

ÍNDICE

	PÁGINA
DEFINICIONES	
ACCIDENTE	1
ENFERMEDAD	1
PRE-EXISTENCIA	1
DEDUCIBLE	1
COASEGURO	1
CONTRATANTE	1
PERIODO AL DESCUBIERTO	1
ASEGURADO	1
ASEGURADO PRINCIPAL	1
DEPENDIENTES ECONÓMICOS	2
BENEFICIARIO	2
MÉDICO	2
TABLA DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS	2
REEMBOLSO	2
COBERTURAS	
GASTOS MÉDICOS	
REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA	2
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA	2
ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA	4
COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	6
GASTOS FUNERARIOS	7
EXCLUSIONES	
GASTOS MÉDICOS	4
COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	6
GASTOS FUNERARIOS	7
CLÁUSULAS GENERALES	
SINIESTROS	7
PAGO DE INDEMNIZACIONES	8
DEDUCIBLE	8
COASEGURO	8
OTROS SEGUROS	9
MONEDA	9
EDAD	9
ALTA DE ASEGURADOS	9
PRIMAS	10
DIVIDENDOS	10
REHABILITACIÓN	10
RENOVACIÓN	10
CONTRATO	11
BENEFICIARIOS	11
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	11
DISPUTABILIDAD	12
COMUNICACIONES	12
COMPETENCIA	12
INDEMNIZACIÓN POR MORA	12
PRESCRIPCIÓN	12
REVELACIÓN DE COMISIONES	13

DEFINICIONES.

EN ESTA PÓLIZA ESTABLECEMOS LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

USTED	ES EL ASEGURADO
SU Y SUS	SON DEL ASEGURADO
NOSOTROS	SOMOS SEGUROS INBURSA, S.A.
NUESTRA Y NUESTROS	SON DE SEGUROS INBURSA, S.A.

¿QUÉ DEBO ENTENDER POR ACCIDENTE?

SE ENTENDERÁ POR ACCIDENTE EL ACONTECIMIENTO PROVENIENTE DE UNA CAUSA EXTERNA, SÚBITA, FORTUITA Y VIOLENTA QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE LE PRODUZCA MUERTE O LESIONES CORPORALES, POR LO TANTO NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES LAS LESIONES CORPORALES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR USTED MISMO.

¿Y 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 ESTA PÓLIZA SOLAMENTE LAS ENFERMEDADES QUE SE MANIFIESTEN TREINTA DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE AMERITEN TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO, Y QUE NO SE ENCUENTREN EXCLUIDAS EN ESTA PÓLIZA.

¿QUÉ ENTIENDO POR PRE-EXISTENCIA?

PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ESTOS, AQUELLOS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE FUERON DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO, O FUERON APARENTES A LA VISTA Y QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERON PASAR INADVERTIDOS. ASI MISMO AQUELLOS POR LOS CUALES SE HAYAN EROGADO GASTOS, CON ANTERIORIDAD A DICHA FECHA.

¿EN QUÉ CONSISTE EL DEDUCIBLE?

ES LA CANTIDAD FIJA QUE USTED DEBE CUBRIR POR CADA ENFERMEDAD EN LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS, LA CUAL SE INDICA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

¿Y EL COASEGURO?

ES EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA CORRESPONDIENTE A SU PARTICIPACIÓN SOBRE EL MONTO TOTAL DE LA RECLAMACIÓN EN LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS DERIVADOS DE ENFERMEDAD, QUE EXCEDA AL DEDUCIBLE.

¿QUÉ DEBO ENTENDER POR CONTRATANTE ?

ES LA PERSONA FÍSICA O MORAL RESPONSABLE ANTE NOSOTROS DE PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO.

SI EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA NO APARECE DESIGNADO UN CONTRATANTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL AL ASEGURADO PRINCIPAL.

¿QUÉ DEBO ENTENDER POR PERIODO AL DESCUBIERTO?

ES EL LAPSO EN EL CUAL LA PÓLIZA NO ESTA PAGADA, INICIA EL DÍA SIGUIENTE DE FINALIZADO EL PERIODO DE ESPERA Y TERMINA CUANDO SE RECIBE EL PAGO COMPLETO DE LA PRIMA O FRACCIÓN PACTADA.

NO PROCEDERÁ EL PAGO DE RECLAMACIONES O SERVICIOS DE PAGO DIRECTO, POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDOS DURANTE ESTE PERIODO O PADECIMIENTOS CUYOS SIGNOS O SÍNTOMAS SE HAYAN MANIFESTADO DURANTE ÉSTE PERIODO.

¿QUIÉNES SON LOS ASEGURADOS ?

SON EL TITULAR DE LA PÓLIZA Y SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS, INCLUIDOS Y ACEPTADOS EN ESTA PÓLIZA.

¿QUÉ PERSONA ES EL ASEGURADO PRINCIPAL?

LA PERSONA QUE APARECE COMO TITULAR DE LA PÓLIZA.

¿QUIÉNES SON LOS DEPENDIENTES ECONÓMICOS?

POR DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL SE ENTENDERÁN: EL CÓNYUGE, LOS HIJOS QUE SEAN SOLTEROS, QUE NO TENGAN INGRESOS POR TRABAJO PERSONAL Y QUE SEAN MENORES DE 25 AÑOS DE EDAD.

BENEFICIARIO, ¿QUIÉN ES?

EL BENEFICIARIO ES LA PERSONA DESIGNADA POR EL ASEGURADO CON DERECHO A RECLAMAR, EN SU CASO, EL REMANENTE DEL BENEFICIO DE LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS, QUE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, DEBEMOS PAGARLE AL OCURRIR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA RESTRICCIÓN LEGAL EN CONTRARIO.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR MÉDICO?

PERSONA QUE EJERCE LA MEDICINA, TITULADO Y LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN Y PUEDE SER: MÉDICO GENERAL, MÉDICO ESPECIALISTA O MÉDICO CIRUJANO.

¿QUÉ ES LA TABLA DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS (TABLA H. Q.)?

ES UNA RELACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, EN DONDE SE INDICA EL PORCENTAJE QUE, APLICADO AL LÍMITE QUE SIRVE DE BASE PARA EL PAGO DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS, DETERMINARÁ NUESTRA RESPONSABILIDAD MÁXIMA, EN CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTA.

¿QUÉ ES REEMBOLSO?

ESTE SISTEMA CONSISTE EN QUE LOS GASTOS REALIZADOS A CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUBIERTO POR LA PÓLIZA, DEBERÁN SER LIQUIDADOS POR EL ASEGURADO DIRECTAMENTE AL PRESTADOR DE SERVICIOS; AQUELLOS QUE PROCEDAN SERÁN POSTERIORMENTE REINTEGRADOS AL ASEGURADO O A QUIEN ESTE DESIGNE, POR LA ASEGURADORA.

COBERTURAS

I. GASTOS MÉDICOS

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, USTED INCURRIERA EN CUALQUIERA DE LOS GASTOS ENUMERADOS A CONTINUACIÓN, NOSOTROS REEMBOLSAREMOS EL COSTO DE LOS MISMOS, HASTA POR LA CANTIDAD MÁXIMA ASEGURADA EN CADA COBERTURA, AJUSTÁNDOLO A LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA.

LA VIGENCIA DE ESTA COBERTURA TERMINARÁ RESPECTO A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, AUTOMÁTICAMENTE, CON EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA VIGENTE A LA FECHA EN QUE USTED INCURRA EN EL PRIMER GASTO DEL PADECIMIENTO CORRESPONDIENTE, POR LA APLICACIÓN DE DICHA CANTIDAD A CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

EL SEGURO TERMINARÁ CUANDO HAYA TRANSCURRIDO UN AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA PRIMERA EROGACIÓN DE GASTOS EFECTUADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, O EL AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA.

REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA

EN CASO DE AGOTAMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA POR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ESTA SE REINSTALARÁ PARA CUBRIR OTROS ACCIDENTES O ENFERMEDADES SIN RELACIÓN CON EL PADECIMIENTO CON EL CUAL SE AGOTÓ LA SUMA ASEGURADA, SIN COBRO ADICIONAL DE PRIMAS.

¿CUÁLES SON LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA Y EN QUE CONSISTEN?

1) SI SE REQUIERE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LOS HONORARIOS DE CIRUJANO SERÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA, PERO SI LA PÓLIZA ESTA CONTRATADA CON TABLA H.Q., SERÁN CUBIERTOS UTILIZANDO EL PORCENTAJE QUE POR LA CLASE DE INTERVENCIÓN REALIZADA APAREZCA EN DICHA TABLA, APLICANDO A LA CANTIDAD INDICADA EN LA CARÁTULA PARA ESTE CONCEPTO.

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS QUE NO SE ENCUENTREN EN LA TABLA H. Q. SE VALUARÁN POR SIMILITUD A LAS COMPRENDIDAS EN ÉSTA, CUANDO EN UNA MISMA SESIÓN QUIRÚRGICA SE LE PRACTIQUEN DOS O MAS OPERACIONES SE PAGARÁ ÚNICAMENTE EL IMPORTE DE LA MAYOR, O UNA DE ELLAS, CUANDO LOS PORCENTAJES ESTIPULADOS EN LA TABLA DE H.Q. SEAN IGUALES.

SIN EMBARGO, SI EL MISMO CIRUJANO REALIZÁ OTRA INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE A LA EFECTUADA EN OTRA PARTE DEL CUERPO, CONSIDERANDO QUE EXISTEN DOS INCISIONES DENTRO DE UNA MISMA SESIÓN, LOS HONORARIOS DE LA SEGUNDA INTERVENCIÓN SERÁN CUBIERTOS AL CINCUENTA POR CIENTO DE LOS ESTIPULADOS EN LA TABLA H.Q., SI SE REQUIERE LA INTERVENCIÓN DE OTRO CIRUJANO, LOS HONORARIOS DE ÉSTE SERÁN CUBIERTOS AL CIENTO POR CIENTO DE LO MARCADO EN DICHA TABLA.

SI HUBIERA NECESIDAD DE UNA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SE CONSIDERARÁ COMO OTRA AFECCIÓN SIEMPRE QUE SE REALICE DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS VEINTICUATRO HORAS DE HABERSE EFECTUADO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ANTERIOR.

2) LOS GASTOS ORIGINADOS EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SERÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE DIARIO INDICADO EN LA CARÁTULA, CON UN MÁXIMO DE NOVENTA DÍAS.

3) QUEDARÁN CUBIERTOS LOS GASTOS DE MEDICAMENTOS:

3.1) CONSUMIDOS DENTRO DEL HOSPITAL;

3.2) ADQUIRIDOS FUERA DEL HOSPITAL O SANATORIO, SIEMPRE QUE SEAN PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES Y SE ACOMPAÑE LA NOTA DE LA FARMACIA, CON LA RECETA EXPEDIDA POR EL MÉDICO TRATANTE SI ES POSIBLE.

4) ANÁLISIS DE LABORATORIO, ESTUDIOS DE RAYOS X, ISOTOPOS RADIATIVOS, ELECTROCARDIOGRAMA, ENCEFALOGRAMA U OTROS INDISPENSABLES PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SIEMPRE Y CUANDO SEAN INDICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE.

5) LOS GASTOS DE HOSPITAL O SANATORIO, REPRESENTADOS POR EL COSTO DE LA HABITACIÓN NORMAL Y LOS ALIMENTOS, CON MÁXIMO DE CIENTO OCHENTA DÍAS. SE INCLUYE EL COSTO DE CAMA EXTRA PARA UN ACOMPAÑANTE.

6) GASTOS DE SALAS DE OPERACIONES, RECUPERACIONES Y CURACIONES.

7) GASTOS DE ANESTESIA Y HONORARIOS DE ANESTESIÓLOGO HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIN QUE DICHA CANTIDAD EXCEDA EL 30% DE LO PAGADO POR CONCEPTO DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS COBRADOS POR EL CIRUJANO.

8) SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, USTED SE VIERA PRECISADO A SOMETERSE A TRATAMIENTO MÉDICO, LOS HONORARIOS POR CONSULTAS MÉDICAS EN SANATORIO, HOSPITAL, CONSULTORIO O DOMICILIO, QUEDARÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA, CON UN MÁXIMO DE UNA CONSULTA DIARIA.

9) SI USTED REQUIRIESE DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERA ESPECIAL A DOMICILIO, LOS HONORARIOS POR ESTE CONCEPTO SERÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE DIARIO INDICADO EN LA CARÁTULA, POR UN PERIODO MÁXIMO DE TREINTA DÍAS, POR CADA ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

10) GASTOS POR TRANSFUSIONES DE SANGRE, APLICACIÓN DE PLASMA, SUEROS, U OTRAS SUBSTANCIAS SEMEJANTES.

11) GASTOS ORIGINADOS POR CONSUMO DE OXIGENO.

12) GASTOS ORIGINADOS POR INTERVENCIONES DE CÍRUGIA CORRECTIVA EN MALFORMACIONES CONGÉNITAS DE SUS HIJOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SIEMPRE QUE ESTEN CUBIERTOS POR ELLA.

13) LOS GASTOS QUE RESULTEN DE APARATOS DE PRÓTESIS DENTAL, OJOS, O MIEMBROS ARTIFICIALES, ASI COMO POR LA COMPRA O RENTA DE APARATOS ORTOPÉDICOS QUE SE REQUIERAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD, SERÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

14) GASTOS ORIGINADOS POR LA RENTA DE MULETAS, SILLA DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES PARA ENFERMOS, PULMÓN ARTIFICIAL, U OTROS APARATOS SEMEJANTES, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA.

15) LOS GASTOS DE TRANSPORTE EN AMBULANCIA QUEDARÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, POR CADA ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

16) GASTOS POR TRATAMIENTOS DE RADIOTERAPIA, INHALOTERAPIA, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA.

17) GASTOS DERIVADOS DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO:

17.1) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS CON MOTIVO DEL EMBARAZO EXTRAUTERINO.

17.2) ESTADOS DE FIEBRE PUERPERAL.

17.3) ESTADOS DE ECLAMPSIA Y TOXICOSIS GRAVIDICA.

17.4) HIPEREMESIS GRAVIDICA QUE AMERITE HOSPITALIZACIÓN Y MOLA HIDATIFORME (EMBARAZO MOLAR), REQUIRIÉNDOSE SE PRESENTE EL RESULTADO DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

18) GASTOS POR TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, O GINGIVALES, REQUERIDOS POR ATENCIÓN DENTAL URGENTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO, SIEMPRE Y CUANDO SE PRESENTEN RADIOGRAFÍAS DONDE SE HAGA CONSTAR EL DAÑO SUFRIDO A CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE.

19) GASTOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE CARACTER RECONSTRUCTIVO, NO ESTÉTICO, QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO EN ESTE CONTRATO Y SE PRESENTEN ESTUDIOS Y RADIOGRAFÍAS DONDE SE HAGA CONSTAR EL DAÑO SUFRIDO.

ENFERMEDADES CUBIERTAS CON PERIODO DE ESPERA

20) EL TOTAL DE GASTOS INCLUYENDO EL COSTO DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HONORARIOS DE MÉDICOS Y CIRUJANOS ORIGINADOS COMO CONSECUENCIA DE LAS OPERACIONES NO ELECTIVAS DE CESÁREA, (CUANDO SEAN EFECTUADAS POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA, Y SEAN INDISPENSABLES PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE), SERÁN CUBIERTOS HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA, SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMERA OCURRA DIEZ MESES O MÁS, DESPUÉS DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA LA ASEGURADA. EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CESÁREA, EL DEDUCIBLE SE MODIFICA A LO QUE RESULTE SER MENOR DE COMPARAR EL DEDUCIBLE ESPECIFICADO EN LA CARÁTULA Y EL DIEZ POR CIENTO DEL MONTO TOTAL CUBIERTO POR ESTE CONCEPTO.

21) AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, ABORTOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE, PARTOS PREMATUROS, PARTOS ANORMALES Y TODA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO, DEL PARTO O DEL PUERPERIO, SIEMPRE Y CUANDO OCURRAN DESPUÉS DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO DOS AÑOS DE VIGENCIA DEL SEGURO PARA LA ASEGURADA.

22) LOS GASTOS RESULTANTES DE: PADECIMIENTOS DE NARIZ O SENOS PARANASALES, AMIGDALITIS, AMIGDALECTOMÍA, ADENOIDITIS, ADENOIDECTOMÍA, EVENTRACIONES, PERINEORRAFÍAS, HERNIOPLASTÍAS, HEMORROIDECTOMIAS, CUALQUIER PADECIMIENTO ANORECTAL, COLECISTITIS, COLECISTECTOMIA, TRATAMIENTOS DE PROLAPSOS, CUALQUIER OPERACIÓN RECONSTRUCTIVA DEL PISO PERINEAL, TUMORACIONES MAMARIAS, HISTERECTOMIAS, MIOMECTOMIAS, ENDOMETRIOSIS, PADECIMIENTOS GINECOLÓGICOS, INSUFICIENCIA VENOSA, VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, CATARATAS, O LITOTRIPSÍAS ESTARÁN CUBIERTOS DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA CONTINUA DEL SEGURO PARA EL ASEGURADO CORRESPONDIENTE.

23) ENFERMEDADES CUBIERTAS DE ASEGURADOS INSCRITOS EN LA PÓLIZA, DESPUÉS DE LOS PRIMEROS TREINTA DÍAS DE SU INCLUSIÓN EN LA MISMA.

II. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

NOSOTROS CUBRIREMOS LAS EROGACIONES QUE SE ORIGINEN POR UNA URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO, A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE CUBIERTO EN ESTA PÓLIZA.

SE CONSIDERA COMO EMERGENCIA MÉDICA, LA APARICIÓN REPENTINA DE UNA ALTERACIÓN EN LA SALUD DEL ASEGURADO, LA CUAL SE MANIFIESTA A TRAVÉS DE SÍNTOMAS AGUDOS DE TAL SEVERIDAD QUE REQUIERAN ATENCIÓN MÉDICA DE INMEDIATO. AL ESTAR ESTABILIZADA Y CONTROLADA LA CONDICIÓN PATOLÓGICA DEL PACIENTE, CESARÁ LA EMERGENCIA Y POR TANTO LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA .

EN TODA RECLAMACIÓN QUE SE ORIGINE POR UNA EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO, SE LE APLICARÁ ÚNICAMENTE EL DEDUCIBLE ESTIPULADO EN LA CARÁTULA POR ESTA COBERTURA.

LA SUMA ASEGURADA QUE CORRESPONDE A ESTA COBERTURA ES INDEPENDIENTE DE LA CONTRATADA EN CUALQUIER OTRA COBERTURA Y SERÁ EFECTIVA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

III. GASTOS FUNERARIOS

SI POR CUALQUIER CAUSA SOBREVINIERE SU FALLECIMIENTO, CUBRIREMOS EL IMPORTE DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA PARA ESTA SECCIÓN, SALVO QUE SE DEN LOS CASOS PREVISTOS EN LAS CLÁUSULAS DE EXCLUSIONES.

EN CASO DE MENORES DE 12 AÑOS EL IMPORTE DE LA SUMA ASEGURADA NO EXCEDERÁ DE 60 SALARIOS MÍNIMOS GENERALES MENSUALES VIGENTES EN EL D.F.

EXCLUSIONES

I. GASTOS MÉDICOS

¿CUÁLES GASTOS ESTÁN EXCLUIDOS?

EL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN ESTA PÓLIZA NO CUBRE LOS GASTOS DE ESTUDIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

1) CURAS DE REPOSO O EXÁMENES MÉDICOS GENERALES PARA COMPROBACIÓN DE SU ESTADO DE SALUD, CONOCIDOS CON EL NOMBRE DE CHECK-UP.

- 2) EXÁMENES DE LA VISTA, ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, O APARATOS AUDITIVOS.**
- 3) TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO CON EL FIN DE CORREGIR PRESBIOPIA, HIPERMETROPIA, ASTIGMATISMO O MIOPIA.**
- 4) TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES, O GINGIVALES CUALQUIERA QUE SEA SU NATURALEZA Y ORIGEN, EXCEPTO LOS GASTOS ORIGINADOS POR ATENCIÓN DENTAL A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.**
- 5) TRASTORNOS DE ENAJENACIÓN MENTAL, HISTERIA, NEUROSIS O PSICOSIS, Y TODO TIPO DE PADECIMIENTO PSÍQUICO O NERVIOSO, PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, PSICOMOTORES, DE LENGUAJE, O DE APRENDIZAJE, CUALQUIERA QUE FUESEN SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.**
- 6) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CARACTER ESTÉTICO O PLÁSTICO, EXCEPTO LAS RECONSTRUCTIVAS QUE RESULTEN INDISPENSABLES A CONSECUENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.**
- 7) DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO POR LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).**
- 8) TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES.**
- 9) GASTOS REALIZADOS POR ACOMPAÑANTES DURANTE SU INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL O SANATORIO, TALES COMO CUARTO O ALIMENTOS, EXCEPTO LOS QUE SE ORIGINEN POR CAMA EXTRA.**
- 10) GASTOS OCASIONADOS POR DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE INFERTILIDAD, ESTERILIDAD, O CONTROL DE NATALIDAD.**
- 11) GASTOS OCASIONADOS POR DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE CALVICIE, OBESIDAD O TABAQUISMO.**
- 12) CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA O QUE PUEDA SURGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO DE LOS PADECIMIENTOS, LESIONES, AFECCIONES O INTERVENCIONES EXPRESAMENTE EXCLUIDAS EN ESTE CONTRATO, SIEMPRE QUE DICHAS COMPLICACIONES SEAN COMPROBADAS POR LA COMPAÑÍA.**
- 13) PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES, ENTENDIÉNDOSE POR ESTOS, AQUELLOS QUE SE HUBIEREN MANIFESTADO ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, QUE FUERON DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO, O FUERON APARENTES A LA VISTA Y QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERON PASAR INADVERTIDOS. ASI MISMO AQUELLOS POR LOS CUALES SE HAYAN EROGADO GASTOS, CON ANTERIORIDAD A DICHA FECHA.**

14) REPOSICIÓN DE PRÓTESIS EXISTENTES EN LA FECHA DE OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

15) LOS COSTOS RESULTANTES DE DAÑOS FÍSICOS INFLIGIDOS POR LA PROPIA PERSONA SOBRE SI MISMA, O POR INTENTO DE SUICIDIO, AÚN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.

16) PADECIMIENTOS O ACCIDENTES QUE RESULTEN POR EL USO O ESTANDO BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA DROGA, BARBITÚRICO, ESTIMULANTE, SOMNIFERO, ALCOHOL POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO.

17) GASTOS POR TRATAMIENTO DE LESIONES CORPORALES O ENFERMEDADES QUE SUFRA EN SERVICIO MILITAR DE CUALQUIER CLASE, EN ACTOS DE GUERRA, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, O RIÑA, SIEMPRE QUE USTED SEA EL PROVOCADOR O ACTOS DELICTUOSOS INTENCIONALES, EN LOS CUALES USTED PARTICIPE DIRECTAMENTE.

18) GASTOS POR LESIONES QUE SUFRA CUANDO VIAJE COMO OCUPANTE DE ALGUN AUTOMÓVIL O CUALQUIER OTRO VEHÍCULO EN CARRERAS, PRUEBAS O CONTIENDAS DE SEGURIDAD, RESISTENCIA, O VELOCIDAD.

19) LESIONES QUE SUFRA CUANDO VIAJE EN MOTOCICLETAS, MOTONETAS, U OTROS VEHÍCULOS SIMILARES DE MOTOR.

20) LESIONES QUE USTED SUFRA A CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE MONTAÑISMO, PARACAIDISMO, BUCEO, CHARRERIA, ESQUI, TAUROMAQUIA, O CUALQUIER TIPO DE DEPORTE AÉREO.

21) LESIONES QUE SUFRA CUANDO VIAJE 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.

II. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

¿QUÉ EXCLUSIONES TIENE ESTA COBERTURA?

LOS GASTOS CUBIERTOS Y EXCLUSIONES SERÁN LOS MISMOS QUE PARA LA COBERTURA BÁSICA ADEMÁS DE LO SIGUIENTE:

1) NO QUEDARÁN CUBIERTOS LOS ACCIDENTES O ENFERMEDADES QUE SE HAYAN ORIGINADO EN LA REPÚBLICA MEXICANA.

2) NO QUEDARÁ CUBIERTO EL SERVICIO DE ENFERMERIA FUERA DEL HOSPITAL.

3) NO QUEDARÁN CUBIERTOS LOS TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN.

4) NO QUEDARÁ CUBIERTA LA OPERACIÓN CESÁREA.

5) POR CONCEPTO DE HABITACIÓN, QUEDARÁ CUBIERTA LA TARIFA CORRESPONDIENTE A CUARTO SEMIPRIVADO.

AL IGUAL QUE EN LA COBERTURA BÁSICA, LOS PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES NO QUEDARÁN CUBIERTOS Y UNICAMENTE SE CUBRIRÁN, DEL EMBARAZO Y DEL PARTO, LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES:

1) LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON MOTIVO DE EMBARAZO EXTRAUTERINO.

2) TOXICOSIS GRAVIDICA Y ECLAMPSIA.

3) MOLA HIDATIFORME.

III. GASTOS FUNERARIOS

¿QUÉ EXCLUSIONES TIENE ESTA COBERTURA ?

1) POR HOMICIDIO OCURRIDO COMO CONSECUENCIA DE ACTOS DELICTUOSOS INTENCIONALES, EN QUE PARTICIPE EL ASEGURADO DIRECTAMENTE.

2) EN CASO DE SUICIDIO DEL ASEGURADO, DENTRO DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIGENCIA CONTINUA DE LA COBERTURA PARA EL ASEGURADO.

3) EN CASO DE QUE EL FALLECIMIENTO OCURRA COMO CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS PRE-EXISTENTES.

4) EN CASO DE QUE EL FALLECIMIENTO OCURRA A CAUSA DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

CLÁUSULAS GENERALES

SINIESTROS

¿QUÉ PROCEDIMIENTO DEBO SEGUIR PARA PRESENTAR MI RECLAMACIÓN?

ES SU OBLIGACIÓN AVISARNOS, POR ESCRITO, EN EL CURSO DE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS SIGUIENTES A CUALQUIER ACCIDENTE O ENFERMEDAD, QUE PUEDA SER MOTIVO DE INDEMNIZACIÓN.

EN TODA RECLAMACIÓN DEBERÁ COMPROBARSE, POR CUENTA DEL RECLAMANTE LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

¿QUÉ DOCUMENTOS DEBO PRESENTAR AL EFECTUAR MI RECLAMACIÓN?

GASTOS MÉDICOS

DEBERÁ PRESENTARNOS LAS FORMAS DE DECLARACIÓN CORRESPONDIENTES, QUE PARA EL EFECTO LE PROPORCIONEMOS, ASÍ COMO LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE LOS GASTOS EFECTUADOS. LAS NOTAS O FACTURAS DE MEDICAMENTOS DEBERÁN SI ES POSIBLE ACOMPAÑARSE DE LA RECETA EXPEDIDA POR EL MÉDICO TRATANTE.

ÚNICAMENTE SERÁN CUBIERTOS LOS HONORARIOS DE ENFERMERAS Y MÉDICOS TITULADOS Y LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, ASÍ COMO LOS GASTOS DE INTERNACIÓN EFECTUADOS EN SANATORIOS U HOSPITALES LEGALMENTE AUTORIZADOS.

NO SE HARÁN PAGOS A ESTABLECIMIENTOS DE CARIDAD, BENEFICENCIA, ASISTENCIA SOCIAL, O CUALESQUIERA OTROS SEMEJANTES EN DONDE NO SE EXIGE REMUNERACIÓN.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

¿CUÁNTO TIEMPO DEBERÁ TRANSCURRIR PARA QUE LA COMPAÑÍA PAGUE LAS INDEMNIZACIONES RECLAMADAS?

EL COSTO DE LAS INDEMNIZACIONES QUE RESULTEN AL PRESENTE CONTRATO SERÁN LIQUIDADAS EN EL CURSO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE RECIBAMOS LOS DOCUMENTOS O INFORMACIONES 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. TALES DOCUMENTOS QUEDARÁN EN NUESTRO PODER, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE.

¿SE REQUIERE PRESENTAR ALGUNA IDENTIFICACIÓN AL EFECTUAR LA RECLAMACIÓN?

SE SOLICITARÁ UNA IDENTIFICACIÓN FORMAL CON FOTOGRAFÍA VÁLIDA Y VIGENTE. EN CASO DE MENORES QUE NO DISPONGAN DE ELLA, SE REQUERIRÁ EL TESTIMONIO DE IDENTIDAD QUE SUSCRIBA EL TITULAR.

¿A QUIÉN SE LE PAGARÁN LOS GASTOS RECLAMADOS?

GASTOS MÉDICOS

EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES SERÁN LIQUIDADAS A USTED O A SU REPRESENTANTE LEGAL. EN EL CASO DE MUERTE A LA PERSONA QUE PRESENTE LOS COMPROBANTES RESPECTIVOS.

COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES SERÁN LIQUIDADAS A USTED O A SU REPRESENTANTE LEGAL.

GASTOS FUNERARIOS

LAS RECLAMACIONES DE ESTA COBERTURA SERÁN PAGADAS A LA PERSONA QUE, HAYA 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 RESULTARÁ 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 DE ESTA PÓLIZA, EN LOS TÉRMINOS INDICADOS POR USTED.

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 USTED.

DEDUCIBLE

¿SE DEBE PAGAR DEDUCIBLE EN LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS?

EN LAS RECLAMACIONES POR ESTA COBERTURA NO DEBERÁ PAGAR DEDUCIBLE ALGUNO.

COASEGURO

¿EXISTE ALGÚN MONTO DE RECLAMACIÓN SOBRE EL QUE NO PAGUE COASEGURO?

SI EL MONTO DE SU RECLAMACIÓN EXCEDE AL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA, SU PARTICIPACIÓN SE REDUCIRÁ AL IMPORTE RESULTANTE DE APLICAR EL PORCENTAJE DE COASEGURO AL LÍMITE INDICADO EN DICHO INCISO, POR LO QUE SOBRE EL EXCEDENTE DEL LÍMITE MENCIONADO NO SE PAGA COASEGURO.

¿EN RECLAMACIONES POR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS DEBO PAGAR COASEGURO?

POR RECLAMACIONES DE ESTA COBERTURA, NO SE PAGARÁ COASEGURO.

OTROS SEGUROS

¿QUÉ OCURRIRÁ SI TENGO CONTRATADA OTRA PÓLIZA EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA QUE ME OTORGA BENEFICIOS SIMILARES A ÉSTA?

GASTOS MÉDICOS

SI LAS COBERTURAS DE GASTOS MÉDICOS ASEGURADAS EN ESTA PÓLIZA ESTUVIERAN AMPARADAS EN TODO O EN PARTE POR OTROS SEGUROS, EN ESTA U OTRAS COMPAÑÍAS QUE CUBRAN LOS MISMOS RIESGOS, EN CASO DE RECLAMACIÓN, LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR TODAS LAS PÓLIZAS NO EXCEDERÁN A LOS GASTOS REALES INCURRIDOS Y SE LIQUIDARÁN HASTA POR EL VALOR ÍNTEGRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NOSOTROS, PODREMOS REPETIR CONTRA LAS DEMÁS COMPAÑÍAS LAS QUE PAGARÁN EN PROPORCIÓN A LA SUMA ASEGURADA DE CADA PÓLIZA.

GASTOS FUNERARIOS

EN CASO DE OCURRIR SU FALLECIMIENTO, NOSOTROS PAGAREMOS A SUS BENEFICIARIOS EL REMANENTE DE LA SUMA ASEGURADA CORRESPONDIENTE A ESTA SECCIÓN, SALVO LOS CASOS PREVISTOS EN LAS EXCLUSIONES.

MONEDA

¿EN QUÉ MONEDA DEBO EFECTUAR EL PAGO DE LAS PRIMAS?

EL PAGO DE LA PRIMA A QUE HAYA LUGAR POR ESTA PÓLIZA, ES EXIGIBLE EN MONEDA NACIONAL EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY MONETARIA 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?

LA ASEGURADORA PAGARÁ LA RECLAMACIÓN EN MONEDA NACIONAL DE ACUERDO AL TIPO DE CAMBIO PARA SOLVENTAR OBLIGACIONES DENOMINADAS EN MONEDA EXTRANJERA PAGADERAS EN LA REPÚBLICA MEXICANA PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESTIPULADO POR EL BANCO DE MÉXICO VIGENTE PARA LA MONEDA Y LA FECHA EN QUE SE EROGARON DICHOS GASTOS.

EDAD

¿CUÁLES SON LOS LÍMITES DE ADMISIÓN?

LA COMPAÑÍA SOLAMENTE PODRÁ ACEPTAR EL INGRESO A ESTA PÓLIZA DE PERSONAS MENORES A SESENTA Y CUATRO AÑOS. LA PÓLIZA PODRÁ CONTINUAR RENOVÁNDOSE, DE ACUERDO A REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y SELECCIÓN DE RIESGOS.

EN CASO DE INEXACTITUD EN LAS INDICACIONES DE LA EDAD DEL ASEGURADO, ¿QUE SUCEDE?

A) CUANDO SE COMPRUEBE QUE HUBO INEXACTITUD EN LA INDICACIÓN DE SU EDAD Y QUE DE ACUERDO CON LA EDAD CORRECTA, AL TIEMPO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO ESTABA FUERA DE LOS LÍMITES DE ADMISIÓN, LOS BENEFICIOS DE ESTA PÓLIZA, QUEDARÁN NULOS Y SIN VALOR ALGUNO. NOSOTROS LE REINTEGRAREMOS AL CONTRATANTE LA PARTE DE LA PRIMA NETA NO DEVENGADA QUE HUBIERE PAGADO, EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, A LA FECHA EN QUE SE RESCINDA EL CONTRATO.

B) SI A CONSECUENCIA DE LA INEXACTA DECLARACIÓN DE SU EDAD SE HUBIERE ESTADO PAGANDO UNA PRIMA MAYOR, NOSOTROS ESTAREMOS OBLIGADOS A REEMBOLSAR AL CONTRATANTE EL CIENTO POR CIENTO DE LA PRIMA QUE HUBIERE PAGADO EN EXCESO, EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

C) SI A CONSECUENCIA DE LA INEXACTA DECLARACIÓN DE SU EDAD USTED ESTUVIERE PAGANDO UNA PRIMA INFERIOR A LA QUE CORRESPONDERÍA POR SU EDAD REAL, NUESTRA OBLIGACIÓN SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN QUE EXISTA ENTRE LA PRIMA ESTIPULADA Y LA QUE CORRESPONDERÍA, DE ACUERDO A SU EDAD.

D) NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE EXIGIR, EN CUALQUIER MOMENTO, LA COMPROBACIÓN DE LA FECHA DE SU NACIMIENTO, EN CUYO CASO, SE ANOTARÁ EN LA PÓLIZA Y SE LE EXTENDERÁ UN COMPROBANTE, NO PODREMOS EXIGIR NUEVA PRUEBA AL PAGAR EL SINIESTRO.

ALTA DE ASEGURADOS

LOS HIJOS NACIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA QUEDARÁN INCLUIDOS DESDE SU FECHA DE NACIMIENTO, DEBIENDO HACER EL AVISO CORRESPONDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES A ELLA.

¿QUÉ SE REQUIERE PARA ASEGURAR AL RECIEN NACIDO?

ÚNICAMENTE QUE NOS DE AVISO POR ESCRITO, ACOMPAÑADO DEL ACTA DE NACIMIENTO DE SU HIJO, DENTRO DE LOS TREINTA PRIMEROS DÍAS DE VIDA DEL NIÑO. DE NO HABERSE HECHO ASÍ, LA INCLUSIÓN ESTARÁ CONDICIONADA A NUESTRA ACEPTACIÓN.

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 EL DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO, D.F., EL CUAL SE SEÑALA EN LA CARÁTULA DE LA 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 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 PÓLIZA QUE SE LE ADEUDEN, CON LA PRESTACIÓN DEBIDA AL BENEFICIARIO.

DIVIDENDOS

¿QUÉ ES EL DIVIDENDO?

TODAS LAS PÓLIZAS QUE SEAN RENOVADAS Y NO TENGAN SINIESTROS EN EL AÑO PÓLIZA ANTERIOR, PODRÁN PARTICIPAR DE LAS UTILIDADES QUE LA COMPAÑÍA OBTENGA EN ESTE PLAN DE SEGURO, EL DIVIDENDO SE APLICARÁ COMO UN DESCUENTO A LA PRIMA.

REHABILITACIÓN

¿EN CASO DE QUE MI PÓLIZA SE HAYA CANCELADO POR FALTA DE PAGO, PODRÉ REHABILITARLA?

USTED PODRÁ HACERLO DENTRO DE LOS TREINTA DÍAS SIGUIENTES AL ÚLTIMO DÍA DEL PERIODO DE ESPERA, PAGANDO LA PRIMA CORRESPONDIENTE, DICHO PAGO REHABILITARÁ LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, A PARTIR DE LA HORA Y DÍA SEÑALADOS EN EL COMPROBANTE DE PAGO.

LA VIGENCIA ORIGINAL SE PRORROGARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR UN LAPSO IGUAL AL COMPRENDIDO ENTRE EL ÚLTIMO DÍA DEL MENCIONADO PERIODO DE ESPERA Y LA HORA Y DÍA EN QUE SURTE EFECTO LA REHABILITACIÓN.

RENOVACIÓN

¿MI PÓLIZA SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE?

A) ESTA PÓLIZA SE CONSIDERARÁ RENOVADA, POR PERIODOS DE UN AÑO, SI DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 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.

EL PAGO DE LA PRIMA ACREDITADA MEDIANTE EL RECIBO, EXTENDIDO EN LAS FORMAS USUALES, SE TENDRÁ COMO PRUEBA SUFICIENTE DE TAL RENOVACIÓN.

B) QUEDARÁN EXCLUIDOS, A PARTIR DE CUALQUIER RENOVACION, LOS ASEGURADOS CUYA EDAD A LA FECHA DE RENOVACIÓN ESTE FUERA DE LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA PÓLIZA.

¿MI PÓLIZA SUFRIRÁ ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA RENOVACIÓN?

LA RENOVACIÓN SE EFECTUARÁ SOBRE EL PLAN DE GASTOS MÉDICOS MAYORES VIGENTE MAS SIMILAR AL QUE SE TENGA CONTRATADO, ESTANDO SUJETO A SU SEXO, OCUPACIÓN, EDAD ALCANZADA, PRIMAS, CONDICIONES DE COBERTURA, Y SUMAS ASEGURADAS QUE ESTEN EN VIGOR EN EL MOMENTO DE CADA RENOVACIÓN.

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, Y LOS ENDOSOS QUE LLEVE ANEXOS, CONSTITUYEN TESTIMONIO DEL CONTRATO DE SEGURO.

"SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN CON LA OFERTA, EL CONTRATANTE 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).

¿QUÉ DEBO HACER PARA EFECTUAR MODIFICACIONES A MI PÓLIZA?

LAS CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SÓLO PODRÁN MODIFICARSE, PREVIO ACUERDO ENTRE USTED Y NOSOTROS, MEDIANTE CLÁUSULAS ADICIONALES REGISTRADAS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

EN CONSECUENCIA, LOS AGENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA NO AUTORIZADA POR NOSOTROS CARECEN DE FACULTADES PARA HACER MODIFICACIONES O CONCESIONES.

BENEFICIARIOS

USTED DEBERÁ DESIGNAR BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS.

SI DESEO CAMBIAR DE BENEFICIARIOS, ¿PUEDO HACERLO?

USTED PODRÁ, EN CUALQUIER TIEMPO, HACER NUEVA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, SIEMPRE QUE ESTA PÓLIZA ESTE EN VIGOR Y NO EXISTA RESTRICCIÓN LEGAL EN CONTRARIO.

PARA ESTE EFECTO USTED HARÁ UNA NOTIFICACIÓN, POR ESCRITO, EXPRESANDO CON CLARIDAD EL NOMBRE DEL NUEVO BENEFICIARIO PARA SU ANOTACIÓN EN LA PÓLIZA.

EN CASO DE QUE LA NOTIFICACIÓN NO SE RECIBA OPORTUNAMENTE, SE CONVIENE QUE SE PAGARÁ EL IMPORTE DEL SEGURO AL ÚLTIMO BENEFICIARIO DE QUE HAYAMOS TENIDO CONOCIMIENTO, SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA PARA NOSOTROS.

SI USTED RENUNCIA A LA FACULTAD DE CAMBIAR DE BENEFICIARIO, SE HARÁ CONSTAR EN LA PÓLIZA EL CARACTER IRREVOCABLE DE LA DESIGNACIÓN, NOTIFICÁNDOLO AL BENEFICIARIO POR LA COMPAÑÍA.

¿PUEDO DESIGNAR COMO BENEFICIARIOS A MENORES DE EDAD?

EN EL CASO DE QUE USTED DESIGNE EN SU PÓLIZA BENEFICIARIOS A MENORES DE EDAD Y EN DICHA DESIGNACIÓN HAYA ESTABLECIDO QUE MIENTRAS ESTOS SEAN MENORES DE EDAD, LA SUMA ASEGURADA LE SEA PAGADA A UN TERCERO MAYOR DE EDAD, QUEREMOS ADVERTIRLE QUE DICHA PERSONA PODRÁ DISPONER A SU ARBITRIO DE LA SUMA ASEGURADA, TENIENDO ÚNICAMENTE UNA OBLIGACIÓN MORAL ANTE ÉL O LOS MENORES DE EDAD, MÁS NO DE ÍNDOLE LEGAL, YA QUE 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.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

SI POR ALGUNA RAZÓN MIS DECLARACIONES SON INCOMPLETAS O FALSAS, ¿CÓMO PROCEDERÁN USTEDES?

USTED ESTA OBLIGADO 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 CONOZCA O DEBA CONOCER EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

LA OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS IMPORTANTES A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR, NOS FACULTARÁ PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO. (ARTÍCULOS 8 Y 47 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO).

DISPUTABILIDAD

¿ES DISPUTABLE ESTA PÓLIZA?

POR FALSEDAZ U OMISIÓN EN LAS DECLARACIONES HECHAS POR USTED EN LA SOLICITUD DEL SEGURO O DE REHABILITACIÓN, EN SU CASO, ESTA PÓLIZA ES DISPUTABLE, ÚNICAMENTE DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS CONTADOS A PARTIR DE SU FECHA DE INICIO DE VIGENCIA O DE REHABILITACIÓN PARA CADA ASEGURADO, CUANDO EL SINIESTRO HAYA OCURRIDO DURANTE DICHO PLAZO.

COMUNICACIONES

EN EL CASO DE QUE TENGA QUE COMUNICARLES ALGO CON RESPECTO A MI SEGURO, ¿A DÓNDE ME DIRIJO?

CUALQUIER NOTIFICACIÓN RELACIONADA CON ESTA PÓLIZA DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO, PRECISAMENTE EN NUESTRO DOMICILIO SOCIAL, EL CUAL SE ÍNDICA EN LA CARÁTULA.

EN EL CASO DE QUE USTEDES TENGAN QUE COMUNICARME ALGO ACERCA DE MI SEGURO, ¿A DÓNDE LO HARÁN ?

CUALQUIER COMUNICACIÓN NUESTRA LE SERÁ ENVIADA AL ÚLTIMO DOMICILIO DEL CUAL TENGAMOS CONOCIMIENTO.

COMPETENCIA

EN CASO DE CONTROVERSA, ¿QUIÉN PODRÁ RESOLVER LA MISMA?

EN CASO DE CONTROVERSA, 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.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

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.

PRESCRIPCIÓN

¿TIENE ALGUNA PRESCRIPCIÓN ESTA POLIZA?

TODAS LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE CONTRATO DE SEGURO PRESCRIBIRÁN EN 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 ABREVE O EXTIENDA EL PLAZO DE PRESCRIPCIÓN A QUE SE REFIERE EL PÁRRAFO ANTERIOR.

ADEMÁS DE LAS CAUSAS ORDINARIAS DE INTERRUPTIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN, ÉSTA SE INTERRUPTIRÁ 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.

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.

*LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO REGISTRO NÚMERO DVA-S-85/2001 DE FECHA 06/03/2001, OF. NO. 06-367-I-1.1/29277 EXP. 732.2(S-128)/5 DE FECHA 23/10/1996, OF. 06-367-II-1.1/12119 EXP. 732.1(S-128)/1 DE FECHA 17/08/2001, CNSF-S0022-0698-2003 DE FECHA 30/09/2003, CGEN-S0022-0092-2005 DE FECHA 29/06/2005 Y CGEN-S0022-0287-2005 DE FECHA 16/12/2005.