta póliza y en estas condiciones generales. Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante, a los Asegurados o a los reclamantes, se harán al último domicilio que conozca para tal efecto.

7.9. Moneda.

Todos los pagos relativos a este contrato por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

7.10. Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá ocurrir a presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en cualquiera de sus delegaciones o ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía en los términos de los artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, lo que deberá hacer dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso a partir de la negación de la Compañía de satisfacer sus pretensiones.

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

7.11. Arbitraje Médico.

En caso de desacuerdo respecto de si un padecimiento y/o Enfermedad es preexistente o no, los Asegurados podrán acudir a un procedimiento arbitral. En este caso, la controversia será sometida a la decisión de un árbitro, que deberá ser Perito Médico, nombrado por escrito de común acuerdo entre las partes, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un sólo árbitro, se designarán 2 (dos), uno por cada parte. Este nombramiento se hará dentro de los 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que una de las partes hubiere sido requerida por escrito por su contraparte para que así lo hiciera.

Antes de comenzar con sus funciones correspondientes, ambos árbitros nombrarán un tercero, que también deberá ser Perito Médico, para el caso de que exista contradicción en sus dictámenes.

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciera cuando sea requerida por la otra o si los árbitros no se pusieran de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial competente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del árbitro que hiciera falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

En caso de fallecimiento de una de las partes si fuere persona física o de su disolución en caso de persona moral, mientras se esté realizando el arbitraje a que se refiere esta cláusula, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los árbitros. En caso de que sea alguno de los árbitros el que falleciere antes del dictamen, será designado otro según corresponda (por las partes, los árbitros o la autoridad judicial) para que lo sustituya.

Los gastos y honorarios que se originen con motivo del arbitraje serán a cargo de la Compañía.

Si los Asegurados optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a ellos no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de un padecimiento y/o Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no del padecimiento y/o Enfermedad de que se trate, quedando a salvo los derechos de las partes para ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes, de conformidad con la ley aplicable.

7.12. Prescripción.

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Este plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que esta institución de seguros 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.

Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción a que se refiere el párrafo anterior.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro o por la presentación de la reclamación ante la CONDUSEF y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Compañía.

7.13. Primas.

La suma de las primas que correspondan a cada Asegurado conformará la prima total de esta póliza.

La prima para cada Asegurado que no ingrese precisamente en la fecha de aniversario del contrato será proporcional a los días exactos que transcurran desde su fecha de alta y hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

Según se indique en la solicitud, la forma de pago de las primas puede ser pago único o pago fraccionado.

El pago único es aquel que se hace en una sola exhibición, por el importe correspondiente a todo el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima.

El pago fraccionado es aquel en el que el importe correspondiente al lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima se reparte en parcialidades, mismas que corresponderán a periodos de igual duración, ya sean anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, aplicando un recargo por financiamiento.

La forma de pago convenida se indica en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

La fecha de vencimiento para pagar la prima de esta póliza es el primer día de cada periodo de pago, salvo que, tratándose de pago único, se haya convenido una fecha de vencimiento distinta, lo que se hará constar mediante la emisión del endoso correspondiente. Se entenderá por periodo de pago, tratándose de pago único, el plazo de vigencia de la póliza, pero tratándose de pago fraccionado, serán los semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza.

No obstante lo anterior, el Contratante gozará de un término máximo de entre 3 (tres) y 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada periodo de pago, dicho término se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía.

Si el Contratante no liquida la prima a más tardar en su fecha de vencimiento, ni dentro del término a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de dicho término, sin responsabilidad alguna para la Compañía.

El Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la ciudad de México, D.F., el cual se señala en la carátula de esta póliza o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o alguno de los Asegurados tengan el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado.

Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar a los Asegurados el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

7.14. Reinstalación automática.

En caso de agotamiento de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica por un Accidente o Enfermedad Cubiertos, ésta se reinstalará sin cobro adicional de primas para cubrir otros Accidentes o Enfermedades sin relación con aquellos respecto de los cuales se agotó la Suma Asegurada.

7.15. Rehabilitación.

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza por no haberse efectuado el pago de la prima, el Contratante podrá solicitar en cualquier momento su rehabilitación, previa presentación a su costa, de los requisitos de rehabilitación.

Una vez satisfechos los requisitos de rehabilitación, para efectuar la misma deberá pagarse el importe correspondiente de la prima o primas y obtener la aceptación de la Compañía mediante la emisión del endoso de rehabilitación.

Esta póliza, se considerará rehabilitada una vez que se hayan cumplido los requisitos de rehabilitación, se haya pagado la prima correspondiente y la Compañía le dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del endoso antes referido.

7.16. Otros seguros.

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras Compañías, en caso de reclamación, las indemnizaciones pagaderas por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra Aseguradora, el Asegurado y/o los reclamantes deberá presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) Aseguradora(s). Esta cláusula no es aplicable a la cobertura adicional "Gastos Funerarios" y tampoco para Enfermedades Graves(SEVI) de estas condiciones generales.

7.17. Indemnización por mora.

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una Indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el Artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, mismo que a continuación se transcribe:

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.

7.18. Revelación de comisiones.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 institución 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.

Glosario

1. **Amigdalectomía.**
Extirpación quirúrgica de las amígdalas. Cirugía para extraer las anginas.
2. **Bypass.**
Cirugía a corazón abierto. Conexión entre las arterias del corazón a través de puentes, con la finalidad de mantener una adecuada irrigación del órgano.
3. **Cálculos renales.**
Cálculo en cualquier parte de las vías urinarias. El cálculo es llamado comúnmente piedra, y suele estar compuesto de sales minerales.
4. **Cáncer.**
Es el crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales capaz de matar al huésped mediante su propagación desde el sitio de origen hasta lugares distantes, o a nivel local.
5. **Catarata.**
Opacidad del cristalino (parte del ojo), su cápsula o ambos.
6. **Cesárea.**
Extracción del feto (bebé), por medio de una incisión en el útero (matriz), a través del abdomen.
7. **Cistocele.**
Hernia de la vejiga que sale hacia la vagina.

8. *Colecistectomía.*
Extirpación de la vesícula biliar.
9. *Colpoperinorrafia.*
Operación para reparar desgarros del piso (periné) de la vagina.
10. *Eclampsia.*
Coma y crisis convulsivas entre las 20 (veinte) semanas de la gestación y la primera posterior al parto.
11. *Embarazo extrauterino o ectópico.*
Embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina (matriz).
12. *Embarazo molar.*
Embarazo en el cual en lugar de que el óvulo se desarrolle en un embrión, se transforma en una mola (aglomerado de células).
13. *Endometriosis.*
Capa de la matriz cuya localización se extiende de manera anormal a diversos sitios, (en toda la pelvis o en la pared abdominal).
14. *Enfermedad cerebrovascular.*
Es un trastorno de los vasos del cerebro por la lesión de éstos de causa isquémica (muerte de tejido) o hemorrágica. Suele ser secundario a Enfermedades ateroscleróticas (acumulación de placas de grasa que ocluyen los vasos), hipertensión, o una combinación de ambos.
15. *Eventraciones.*
Protrusión parcial del contenido abdominal a través de una abertura en la pared del abdomen.
16. *Fiebre puerperal.*
Infección del conducto del parto (matriz o vagina), después o durante el mismo evento.
17. *Hallux valgus.*
Desplazamiento del dedo gordo del pie hacia los otros dedos.
18. *Hemorroidectomía.*
Eliminación de hemorroides por una de varias técnicas (cirugía, congelamiento o ligadura).
19. *Hernioplastia.*
Operación quirúrgica para reparar una hernia (salida de órganos o tejidos).
20. *Hiperemesis gravídica.*
Náuseas y vómitos incontrolables durante el embarazo de intensidad y duración tal que provocan efectos en el organismo (cuerpo), como deshidratación y pérdida de peso; y que ameritan Hospitalización.
21. *Histerectomía.*
Extirpación quirúrgica del útero (matriz), a través de la pared abdominal o la vagina.
22. *Infarto al miocardio.*
Muerte del músculo del corazón que por lo general resulta de la formación de un coágulo que se desprende y ocluye uno o más vasos del órgano.
23. *Insuficiencia renal.*
Incapacidad del riñón para eliminar productos de desecho de la sangre de forma normal.
24. *Miomectomía.*
Extirpación de una porción de músculo o tejido muscular. 2. Eliminación de un tumor miomatoso, por lo general uterino; casi siempre por vía abdominal, dejando el útero.
25. *Óbito.*
Nacimiento de un feto (bebé), muerto.
26. *Parálisis.*
Suspensión temporal o pérdida permanente de la función, en especial pérdida de la sensación o movimiento voluntario.
27. *Preeclampsia.*
Enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión creciente (elevación de la presión arterial), dolor de cabeza, alteraciones renales y edema (acumulación de líquido), de las extremidades inferiores.
28. *Prolapso.*
Caída o descenso de un órgano o parte interna.
29. *Rectocele.*
Saliente o hernia de la pared vaginal posterior con la pared anterior del recto, a través de la vagina.
30. *Tumoración mamaria.*
Crecimiento limitado o indiscriminado de células del tejido mamario.