

DEFINICIONES

En esta póliza establecemos los siguientes conceptos:

Contratante	Es aquella persona moral que aparece como representante de la colectividad y que se compromete a realizar el pago de las primas.
Asegurado (a)	Son todas las personas amparadas en la póliza.
Nosotros	Somos Seguros Inbursa, S.A.
Nuestra(s) y Nuestro(s)	Son de Seguros Inbursa, S.A.

Accidente

Se entenderá por accidente el acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales en la persona del asegurado. Por lo tanto, no se consideran accidentes las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el propio asegurado.

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 ameriten tratamiento médico y/o quirúrgico y se presenten para cada asegurado 30 días ó más, después de su inicio de vigencia en la póliza y no se encuentren excluidas en la póliza. Este período de 30 días no aplicará en la renovación de vigencia de cada asegurado. Las recaídas, complicaciones, o secuelas, se consideran como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

Preexistencia

Padecimientos preexistentes son 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. Asimismo, aquellos por los cuales se hayan erogado gastos, con anterioridad al inicio de vigencia de esta póliza para cada asegurado.

Red Segumed-Inbursa

Es el grupo de prestadores de servicios que ofrecen la atención que brindan las coberturas de esta póliza. Se anexa a esta póliza el directorio correspondiente.

Pago Directo

Es un convenio mediante el cual nosotros acordamos el pago de servicios y honorarios a médicos y hospitales de la Red Segumed-Inbursa, para que por propia cuenta y en sustitución del asegurado cubramos hasta el monto amparado los gastos efectuados, siempre que los mismos sean necesarios para la atención del accidente o enfermedad cubierta.

Reembolso

Es el pago de los gastos que cubriremos a cada asegurado, sobre el total de gastos incurridos por la atención médica dentro de la red o fuera de ella, en caso de urgencia médica, que el asegurado haya erogado en exceso del deducible, y que se encuentren cubiertos por la póliza.

Deducible

La cantidad fija que el asegurado deberá cubrir por cada enfermedad amparada, la cual se encuentra indicada en la carátula de la póliza.

Funcionamiento de esta póliza

Nosotros hemos diseñado esta póliza para que el asegurado reciba toda la atención médica necesaria dentro de la Red Segumed-Inbursa, con la cual tendrá la tranquilidad de ser atendido sin efectuar el pago de los gastos, ya que nosotros efectuaremos el pago directamente. Para ello, es necesario que el padecimiento o accidente por el cual se requiera la atención se encuentre en la relación de gastos cubiertos y en caso de enfermedad es necesario que se cubran los gastos de la atención médica con los prestadores de servicios, hasta que el gasto acumulado de la misma rebase el deducible, momento a partir del cual informándonos sobre la misma y llenando sus formas de reclamación procederemos a reembolsarle los gastos que excedan el deducible y a darle la atención necesaria a través de pago directo.

Médico

Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y puede ser: Médico General, Médico Especialista, o Cirujano.

Se entenderán por honorarios médicos, la suma de los gastos erogados por los siguientes conceptos: Honorarios por intervención quirúrgica, ayudantes e instrumentistas, así como las visitas postoperatorias.

Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Enfermera

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

Hospital

Establecimiento con servicio las veinticuatro horas del día para la estancia de enfermos, con salas de intervenciones quirúrgicas,

"LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL Y LA NOTA TÉCNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, SEGÚN OFICIOS 06-367-II-1.1/5373EXP.732.2(S-128)/3 DE FECHA 15/02/1999, 06-367-II-1.1/12393 EXP.732.2(S-128)/5 DE FECHA 04/05/1999, 06-367-II-1.1/18024 EXP.732.2(S-128)/4 DE FECHA 22/06/1999, 06-367-II-1.1/10646 EXP.732.2(S-128)/5 DE FECHA 07/04/1999, DVA-S-153/2001 DE FECHA 23/04/2001, 06-367-II-1.1/12119 EXP.732.1(S-128)/1 DE FECHA 17/08/2001 Y BAJO REGISTRO NÚMERO CNSF-S0022-0700-2003 DE FECHA 30/09/2003, CNSF-S0022-0092-2005 DE FECHA 29/06/2005 Y CGEN-S0022-0287-2005 DE FECHA 16/12/2005".

con médicos y enfermeras titulados, que esté legalmente establecido.

Asegurados

Los participantes que integran la colectividad o grupo en esta póliza, y pueden ser los titulares que tienen una relación directa con el contratante o los titulares con sus dependientes económicos o familia.

Asegurado Titular

Personas que tienen el vínculo laboral, gremial o asociados que tienen derechos y obligaciones ante el contratante que los representa.

Dependientes económicos o familia del asegurado titular

El cónyuge, los hijos que sean solteros, que no tengan ingresos por trabajo personal, y que sean menores de veinticinco años de edad. Sólo estarán cubiertos a solicitud del contratante y previa aceptación nuestra.

Hospitalización

Para efectos de ésta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.

Si se requiere atención sobre un accidente o enfermedad no cubierto en la póliza:

El asegurado podrá atenderse dentro de la Red Segumed-Inbursa a precios preferenciales, negociados por Nosotros, pero el monto de todos los servicios será pagado por el asegurado.

Si se atiende fuera de la Red Segumed-Inbursa:

Cualquier gasto que se efectúe fuera de la Red Segumed-Inbursa queda excluido por la póliza, ya que esta póliza está diseñada para cubrir la atención con un grupo exclusivo de prestadores de servicios, denominado Red Segumed-Inbursa.

Alcance de cobertura en territorialidad

Esta póliza sólo cubrirá los gastos médicos realizados dentro de la Red Segumed-Inbursa en territorio nacional, a consecuencia de accidente o enfermedad cubiertos.

Urgencia Médica

Es toda enfermedad o accidente, la cual resulte en forma súbita e inesperada y requiera atención médica inmediata para prevenir la muerte o un daño orgánico y/o funcional irreversible en la salud.

En caso de que el asegurado se encuentre de viaje y se presentase una urgencia médica:

Será necesario que se verifique la relación de prestadores de servicios de la localidad, en caso de que no estuviese relacionado algún prestador de servicios en la ciudad en que el asegurado se encuentre, sólo podrá quedar cubierto si al solicitar la asesoría en el módulo de atención de Seguros Inbursa se le autorizara la atención, asignando un prestador específico, en caso de que no pueda ser asignado un prestador específico o que habiéndolo designado no se proporcione el servicio, cubriremos los gastos por reembolso hasta el costo usual y acostumbrado cobrado normalmente por el médico y el establecimiento del lugar en donde se proporcionaron dichos servicios.

Quedando convenido que el importe del pago no podrá ser superior al que corresponda para servicios médicos o quirúrgicos en hospitales de categoría similar, con los que exista dicho convenio en la Red Segumed-Inbursa.

Periodo al descubierto

Es el lapso en el cual la póliza no está 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.

COBERTURAS

Si como consecuencia de un accidente o una enfermedad amparados por la póliza, el asegurado incurriese en cualquiera de los gastos médicos cubiertos, nosotros pagaremos directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en las presentes condiciones generales y cláusulas adicionales, siempre y cuando la póliza y el certificado del asegurado afectado se encuentren en vigor en la fecha en que ocurra el accidente o enfermedad cubiertos.

La vigencia de esta cobertura terminará respecto de cada uno de los asegurados, automáticamente con el agotamiento de la Suma Asegurada vigente a la fecha de efectuar el primer gasto del padecimiento correspondiente, por la aplicación de dicha cantidad a cada accidente o enfermedad.

Reinstalación Automática

En caso de agotamiento de la Suma Asegurada por un Accidente o Enfermedad, ésta 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.

Terminación de obligaciones

En caso de que no se renueve la póliza con nosotros, solamente reembolsaremos el costo de los gastos efectuados, para padecimientos en curso de pago a la terminación de vigencia de la póliza, durante un periodo máximo de trescientos sesenta y cinco días, contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente o enfermedad cubiertos o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

En el Seguro de Grupo con Experiencia Propia, se establece que en caso de que no se renueve la póliza con nosotros, se limitará nuestra obligación al pago de las reclamaciones iniciales o complementarias correspondientes a erogaciones por concepto de

Gastos Médicos cubiertos efectuadas por el asegurado, con anterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza, quedando, en este caso, excluidas las erogaciones realizadas en fechas posteriores a dicha vigencia.

Gastos Médicos Cubiertos

- 1) Si se requiere de intervención quirúrgica, serán cubiertos los honorarios de cirujano y ayudantes.
- 2) Gastos de anestesia y honorarios de anestesiólogo.
- 3) Los gastos originados en el área de terapia intensiva serán cubiertos, con un máximo de noventa días.
- 4) Los gastos de medicamentos:

Consumidos dentro del hospital; o

Adquiridos fuera del hospital o sanatorio, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes, sean necesarios para el tratamiento del accidente o enfermedad cubierta y sea el médico quién expida la receta correspondiente.
- 5) Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiograma, encefalograma, u otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de accidente o enfermedad.
- 6) Gastos de hospital o sanatorio representados por el costo de la habitación estándar, los aditamentos necesarios para la adecuada estancia del asegurado que sean proporcionados por el hospital, sin petición expresa del asegurado, y los alimentos, con máximo de ciento ochenta días. Se incluye el costo de cama extra.
- 7) Gastos de sala de operaciones, recuperación, y curaciones.
- 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.
- 9) Si usted requiriese de la asistencia de enfermera especial a domicilio, los honorarios por este concepto serán cubiertos, hasta por ciento ochenta días.
- 10) Gastos por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros, u otras sustancias semejantes.
- 11) Gastos originados por consumo de oxígeno.
- 12) Gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de sus hijos nacidos durante la vigencia de esta póliza, siempre que estén cubiertos por ella.
- 13) Gastos que resulten de aparatos de prótesis dental por accidente, prótesis valvular cardíaca, prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo, prótesis oculares y miembros artificiales, así como la renta de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad.
- 14) Gastos originados por la renta de muletas, silla de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes.
- 15) Gastos de transporte en ambulancia terrestre quedarán cubiertos, siempre y cuando sea indispensable para el traslado del asegurado, previa indicación del médico tratante.
- 16) Gastos por tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, o quimioterapia.
- 17) 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.
- 18) Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter 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.
- 19) Circuncisión, previa indicación médica por necesidad comprobada.

Enfermedades Cubiertas con Periodo de Espera

- 20) Parto normal o anormal y toda complicación del parto o del puerperio, así como la operación cesárea; siempre y cuando ocurran diez meses o más, después de la fecha de inicio de vigencia en este plan Segumed-Inbursa Grupo y Colectivo para la asegurada.
- 21) Complicaciones propias del embarazo después de tres meses de gestación y/o parto prematuro, siempre y cuando el embarazo inicie posteriormente a la fecha de inicio de vigencia en este plan Segumed-Inbursa Grupo y Colectivo para la asegurada. En caso contrario, queda excluido cualquier gasto por este concepto.
- 22) Tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) quedará cubierto siempre que se diagnostique después de dos años de vigencia ininterrumpida en este plan Segumed-Inbursa Grupo y Colectivo para

cada asegurado y siempre que durante el periodo referido de los dos años no se haya efectuado gasto alguno por este concepto, quedando cubierto hasta el límite de cien mil pesos.

23) *Padecimientos preexistentes declarados en la solicitud y aceptados mediante endoso por Seguros Inbursa, quedarán cubiertos después del segundo año de vigencia continua en este plan Segumed-Inbursa Grupo y Colectivo.*

24) *Los recién nacidos quedarán cubiertos desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan diez meses o más después de la fecha de alta de la asegurada en este plan Segumed-Inbursa Grupo y Colectivo.*

EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta póliza excluye 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, mismos que podrán realizarse a cargo del asegurado dentro de la Red a precio preferencial con carácter preventivo.***
- 2) *Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos.***
- 3) *Tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, o miopía.***
- 4) *Tratamientos dentales, alveolares, o gingivales y de la articulación temporo mandibular 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 carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia de la póliza para cada Asegurado.***
- 7) *Diagnóstico y tratamiento médico por las complicaciones derivadas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que no cumplan con lo señalado en "Gastos Cubiertos con Período de Espera".***
- 8) *Tratamientos experimentales.***
- 9) *Gastos realizados por acompañantes durante su internamiento 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 la 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 Nosotros.**
- 13) Padecimientos preexistentes, excepto los que cumplan con lo establecido en el punto 23 de Enfermedades cubiertas con período de espera.**
- 14) Reposición de prótesis existentes, salvo a consecuencia de un accidente.**
- 15) Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí 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, somnífero, alcohol, o similares, 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 algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad.**
- 19) Cualquier gasto que se realice con prestadores de servicio fuera de la Red, excepto cuando hayan sido autorizados previamente por Nosotros o que se hayan realizado fuera de la Red porque no se pudo contactar uno específico o que habiéndose designado no se haya proporcionado el servicio, tratándose exclusivamente de una urgencia médica.**
- 20) Gastos erogados por tratamientos que se realicen en gimnasios, albercas y similares.**
- 21) Honorarios de enfermera intrahospitalaria.**
- 22) Gastos por atención fisiológica del recién nacido.**
- 23) Gastos por diagnóstico y/o tratamiento de aborto, independientemente que sea por accidente o enfermedad.**

CLÁUSULAS GENERALES

Cambio de contratante

Cuando haya cambio de contratante, la compañía podrá rescindir el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de ese hecho y sus obligaciones terminarán treinta días después de haber sido notificada la rescisión por escrito, al nuevo contratante. La compañía reembolsará a este la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia inicialmente pactada.

SINIESTROS

Aviso

Es obligación del asegurado darnos aviso por escrito, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

Reclamaciones

Procedimiento para presentar la reclamación

En caso de urgencia médica que requiera hospitalización o cirugía ambulatoria, usted o un familiar deberá avisarnos inmediatamente sobre el accidente o enfermedad cubierto para dar trámite a su atención médica o acudir directamente con los prestadores de servicios de la Red salvo caso fortuito o fuerza mayor, presentando:

- a) *Identificación personal.*
- b) *Tarjeta de identificación de Seguros Inbursa.*
- c) *Recibo pagado del periodo en curso, si es posible.*

En caso de que no se trate de una urgencia y requiera usted hospitalización, será necesario que se presente en nuestras sucursales para que le proporcionemos el pase de atención médica correspondiente.

En toda reclamación deberá comprobarse, por cuenta del reclamante la realización del siniestro.

Documentos que se requieren para efectuar la reclamación

Deberá presentarnos las formas de declaración correspondientes que para el efecto le proporcionemos, así como la comprobación del pago de los gastos incurridos que rebasen el importe del deducible, presentando las notas o facturas correspondientes con las indicaciones médicas que las justifiquen.

Los comprobantes originales de los gastos indemnizables, deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, tales documentos quedarán en nuestro poder.

No haremos pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

Pago de indemnizaciones

Cuando no se efectúe el pago directo, el pago de las reclamaciones cubiertas por el asegurado a los prestadores de servicios de la Red Segumed-Inbursa le serán liquidadas ya sea al asegurado o a su representante legal, en el caso de muerte a la persona que presente los comprobantes respectivos.

- A)** *Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los treinta días siguientes a la fecha en que recibamos los documentos e informaciones que nos permitan conocer el fundamento de la reclamación.*
- B)** *Las indemnizaciones que cubramos al asegurado serán liquidadas en nuestras oficinas.*
- C)** *Cualquier pago realizado indebidamente por nuestra parte, a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del contratante, obliga a éste a reintegrarnos dicho pago.*
- D)** *Cuando proceda el pago de una reclamación, la misma se realizará en Moneda Nacional*

Moneda

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.

Edad

La Compañía solamente podrá aceptar el ingreso a esta póliza de personas menores a sesenta y cuatro años de edad. La póliza podrá continuar renovándose, de acuerdo a requisitos de asegurabilidad y selección de riesgos.

En caso de inexactitud en la indicación de la edad del asegurado

- a) *Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de cada asegurado 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 prima que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza, siempre que no hayamos cubierto alguna reclamación. En caso contrario, devolveremos únicamente la prima neta no devengada calculada a la fecha en que se rescinda el contrato.*
- b) *Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad de cada asegurado se hubiere estado pagando una prima mayor, nosotros estaremos obligados a reembolsar al contratante el cien 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 la edad de cada asegurado, el contratante estuviere pagando una prima inferior a la que correspondería a la edad real, nuestra obligación se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la que correspondería de acuerdo a la edad real.*
- d) *Nos reservamos el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de cualquier asegurado, en cuyo caso, se anotará en la póliza y se le extenderá un comprobante. No podremos exigir nueva prueba al pagar el siniestro.*

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 oficial 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 el original del recibo oficial expedido precisamente por la Compañía. Se entenderá que el recibo es oficial cuando reúna los requisitos que en el mismo se establezcan para que se considere pagado. Asimismo, el pago de las primas se puede hacer con cargo a 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, ocupación y edad, en la fecha de emisión, debiendo ser cubierta en la fecha de celebración del contrato.

Encada renovación, la prima neta será la suma de las correspondientes a cada uno de Ustedes, de acuerdo con Su sexo, domicilio, ocupación, y edad alcanzada en la fecha de renovación, aplicando las tarifas en vigor de esa fecha, debiendo ser cubierta en la fecha de renovación del contrato.

¿Cómo está formada la prima total?

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

RENOVACIÓN

Esta póliza se considerará renovada, por periodos de un año, si dentro de los últimos sesenta días de vigencia de cada periodo anual, 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 de la compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación, los asegurados cuya edad, a la fecha de renovación, esté fuera de los límites establecidos en esta póliza.

La tarifa del contrato aplicable, será la que rija en la fecha de renovación, sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Contrato

Las declaraciones de los asegurados proporcionadas, por escrito, a nosotros en los consentimientos correspondientes así como la información proporcionada por el contratante, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que lleva anexos, el registro de asegurados, los certificados y consentimientos individuales forman parte y constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el contratante y nosotros.

Nosotros, nos reservamos el derecho de expedir endosos de exclusión, mediante los cuales se excluya la cobertura de determinados padecimientos que, por su naturaleza, influyen en la agravación del riesgo.

Modificaciones al Contrato

Las condiciones de esta póliza sólo podrán modificarse, previo acuerdo entre el contratante y la compañía y se harán constar mediante cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Como lo previene el artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Nosotros carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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 (Art. 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro) este derecho se hace extensivo al contratante.

Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y los asegurados están obligados a declarar, por escrito, a la compañía de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban conocer en el momento de la declaración, la omisión o inexacta declaración de los hechos importantes, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (Artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Comunicaciones

Cualquier notificación relacionada con esta póliza deberá hacerse por escrito, precisamente en nuestro domicilio social, el cual se indica en la carátula.

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

Competencia

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.

Prescripción

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 constituidos 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 y Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

MOVIMIENTOS

Altas de asegurados

La compañía mientras esté en vigor la póliza, podrá incluir bajo la protección de la misma, nuevos miembros de la colectividad asegurable, para lo cual el contratante deberá solicitarlo, por escrito, de acuerdo con las reglas establecidas en esta póliza, las altas de personas que se soliciten con posterioridad a los primeros treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad asegurada quedarán sujetas a la aceptación previa de la compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que, en tal caso, queda facultada a solicitar. El contratante deberá enviar a la compañía algún documento que pruebe la fecha de ingreso del asegurado a la colectividad.

Cuando la colectividad asegurada incluya a los dependientes económicos del asegurado titular y éstos adquieran derechos durante la vigencia de esta póliza, quedarán cubiertos a partir de la fecha del matrimonio civil o del nacimiento, siempre y cuando la compañía reciba aviso por escrito del contratante durante los primeros treinta días siguientes a dicha fecha, debiendo adjuntar el acta de matrimonio o nacimiento respectiva y pagar la prima correspondiente de no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la compañía.

En caso de la alta de los recién nacidos, quedarán cubiertos desde el primer día de su nacimiento, siempre y cuando nazcan diez meses o más después de la fecha de alta de la asegurada en la póliza con Seguros Inbursa.

En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la póliza, la compañía cobrará una prima de acuerdo con la edad, domicilio, sexo y ocupación de dicho asegurado, calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Cancelación de asegurados

Se cancelarán en esta póliza aquellas personas que se separen de la colectividad asegurada, para lo cual el contratante se obliga a avisar su cancelación, de inmediato, y por escrito a la compañía, los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros ocurridos antes de la cancelación conforme al período de beneficio.

En caso de cancelación de un asegurado durante la vigencia de la póliza, la compañía devolverá al contratante la prima neta no devengada correspondiente a dicho asegurado.

Cuando un miembro de la colectividad asegurada no cubra al contratante la parte de la prima a que se hubiese obligado, este podrá solicitar su cancelación a la compañía.

Obligación de asegurar

El contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable definida en la carátula, asimismo, se obliga a solicitar seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que, con posterioridad, llegaren a cumplir dichas características, dentro de los treinta días siguientes a que las cumplan.

En incumplimiento de esta obligación, por parte del contratante facultará a la compañía a dar por terminado el contrato, mediante aviso por escrito al contratante, comunicado con treinta días de anticipación a la fecha efectiva de terminación.

Otros seguros

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras aseguradoras, las indemnizaciones en caso de que otra compañía aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra aseguradora.

Deducciones

Cualquier prima vencida y no pagada de esta póliza, podrá ser deducida de cualquier indemnización.

Indemnización por mora

Si la compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legamente, 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.

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.