

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

<b>ÍNDICE</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
1.1 Funcionamiento de esta póliza	3
1.2 Beneficios de esta póliza	3
<b>CAPÍTULO 2 DEFINICIONES</b>	<b>3</b>
2.1 Inicio de vigencia	3
2.2 Fin de vigencia	3
2.3 Accidente	3
2.4 Enfermedad	3
2.5 Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente	3
2.6 Hospitalización	4
2.7 Módulo de atención veinticuatro horas	4
2.8 Deducible	4
2.9 Coaseguro	4
2.10 Contratante	4
2.11 Endoso	4
2.12 Periodo al descubierto	4
2.13 Asegurados	4
2.14 Dependientes económicos	4
2.15 Beneficiario	4
2.16 Médico tratante	5
2.17 Perito médico	5
2.18 Enfermera(o)	5
2.19 Hospitales Star Médica	5
2.20 Pago directo	5
2.21 Territorialidad	5
<b>CAPÍTULO 3 COBERTURA BÁSICA</b>	<b>5</b>
3.1 Gastos médicos mayores en territorio nacional	5
3.1.1 Reinstalación automática	5
3.1.2 Gastos médicos cubiertos por esta póliza en los Hospitales Star Médica	5
3.1.3 Padecimientos y/o enfermedades, tratamientos y gastos cubiertos con periodo de espera	6
3.1.4 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA BÁSICA	7
<b>CAPÍTULO 4 COBERTURAS ADICIONALES</b>	<b>7</b>
4.1 Gastos funerarios	8
4.1.1 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA COBERTURA	8
4.2 Enfermedades graves (SEVI)	8
4.2.1 Enfermedades cubiertas	8
4.2.2 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA COBERTURA	9
<b>CAPÍTULO 5 EXCLUSIONES</b>	<b>9</b>
5.1 EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	9
<b>CAPÍTULO 6 CLÁUSULAS GENERALES</b>	<b>10</b>
6.1 Siniestros	10
6.1.1 Procedimiento para la cobertura básica	10
6.1.2 Procedimiento para las coberturas adicionales	10
6.1.2.1 Gastos funerarios	10
6.1.2.2 Enfermedades graves (SEVI)	11

6.2 Moneda	11
6.3 Edad	11
6.3.1 Cobertura básica	11
6.3.2 Gastos funerarios	11
6.3.3 Enfermedades graves (SEVI)	11
6.3.4 En caso de inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados, ¿qué sucede?	11
6.4 Alta de asegurados	12
6.5 Primas	12
6.6 Renovación	12
6.7 Contrato	12
6.8 Beneficiarios	13
6.9 Omisiones o inexactas declaraciones	13
6.10 Comunicaciones	14
6.11 Competencia	14
6.12 Arbitraje médico	14
6.13 Prescripción	14
6.14 Interés moratorio	15
6.15 Comisiones	15

## **CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Funcionamiento de esta póliza**

#### **¿Cómo funciona esta póliza?**

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa y Hospitales Star Médica, S.A. de C.V., se han unido para ofrecerle(s) los beneficios que se indican en esta póliza, para que reciba(n) la atención médica necesaria exclusivamente a través de los Hospitales Star Médica inclusive cuando la misma se requiera a consecuencia de una emergencia médica, para ello es necesario que la enfermedad o accidente por el cual se requiera la atención médica se encuentre cubierto en esta póliza. En ambos casos quedarán a cargo de Usted(es) el deducible y coaseguro pactado.

### **1.2 Beneficios de esta póliza**

#### **¿Qué beneficios me ofrece esta póliza?**

Esta póliza cubre los gastos por la atención médica hospitalaria recibida a través de los Hospitales Star Médica, originada por un accidente o enfermedad que ocurran dentro de la vigencia de esta póliza y que de acuerdo a las definiciones establecidas en las presentes condiciones generales sean gastos cubiertos amparando hasta la suma asegurada contratada, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente, para cada uno de los asegurados.

## **CAPÍTULO 2 DEFINICIONES**

En esta póliza establecemos los siguientes conceptos:

Usted	Es el asegurado titular
Ustedes	Cualquiera de los asegurados o todos los asegurados
Su	Del asegurado titular
Compañía, Nosotros	Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa.
Nuestra(s) y Nuestro(s)	De Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa

### **2.1 Inicio de vigencia**

#### **¿Qué debo entender por fecha de inicio de vigencia de la póliza?**

Para los asegurados iniciales es la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de esta póliza. A partir de esta fecha se determinará la antigüedad de cada uno de Ustedes, siempre y cuando la póliza se renueve con vigencias sucesivas ininterrumpidas.

En el caso de altas posteriores de asegurados, la fecha de inicio de vigencia será la fecha en que éstos sean aceptados por Nosotros.

### **2.2 Fin de vigencia**

#### **¿Qué debo entender por fecha de fin de vigencia de la póliza?**

La fecha de fin de vigencia será la indicada en la carátula de esta póliza o, en su caso, la fecha en que dicha vigencia concluya conforme a lo señalado en el último párrafo de la sección 3.1 del capítulo 3 denominado cobertura básica.

Cuando alguno de Ustedes sea dado de baja antes del término de vigencia de esta póliza, la fecha de fin de vigencia para ese asegurado será la fecha en que recibamos la solicitud de baja.

### **2.3 Accidente**

#### **¿Qué debo entender por accidente?**

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, violenta, ajena a su voluntad, que produzca lesiones corporales, siempre que éstas ocurran dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha del accidente, o bien, que produzca el fallecimiento y éste ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la fecha del accidente.

Salvo caso fortuito o fuerza mayor, en caso de no haber recibido la notificación por escrito dentro del primero de los plazos antes mencionados, se considerará como enfermedad.

### **2.4 Enfermedad**

#### **¿Qué debo entender por enfermedad?**

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de este contrato, sólo las enfermedades que se manifiesten 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 uno de Ustedes y que ameriten tratamiento médico o quirúrgico. No se aplicará el plazo antes señalado tratándose de problemas quirúrgicos agudos, que pongan en peligro la vida, un órgano o una función y que requieran atención inmediata y que sean distintos a los contenidos en el numeral 3.1.3 de esta póliza.

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.

### **2.5 Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente**

#### **¿Qué entiendo por padecimiento y/o enfermedad preexistente?**

Para efectos de esta póliza, padecimiento y/o enfermedad preexistente es aquella 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 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) el Asegurado haya 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 el Asegurado haya hecho gastos para recibir 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 6.12 denominada Arbitraje Médico.

A cualquiera de Ustedes que se haya sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, no podrá 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.

## **2.6 Hospitalización**

### **¿Qué entiendo por hospitalización?**

Para efectos de esta póliza, es la estancia continua de cualquiera de Ustedes en uno de los Hospitales Star Médica, siempre y cuando ésta sea justificada y se dé a partir del momento en que ingrese como paciente interno.

## **2.7 Módulo de atención veinticuatro horas**

### **¿Qué es el módulo de atención veinticuatro horas?**

Es el lugar en donde se encuentra personal de Nosotros para proporcionar a Ustedes información de manera permanente.

## **2.8 Deducible**

### **¿Qué entiendo por deducible?**

Es la cantidad fija que Ustedes deben cubrir por cada accidente o enfermedad en la cobertura de gastos médicos, a que se refiere el capítulo 3, la cual se indica en la carátula de esta póliza.

A todo gasto incurrido aplica deducible, siempre y cuando la reclamación proceda y sea superior al monto establecido como deducible en la carátula de esta póliza.

## **2.9 Coaseguro**

### **¿Qué entiendo por coaseguro?**

Es el porcentaje establecido en la carátula de esta póliza que corresponde a su participación sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible en la cobertura de gastos médicos derivados de un accidente o enfermedad.

## **2.10 Contratante**

### **¿Qué debo entender por contratante?**

Es la persona física o moral, indicada en la carátula de esta póliza, responsable ante Nosotros de pagar la prima del seguro. Si en la carátula de esta póliza no aparece designado un contratante, éste será Usted.

Nosotros podremos reclamar de Ustedes el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

## **2.11 Endoso**

### **¿Qué entiendo por endoso?**

Es el documento mediante el cual se modifican las condiciones del contrato, por acuerdo previo entre las partes.

## **2.12 Periodo al descubierto**

### **¿Qué debo entender por periodo al descubierto?**

Es el lapso de tiempo en el cual esta póliza no está pagada, inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia referido en la cláusula 6.5 denominada Primas, y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones por accidentes o enfermedades ocurridos durante este periodo, por padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante este periodo y/o por los cuales se hayan erogado gastos ocurridos durante el periodo al descubierto.

## **2.13 Asegurados**

### **¿Quiénes son los asegurados?**

Son Usted y Sus dependientes económicos, incluidos y aceptados en esta póliza, cuyos nombres aparecen en la carátula de la misma.

## **2.14 Dependientes económicos**

### **¿Quiénes son los dependientes económicos?**

Su 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. Para que los dependientes económicos se consideren asegurados, deben aparecer con este carácter en la carátula de esta póliza.

## **2.15 Beneficiario**

### **Beneficiario, ¿quién es?**

El beneficiario es la persona designada por Ustedes con derecho a reclamar en su caso la cobertura de gastos funerarios.

## **2.16 Médico tratante**

### **¿Qué se entiende por médico tratante?**

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser: médico general o médico especialista, que se encuentre afiliado al staff de los Hospitales Star Médica.

## **2.17 Perito médico**

### **¿Qué se entiende por perito médico?**

Es el médico especialista titulado y con cédula profesional, registrado en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

## **2.18 Enfermera(o)**

### **¿Qué se entiende por enfermera(o)?**

Es la persona titulada dedicada al cuidado de enfermos y heridos, así como a la asistencia de médicos, la cual se encuentra legalmente autorizada para el ejercicio de su actividad, que se encuentre afiliado al staff de los Hospitales Star Médica.

## **2.19 Hospitales Star Médica**

### **¿Qué se entiende por Hospitales Star Médica?**

Es el conjunto de instituciones legalmente autorizadas para la atención médica y quirúrgica de pacientes, que cuentan las veinticuatro 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](http://www.inbursa.com.mx), así como a las que sean referidos por aquellas.

## **2.20 Pago directo**

### **¿Qué entiendo por pago directo?**

Es el servicio mediante el cual, Nosotros pagaremos directamente a los Hospitales Star Médica los gastos resultantes por la atención médica y hospitalaria cubierta por esta póliza que Ustedes reciban, quedando únicamente a su cargo los gastos no cubiertos por esta póliza, el deducible y el coaseguro según corresponda. Este servicio operará de conformidad a lo establecido en el numeral 6.1.1 denominado Procedimiento para la cobertura básica.

## **2.21 Territorialidad**

### **¿Cuál es el alcance de cobertura en territorialidad?**

Esta póliza sólo cubrirá los gastos médicos realizados en territorio nacional a través de los Hospitales Star Médica, a consecuencia de accidente o enfermedad cubierto.

## **CAPÍTULO 3 COBERTURA BÁSICA**

### **3.1 Gastos médicos mayores en territorio nacional**

Si durante la vigencia de esta póliza y como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto, Ustedes requiriesen cualquiera de los servicios referidos en este capítulo, mismos que deben ser prescritos por el médico tratante, Nosotros cubriremos el importe de los mismos, hasta por la cantidad máxima asegurada en cada cobertura, con la aplicación del deducible y coaseguro correspondientes.

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.

La vigencia de esta cobertura terminará respecto de cada uno de Ustedes, automáticamente con el agotamiento de la suma asegurada vigente a la fecha de efectuar el primer gasto del padecimiento correspondiente y con la aplicación de dicha cantidad a cada accidente o enfermedad.

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

#### **3.1.1 Reinstalación automática**

En caso de agotamiento de la suma asegurada por un accidente o enfermedad, ésta se reinstalará automáticamente sin cobro adicional de primas para cubrir otros accidentes o enfermedades que no tengan relación con el accidente o padecimiento respecto del cual se agotó la suma asegurada.

#### **3.1.2 Gastos médicos cubiertos por esta póliza en los Hospitales Star Médica**

- A) Si se requiere de intervención quirúrgica, los honorarios de cirujano, anestesiólogos y ayudantes.
- B) Gastos de anestesia.
- C) Los gastos originados durante su estancia en el área de terapia intensiva a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos.
- D) Los gastos de medicamentos, siempre que sean prescritos por el médico tratante, sean necesarios para el tratamiento del accidente o enfermedad cubierto y sea dicho médico quien expida la receta correspondiente.
- E) Gastos de análisis de laboratorio, gabinete e imagen indispensables para diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad, siempre y cuando sean indicados por un médico tratante y tengan relación con los mismos.

- F) Costo de la habitación privada estándar y de los aditamentos necesarios para la adecuada estancia de Ustedes que sean proporcionados sin que se requiera petición expresa de Usted(es) o sus familiares y los alimentos. Además se pagará el costo de cama extra para un acompañante.
- G) Gastos de sala de operaciones, recuperaciones y curaciones.
- H) Los honorarios por consultas médicas.
- I) Gastos por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
- J) Gastos originados por consumo de oxígeno.
- K) Gastos de aparatos ortopédicos y/o prótesis, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza y exista una prescripción médica.

Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos previa indicación del médico tratante, con un máximo de 2 (dos) pares por año, para los nacidos dentro de la vigencia de esta póliza.

- L) Gastos de transporte en ambulancia terrestre, siempre y cuando sea indispensable para el traslado de Ustedes desde o hacia los Hospitales Star Médica, previa indicación del médico tratante.
- M) Gastos por tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, o quimioterapia.
- N) Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos en este contrato y se presenten estudios de laboratorio, gabinete, imagen o cualquier otra documentación necesaria (iniciales o previas al tratamiento) donde se haga constar el daño sufrido.
- O) Se ampara los gastos resultantes de la atención médica y hospitalaria por maternidad, derivada de los conceptos enlistados a continuación, hasta la suma asegurada de la cobertura básica y con la aplicación del deducible y coaseguro.

Embarazo extrauterino o embarazo molar, siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario para éste último adjuntar el estudio histopatológico.

Las complicaciones del embarazo o puerperio que se mencionan más adelante siempre que ocurran después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura: Eclampsia, preeclampsia severa, estados de fiebre puerperal, placenta previa e hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria.

Óbitos, parto normal y sus complicaciones, así como la operación cesárea, siempre y cuando ocurran después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura.

- P) La atención fisiológica del recién nacido así como las enfermedades de los recién nacidos quedarán cubiertas desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan después de 12 (doce) meses de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura afectada para la madre asegurada en esta póliza y sean dados de alta dentro de los primeros 30 (treinta) días de su nacimiento. Incluye los gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas.

### **3.1.3 Padecimientos y/o enfermedades, tratamientos y gastos cubiertos con periodo de espera.**

Los padecimientos y/o enfermedades, tratamientos y gastos que se mencionan en cada inciso, quedarán cubiertos una vez transcurridos ininterrumpidamente los periodos de vigencia establecidos, mismos que aplicarán para cada uno de Ustedes.

- A) 1 (un) año. Padecimientos de nariz o senos paranasales o de rodilla, amigdalitis, amigdalectomía, adenoiditis, adenoidectomía, eventraciones, hernioplastias, hemorroidectomías, cualquier padecimiento anorectal, colecistitis, colecistectomía, insuficiencia venosa, várices de miembros inferiores, cataratas, hallus valgus (juanetes), litotripsias, cálculos del aparato genito-urinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico.
- B) 2 (dos) años. Tratamientos de prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperinorrafia anterior y/o posterior, cualquier operación reconstructiva de piso perineal, glándulas mamarias, histerectomías, miomectomías, endometriosis o padecimientos ginecológicos.
- C) 2 (dos) años. Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral, independientemente que se trate de un accidente o una enfermedad.
- D) 3 (tres) años. Gastos por tratamiento médico o quirúrgico, derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), **siempre y cuando no se hubiese diagnosticado ni erogado gasto alguno por esta enfermedad durante los primeros 3 (tres) años ininterrumpidos del periodo de vigencia establecido en este inciso.**

E) 2 (dos) años. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante endoso expedido por Nosotros. **Los padecimientos que no cumplan con lo anterior, no quedarán cubiertos.**

### **3.1.4 EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA BÁSICA**

**Para esta cobertura se excluyen los gastos por los conceptos que se enumeran a continuación:**

- 1) Curas de reposo o exámenes médicos generales conocidos con el nombre de check-up.**
- 2) Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto.**
- 3) Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o miopía.**
- 4) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen.**
- 5) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
- 6) Tratamientos experimentales.**
- 7) Los que correspondan a Su(s) acompañante(s) durante Su(s) internación(es) en los Hospitales Star Médica, tales como cuarto o alimentos, excepto los que se originen por cama extra.**
- 8) Consultas, diagnóstico y/o tratamiento médico quirúrgico de infertilidad, esterilidad, control de la natalidad, impotencia o disfunción sexual y/o sus complicaciones.**
- 9) Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de calvicie, obesidad, tabaquismo.**
- 10) Reposición de prótesis existentes, excepto que hayan sido declaradas, que ameriten reposición demostrable y sea a consecuencia de un accidente cubierto.**
- 11) Consultas y/o tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de maxilares, incluyendo el síndrome temporomandibular, 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 ocurrido durante la vigencia esta póliza.**
- 12) El uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares para efectos de rehabilitación.**
- 13) La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
- 14) Aquellos en que incurran en calidad de donadores.**
- 15) Aquellos que se realicen a los prospectos a ser sus donadores, salvo los de quien(es) resulte(n) ser el (los) donador(es).**
- 16) Cualquier concepto que no cumpla lo estipulado en el inciso O), del punto 3.1.2 Gastos médicos cubiertos por esta póliza en los Hospitales Star Médica.**
- 17) Cualquier concepto que no cumpla lo estipulado en el inciso P), del punto 3.1.2 Gastos médicos cubiertos por esta póliza en los Hospitales Star Médica..**
- 18) Cualquier gasto médico que se realice fuera de los Hospitales Star Médica, salvo aquellos casos que sean canalizados por los Hospitales Star Médica.**

### **CAPÍTULO 4 COBERTURAS ADICIONALES**

Ustedes pueden complementar su protección con la contratación de las siguientes coberturas adicionales, las cuales operarán siempre que se indiquen en la carátula de esta póliza.

Estas coberturas adicionales estarán vigentes a partir de su fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza y seguirán renovándose por todo el tiempo que continúe en vigor esta póliza, aplicando la tarifa que se encuentre vigente y hasta el plazo de vencimiento indicado en la cláusula de edad o cuando cualquiera de Ustedes nos solicite expresamente, antes del inicio de vigencia, la cancelación de las coberturas adicionales.

En el caso de las coberturas de gastos funerarios y enfermedades graves (SEVI) quedarán canceladas automáticamente al efectuar el pago del siniestro correspondiente o al cumplir con lo indicado en el párrafo anterior.

#### **4.1 Gastos funerarios**

Nosotros estaremos obligados a pagar la suma asegurada contratada en esta cobertura, en caso de que ocurra el fallecimiento de alguno de los asegurados a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la cobertura. Dichos gastos se pagarán a quien acredite haberlos efectuado. En caso de que los gastos incurridos sean menores a la suma asegurada para esta cobertura adicional, el remanente se pagará a los beneficiarios designados por Ustedes para tales efectos.

Para los asegurados nacidos durante la vigencia de esta póliza, esta cobertura entrará en vigor en la fecha de renovación en que dicho asegurado cuente con 1 (un) año de edad cumplido. En caso de menores de 12 (doce) años la suma asegurada que se indemnizará no excederá de 60 (sesenta) veces el salario mínimo mensual general vigente en el Distrito Federal a la fecha del siniestro.

### **4.1.1 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA COBERTURA**

**Esta cobertura excluye el pago de la suma asegurada cuando el fallecimiento ocurra por Suicidio, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental, si ocurre antes de los 2 (dos) años, contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura para cada asegurado.**

#### **4.2 Enfermedades graves (SEVI)**

Esta cobertura puede contratarse para Usted solo o Usted y su cónyuge o concubina(rio). En caso de que a Usted y/o a su cónyuge o concubina(rio) se le diagnostique alguna de las siguientes 7 (siete) enfermedades graves, Nosotros pagaremos la suma asegurada contratada para esta cobertura adicional en una sola exhibición, al tener en Nuestro poder las pruebas del diagnóstico de la enfermedad, siempre y cuando dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura, indicada en la carátula de esta póliza.

El diagnóstico deberá ser de forma definitiva expedido o corroborado por un médico.

Podremos, cuando lo estimemos necesario, exigir que se nos compruebe a Nuestra costa el diagnóstico presentado, solicitándole se someta a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que consideremos necesarias. En caso de que Usted y/o su cónyuge o concubina(rio) se negaran injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone la presente cobertura adicional. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

#### **4.2.1 Enfermedades cubiertas**

**Las enfermedades cubiertas son:**

- ❖ Infarto al miocardio
- ❖ Cáncer
- ❖ Enfermedad cerebro vascular
- ❖ Afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass
- ❖ Insuficiencia renal
- ❖ Transplante de órganos vitales
- ❖ Parálisis/paraplejía

Estas enfermedades deberán ajustarse a las siguientes definiciones:

##### **a) Infarto al miocardio**

La muerte de una parte del 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.

##### **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.**

**c) Enfermedad cerebro vascular**

Una enfermedad o accidente cerebro vascular 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 realización regular 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/paraplejia**

La pérdida total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

#### **4.2.2 EXCLUSIONES APLICABLES A ESTA COBERTURA**

**Quedan excluidas todas las enfermedades que no se encuentran descritas en el punto 4.2.1.**

### **CAPÍTULO 5 EXCLUSIONES**

#### **5.1 EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS**

**El contrato de seguro contenido en esta póliza excluye los gastos por los conceptos que se enumeran a continuación:**

- 1) Trastornos de enajenación mental, depresión, histeria, estrés, neurosis o psicosis, bulimia, anorexia y todo tipo de padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, de lenguaje o de aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, enfermedades del sueño, roncopatías, y uvulopalatoplastías, independientemente del origen de éstas; salvo para tratamientos psiquiátricos o psicológicos que se requieran a causa de violación, secuestro o enfermedad terminal.**
- 2) Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que no cumplan con lo señalado en el inciso D) de la sección 3.1.3 denominada padecimientos cubiertos con periodo de espera.**
- 3) Aborto o la interrupción del embarazo, independientemente que sea por accidente o enfermedad y afecciones propias de éste.**
- 4) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, excepto los que cumplan con lo establecido en el inciso E) de la sección 3.1.3 denominada padecimientos cubiertos con periodo de espera y aquellos relativos al tipo de examen médico que se le haya aplicado a solicitud de la Compañía, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen.**
- 5) Lesiones físicas infligidas por Usted(es) sobre sí mismo(s), o por intento de suicidio, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- 6) Enfermedades o accidentes causados por culpa grave de Usted(es) como consecuencia del uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente y/o sustancia psicotrópica, excepto si fueron prescritos por un médico y utilizados conforme a dicha prescripción.**

- 7) Lesiones corporales o enfermedades que sufran en servicio militar de cualquier clase, en actos de revolución o guerra, insurrección, rebelión, o actos delictivos intencionales en los cuales Usted(es) participe(n) directamente.**
- 8) Lesiones corporales o enfermedades que sufra(n) a consecuencia de una riña cuando Usted(es) sea(n) el (los) provocador(es).**
- 9) Lesiones que sufra(n) cuando viaje(n) como ocupante(s) de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad.**
- 10) Por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 11) Lesiones que sufra(n) cuando viaje(n) como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio de transporte regular de pasajeros y no realice un vuelo establecido en horario y en una ruta regular entre aeropuertos legalmente establecidos.**
- 12) Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones, expresamente excluidas en este contrato.**
- 13) Atención fisiológica del recién nacido.**

## **CAPÍTULO 6 CLÁUSULAS GENERALES**

### **6.1 Siniestros**

*¿Qué procedimiento debo seguir para hacer exigibles los beneficios de esta póliza?*

*Al momento de solicitar cualquiera de los servicios cubiertos por esta póliza, se solicitará una identificación oficial vigente con fotografía y firma. En caso de menores que no dispongan de ella, se requerirá la confirmación de identidad que haga Usted o su cónyuge o concubina(rio). También se deberá presentar la tarjeta de identificación expedida por Nosotros.*

#### **6.1.1 Procedimiento para la cobertura básica**

*En caso de requerir alguna atención médica, Ustedes deberán presentarse al módulo de recepción ubicado dentro de los Hospitales Star Médica en donde el personal autorizado les referirá al médico tratante para que le sean proporcionados los servicios necesarios.*

*Será indispensable que al momento de solicitar la atención médica, la prima o la fracción correspondiente esté pagada.*

*Si al ser valorados por el médico tratante y contar con el diagnóstico definitivo resulta que dicha atención está cubierta en los términos establecidos en esta póliza, Nosotros pagaremos a Hospitales Star Médica los gastos incurridos, en caso contrario, Ustedes deberán efectuar el pago de los mismos a Hospitales Star Médica.*

*Con la aceptación de esta póliza, Ustedes Nos autorizan, para que solicitemos y obtengamos de los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que los hayan atendido o que los 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.*

#### **6.1.2 Procedimiento para las coberturas adicionales**

*Deberán presentarnos una declaración del médico o médicos que los hayan atendido, así como, todos los elementos en los que se haya fundado el diagnóstico de la(s) enfermedad(es) y/o accidente(s), inmediatamente después de conocerlo(s).*

*Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que recibamos los documentos e informes que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, los cuales deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Una vez pagada la indemnización, los documentos quedarán en Nuestro poder.*

##### **6.1.2.1 Gastos funerarios**

*Las reclamaciones de esta cobertura serán pagadas a la persona que acredite haber hecho los gastos respectivos, proporcione la documentación que compruebe el fallecimiento y entregue los comprobantes de los gastos funerarios.*

***Si el importe total de gastos funerarios resultara menor que la suma asegurada para esta cobertura, ¿podrán mis beneficiarios reclamar la diferencia?***

Si el monto total de gastos efectuados fuese menor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, el remanente será distribuido a los beneficiarios designados por Ustedes en esta póliza, en el porcentaje señalado para cada uno de ellos. En caso de fallecimiento de beneficiarios se observarán las disposiciones que al respecto se contienen en el numeral 6.8 de esta póliza.

**Si el monto total de gastos efectuados fuese mayor al importe de la suma asegurada de esta cobertura, ¿qué pasará con los beneficiarios?**

En este caso, únicamente se cubrirá el reembolso hasta el monto de la suma asegurada amparada por esta cobertura, quedando sin efecto la aplicación de la distribución porcentual de la suma asegurada a los beneficiarios designados por Ustedes.

**6.1.2.2 Enfermedades graves (SEVI)**

La suma asegurada contratada para esta cobertura, se pagará al asegurado afectado siempre y cuando el diagnóstico sea definitivo, expedido por un médico y dicha enfermedad se manifieste por primera vez después de transcurridos 30 (treinta) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta cobertura. Nos reservamos el derecho, cuando lo estimemos necesario, de exigir que se nos compruebe a Nuestra costa el diagnóstico presentado, solicitándole se someta Usted y/o su cónyuge o concubina(rio) a exámenes, auscultaciones y demás pruebas que consideremos necesarias. En caso de que Usted y/o su cónyuge o concubina(rio) se negara(n) injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, quedaremos liberados de la responsabilidad que nos impone la presente cobertura. Una vez pagada la suma asegurada contratada para esta cobertura ya no procederán reclamaciones posteriores por la misma enfermedad u otra enfermedad detectada.

**6.2 Moneda**

**¿En qué moneda debo efectuar el pago de las primas?**

El pago de la prima a que haya lugar, será liquidable en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha de pago, quedando pactado que el lugar para efectuar el pago será el de Nuestras oficinas.

**¿El pago de indemnizaciones también será en moneda nacional?**

Nosotros pagaremos la(s) indemnización(es) correspondiente(s) en moneda nacional en términos de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente en la fecha en que se realizaron los gastos.

**6.3 Edad**

**¿Cuáles son los límites de edad de admisión?**

Nosotros podremos aceptar el ingreso a esta póliza, de personas con las siguientes características:

**6.3.1 Cobertura básica**

Menores de 65 (sesenta y cinco) años de edad, garantizando la renovación vitalicia siempre y cuando se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

**6.3.2 Gastos funerarios**

A partir de 1 (un) año de edad y hasta antes de cumplir los 65 (sesenta y cinco) 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 se hayan cubierto las primas correspondientes conforme a las condiciones generales de esta póliza.

**6.3.3 Enfermedades graves (SEVI)**

A partir de los 20 (veinte) años de edad y hasta antes de cumplir los 56 (cincuenta y seis) 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.

**6.3.4 En caso de inexactitud en la indicación de la edad de alguno de los asegurados, ¿qué sucede?**

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de alguno de Ustedes; no podremos rescindir el contrato, a no ser que su edad real al momento de la celebración del contrato esté fuera de los límites de admisión, de acuerdo a esta póliza, pero en este caso, le devolveremos a Ustedes la prima no devengada correspondiente a la fecha de rescisión,. En este caso Nosotros devolveremos la prima menos los gastos de administración. Así mismo se aplicarán las siguientes reglas:

- A) Cuando a consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se pague una prima menor de la que correspondería a su edad real, Nuestra obligación 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.
- B) Si ya hubiéramos satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre su edad, tendremos derecho a pedir que nos devuelvan lo que hubiéramos pagado de más, conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- C) Si a consecuencia de la inexacta indicación de su edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a Su(s) edad(es) real(es), estaremos obligados a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para su edad real en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- D) Si con posterioridad a su fallecimiento se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, estaremos obligados a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con su edad real.

Para los cálculos que exigen los puntos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

#### **6.4 Alta de asegurados**

Previa aceptación Nuestra, Usted podrá incluir a sus dependientes económicos en esta póliza. En el caso de la cobertura adicional de Enfermedades graves (SEVI), sólo podrá incluir a su cónyuge o concubina(rio).

Los hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento, debiendo darnos el aviso correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, siempre y cuando nazcan 12 (doce) meses o más después de la fecha de inicio de vigencia de este seguro para la madre asegurada.

#### **¿Qué se requiere para asegurar al recién nacido?**

Únicamente que nos dé aviso por escrito, acompañado del acta de nacimiento, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al parto. De no haberse hecho así, la inclusión estará condicionada a Nuestra aceptación.

#### **6.5 Primas**

La forma de pago de primas puede ser, según se indique en la solicitud: anual, semestral, trimestral o mensual, aplicando un recargo por financiamiento si la forma de pago no es anual. La forma de pago convenida se indica en la carátula de la póliza.

La prima de esta póliza vence el primer día de cada periodo de pago. Se entiende por periodo de pago los años, semestres, trimestres o meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, indicada en la carátula de esta póliza, de acuerdo con la forma de pago convenida.

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

Si el contratante no liquida la prima o la fracción de ella en caso de haber convenido pago fraccionado, 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.

El contratante estará obligado a pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía, 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 Asegurado tengan 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 tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, en los términos especificados en la solicitud, en este caso el estado de cuenta donde aparece el cargo correspondiente de la prima, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar de los asegurados el pago de la prima cuando el contratante que obtuvo la póliza resulte insolvente.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

#### **¿De qué conceptos está formada la prima neta?**

La prima neta del primer año de vigencia de esta póliza, es la suma de las correspondientes a cada uno de Ustedes, de acuerdo con su sexo, domicilio y edad, en la fecha de emisión, debiendo ser cubierta en la fecha de celebración del contrato.

En cada renovación, la prima neta será la suma de las correspondientes a cada uno de Ustedes, de acuerdo con su sexo, domicilio y edad alcanzada en la fecha de renovación, debiendo ser cubierta en la fecha de renovación del contrato, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

#### **¿Cómo está formada la prima total?**

Es la suma de la prima neta, el financiamiento por pago fraccionado, los gastos de expedición y el impuesto (I.V.A.).

#### **6.6 Renovación**

##### **¿Mi póliza se renovará automáticamente?**

Esta póliza se considerará renovada, por periodos de un año, si dentro de los últimos 60 (sesenta) días de vigencia de cada periodo anual, Usted no nos da aviso por escrito de su voluntad de no renovarla.

El pago de la prima acreditado mediante el original del recibo oficial expedido por Nosotros, extendido en las formas usuales, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

#### **6.7 Contrato**

##### **¿Qué documentos forman mi contrato de seguro?**

Sus declaraciones proporcionadas por escrito en la solicitud de seguro, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, su carátula y los endosos constituyen prueba del contrato del seguro celebrado.

«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 del Seguro).

El derecho señalado en el párrafo anterior se hace extensivo al contratante.

#### **¿Qué debo hacer para efectuar modificaciones a mi póliza?**

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre el contratante y Nosotros y se harán constar mediante cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, emitiéndose así un endoso adicional que formará parte de este contrato.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Nosotros carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones, salvo que Nosotros otorguemos la autorización expresa.

#### **¿Mi póliza sufrirá alguna modificación?**

En ejercicio del derecho que le confiere el artículo 65 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, Ustedes aceptan que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante o Ustedes estarán obligados a cubrir el equivalente que corresponda.

#### **6.8 Beneficiarios**

Ustedes deberán designar beneficiarios para la cobertura de gastos funerarios.

#### **Si deseo cambiar de beneficiarios, ¿puedo hacerlo?**

Ustedes, podrán, en cualquier tiempo, hacer nueva designación de sus beneficiarios, siempre que esta póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, nos deberá(n) hacer una notificación, por escrito, expresando con claridad el nombre del (los) nuevo(s) beneficiario(s) para su anotación en esta póliza.

Nosotros pagaremos al (los) último(s) beneficiario(s) de que hayamos tenido conocimiento la indemnización correspondiente, sin responsabilidad alguna para Nosotros.

Si cualquiera de Ustedes renuncia a la facultad de cambiar de beneficiario(s), tendrá que hacer una designación irrevocable, notificándolo por escrito dicha determinación al beneficiario y a Nosotros a fin de que se haga constar en esta póliza el carácter irrevocable de la designación.

#### **¿Podemos designar como beneficiarios a menores de edad?**

Si.

#### **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.

La representación legal de los menores corresponde:

- a) A quienes ejerzan la patria potestad; esto es, a los padres y, a la falta de ellos, a los abuelos paternos o maternos, en el orden que determine la ley o el juez competente.
- b) A los tutores testamentarios legítimos o dativos, previa declaración del estado de minoridad y discernimiento de esos cargos por el juez competente, con las formalidades y limitaciones establecidas por la ley.

#### **¿Qué pasa si no se designa a ningún beneficiario?**

Cuando no haya beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado que hubiere fallecido; la misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriera antes o al mismo tiempo que el asegurado afectado y no existiese designación de nuevo beneficiario. Lo anterior en términos del Artículo 164 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

#### **¿Qué pasa si teniendo varios beneficiarios y alguno fallece antes que alguno de Nosotros?**

Si habiendo varios beneficiarios falleciere alguno antes que Ustedes, la parte correspondiente se distribuirá en porciones iguales entre los supervivientes de cada uno de Ustedes salvo indicación en contrario de Ustedes o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de algún(os) beneficiario(s).

#### **6.9 Omisiones o inexactas declaraciones**

#### **Si por alguna razón mis (nuestras) declaraciones son omisas o inexactas, ¿cómo procederán ustedes?**

Ustedes están obligados 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, falsedad o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, nos facultará para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículo 8°, 9°, 10° y 47° de la Ley sobre el Contrato del Seguro).

#### **6.10 Comunicaciones**

Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo que consta en la carátula de esta póliza, Ustedes deberán comunicarnos las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si Ustedes omitieran el aviso o si Ustedes provocaran una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho Nuestras obligaciones en lo sucesivo.

#### **En el caso de que tenga que comunicarles algo con respecto a mi (nuestro) seguro, ¿a dónde me (nos) dirijo(imos)?**

Cualquier declaración o comunicación relacionada con esta póliza deberá efectuarse por escrito, precisamente en las oficinas de la Compañía.

#### **En el caso de que usted(es) tenga(n) que comunicarme(nos) algo acerca de mi (nuestro) seguro, ¿a dónde lo harán?**

Cualquier comunicación nuestra les será enviada al último domicilio del cual tengamos conocimiento.

#### **6.11 Competencia**

##### **En caso de controversia, ¿quién podrá resolver la misma?**

En caso de controversia, el quejoso podrá, a su elección, 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 esta Institución de Seguros en los términos de los artículos 50-Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, o bien, podrá presentar su demanda ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF en los términos del artículo 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que deberá hacer dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de esta Institución de Seguros a 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.

#### **6.12 Arbitraje médico**

##### **¿Cómo se resolverá una improcedencia para el caso de padecimientos y/o enfermedades preexistentes?**

En caso de desacuerdo entre Usted(es) y la Compañía respecto de si un padecimiento y/o enfermedad es preexistente o no, Usted(es) podrá(n) 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 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 queriere 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 Nosotros.

Si Ustedes optaron por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a Ustedes no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que Ustedes aceptan la determinación de Nosotros 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 Nosotros, 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.

#### **6.13 Prescripción**

##### **¿Tiene alguna prescripción esta póliza?**

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 Institución de Seguros.*

#### **6.14 Interés moratorio**

***En caso de que la Compañía no cumpla con la obligación de pagar la indemnización o capital, ¿qué sucede?***

*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.*

#### **6.15 Comisiones**

***¿Se puede conocer la comisión o compensación directa que le corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato?***

*Sí, 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.*