CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

INBURSA
Grupo Financiero

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México.

Capítulo 1. Definiciones 4
Capítulo 2. Objeto del seguro 10
Capítulo 3. Coberturas 10
3.1. Cobertura básica 10
3.1.1. Gastos médicos cubiertos 10
3.1.2. Gastos médicos cubiertos con Período de Espera 15
3.2. Coberturas adicionales 16
3.2.1. Emergencia internacional 16
3.2.2. Cobertura internacional 16
3.2.3. Gastos funerarios 17
3.2.4. Muerte accidental 17
3.2.5. Pérdida de miembros por Accidente 17
3.2.6. Enfermedades catastróficas en el extranjero 17
3.2.7. Ambulancia aérea 19
3.2.8. Maternidad 19
Capítulo 4. Respaldo médico y bienestar 21
Capítulo 5. Edades de contratación para pólizas nuevas y edades de renovación 21
5.1. Para las coberturas básicas 3.1. "Cobertura básica" y "Capítulo 4. Respaldo médico y bienestar" así como las coberturas adicionales 3.2.1. "Emergencia internacional", 3.2.2. "Cobertura internacional", 3.2.6. "Enfermedades catastróficas en el extranjero" y 3.2.7. "Ambulancia aérea" 21
5.2. Para la cobertura adicional 3.2.3. "Gastos funerarios" 21
5.3. Para las coberturas adicionales 3.2.4. "Muerte accidental" y 3.2.5. "Pérdida de miembros por Accidente" 22
5.4. Para la cobertura adicional 3.2.8. "Maternidad" 22
Capítulo 6. Exclusiones 22
6.1. Exclusiones aplicables a la cobertura básica y a las coberturas adicionales. 22
6.2. Exclusiones aplicables a las coberturas adicionales 25
6.2.1. Emergencia internacional 26
6.2.2. Cobertura internacional 26
6.2.3. Muerte accidental 26
6.2.4. Enfermedades catastróficas en el extranjero 26
6.2.5. Ambulancia aérea 26
6.2.6. Maternidad 26
Capítulo 7. Gastos a cargo del Asegurado 27
7.1. Deducible 27
7.2. Coaseguro 27
7.2.1 Tope de Coaseguro 28

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Capítulo 8. Reclamación de siniestros 28
8.1. Aviso 28
8.2. Pago de Indemnizaciones 28
8.3. Cobertura básica 29
8.3.1. Pago por Reembolso 30
8.3.2. Pago Directo 31
8.4. Coberturas adicionales 31
8.4.1. Emergencia internacional y Cobertura internacional 31
8.4.2. Gastos funerarios 31
8.4.3. Muerte accidental 32
8.4.4. Pérdida de miembros por Accidente 32
8.4.5. Enfermedades catastróficas en el extranjero 32
8.4.6. Ambulancia aérea 33
8.4.7. Maternidad 33
Capítulo 9. Cláusulas generales 33
9.1. Contrato 33
9.2. Modificaciones al contrato 33
9.3. Vigencia 33
9.4. Terminación anticipada del contrato 34
9.5. Período de beneficio 34
9.6. Agravación del riesgo 34
9.7. Complementaria de agravación del riesgo 35
9.8. Omisiones o inexactas declaraciones y nulidad 35
9.9. Renovación garantizada 36
9.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado 36
9.11. Movimientos 37
9.11.1. Registro de Asegurados 37
9.11.2. Alta de Asegurados 37
9.11.3. Baja de Asegurados 38
9.11.4. Modificaciones en la situación del Asegurado 38
9.12. Obligación de asegurar 38
9.13. Comunicaciones 38
9.14. Moneda 38
9.15. Competencia 39
9.16. Arbitraje médico 39
9.17. Prescripción 40
9.18. Primas 40
9.19. Participación de beneficios por utilidades realizadas (dividendos) 41
9.20. Reinstalación automática de la Suma Asegurada 41
9.21. Rehabilitación 42
9.22. Zona de residencia 42
9.23. Otros seguros 42
9.24. Indemnización por mora 43
9.25. Revelación de comisiones 43
9.26. Legislación aplicable 43
9.27. Contratación del uso de Medios Electrónicos 43

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9.28. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el solicitante, el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía 44
Glosario 46
Glosario de artículos 48

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Capítulo 1. Definiciones

Accidente
Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que le produzca lesiones corporales, hasta en un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de dicho acontecimiento, o bien, que produzca su fallecimiento y éste ocurra hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a tal acontecimiento.

Cuando el Accidente produzca lesiones y la Compañía no reciba la notificación de la ocurrencia del mismo por escrito, dentro del plazo de 30 (treinta) días naturales antes mencionado, el acontecimiento se considerará como Enfermedad para todos los efectos de esta póliza, salvo que la notificación no se haya hecho por caso fortuito o fuerza mayor.

Accidente Cubierto
Accidente que ocurra dentro de la vigencia del certificado individual del Asegurado afectado.

Se considerarán dentro de un mismo Accidente Cubierto todas las alteraciones, recaídas y complicaciones resultantes del mismo acontecimiento, así como las secuelas que se deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico recibido por el Asegurado en virtud de un Accidente Cubierto.

Anestesiólogo
Médico especializado en la preparación y suministro de anestesia.

Asegurado
Cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada con derecho a utilizar los beneficios de la póliza.

Asegurado Titular
Cualquier integrante de la Colectividad Asegurada que trabaje o mantenga un vínculo directo con el Contratante y que aparezca con tal carácter en el certificado individual. **Se excluyen de esta definición a los trabajadores del Contratante que se encuentren prestando sus servicios por honorarios, en consecuencia no podrán formar parte de la Colectividad Asegurada.**

Autenticación
Es el conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para verificar la identidad del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario y su facultad para realizar Operaciones Electrónicas.

Beneficiario
Persona designada como tal conforme más adelante se establece, con derecho a reclamar algún beneficio cubierto en esta póliza.

Por lo que respecta a las coberturas adicionales 3.2.3. “Gastos funerarios” y 3.2.4. “Muerte accidental”, se designa como Beneficiario al cónyuge del Asegurado o a su concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

Tratándose de la cobertura básica o de las demás coberturas adicionales que se hubieren contratado, el Beneficiario será el Asegurado y en caso de su fallecimiento, se designa como Beneficiario a su cónyuge o concubina(rio), en ausencia de éste, serán sus hijos por partes iguales y en ausencia de ellos sus padres por partes iguales.

A falta de los Beneficiarios mencionados en los párrafos anteriores, el importe que corresponda se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

En cualquier momento el Asegurado podrá designar, sustituir y/o revocar a su(s) Beneficiario(s), **siempre y cuando esta póliza y el correspondiente certificado individual se encuentren en vigor y no exista restricción legal en contra.** Para tales efectos, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, indicando el (los) nombre(s) del (de los) nuevo(s) Beneficiario(s), el porcentaje que le corresponde (a cada uno de ellos), el parentesco con el Asegurado y si la designación es revocable o irrevocable, anexando copia de las identificaciones del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s). Si dicha designación fuere irrevocable, en el mismo escrito deberá constar la firma del (de los) Beneficiario(s). Una vez que la Compañía reciba la designación del (de los) Beneficiario(s), emitirá el Endoso en el que se haga constar tal designación.

La Compañía quedará liberada de sus obligaciones si paga el importe de lo procedente con base en la designación del (de los) Beneficiario(s) más reciente realizada conforme a lo previsto en esta definición.

Si habiendo varios Beneficiarios desaparece cualquiera alguno, la parte correspondiente a dicho Beneficiario se distribuirá en porciones iguales a las de los demás. Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación del Beneficiario.

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

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

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

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

Cirugía Robótica
Técnica en la cual un cirujano lleva a cabo la cirugía usando una consola que controla de manera remota instrumentos fijados a un robot.

Coaseguro
Cantidad establecida en el certificado individual de esta póliza a cargo de cada Asegurado, correspondiente a su participación sobre el monto total de los gastos médicos cubiertos por cada Enfermedad Cubierta, una vez descontado el Deducible, esto último con excepción de la consulta médica domiciliada, el traslado de ambulancia terrestre, el apoyo emocional y la asesoría nutricional, que aparecen en el Capítulo 4 "Respaldo médico y bienestar", de estas condiciones generales, siempre y cuando sean proporcionados de manera presencial en los cuales no aplica Deducible.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

El Coaseguro tiene establecido un tope máximo denominado "**Tope de Coaseguro**", que es la cantidad máxima que pagará cada Asegurado por cada Enfermedad Cubierta por concepto de Coaseguro, dicha cantidad está establecida en la cláusula "7.2.1. "Tope de Coaseguro".

En Cirugía Robótica aplica el Coaseguro que resulte conforme a lo indicado en el numeral 3.1.1.13. "Cirugía Robótica", por lo que no aplica el Tope de Coaseguro.

Colectividad Asegurada
Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración de este contrato de seguro, y que satisfagan los requisitos que establece esta póliza para ser Asegurado, quedando inscritos en el registro de Asegurados.

El seguro será nulo sin necesidad de declaración judicial respecto de las personas que no cumplan con la definición anterior y que por cualquier causa sean inscritas en el registro de Asegurados de esta póliza, por lo que el Contratante únicamente tendrá derecho a la restitución de las primas pagadas correspondientes a tales personas. El Contratante se obliga a hacer del conocimiento de las personas que aparecen en el registro de Asegurados el contenido de la presente disposición.

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

Condición de Salud
Lesión, estado físico o mental, Enfermedad o condición no patológica que normalmente requiere intervención médica, quirúrgica o sanitaria.

Contratante
Persona física o moral que aparece con tal carácter en la carátula de esta póliza y en los certificados individuales, responsable ante la Compañía de pagar la prima de esta póliza.

En términos de la fracción II, del artículo 20 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, cuando el objeto de este contrato sea otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, la Compañía podrá rescindir este contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, las obligaciones de la Compañía terminarán a las 12 (doce) horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En el supuesto de rescisión por cambio de Contratante, la Compañía reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada previa disminución proporcional del costo de adquisición y, en su caso, los beneficios derivados de este contrato, a más tardar al hacer la notificación de la rescisión. Cualquier devolución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Si la Compañía no notifica la rescisión dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores al aviso del cambio de Contratante, se entenderá que esta póliza continúa bajo los mismos términos.

Deducible
Cantidad fija a cargo del Asegurado, señalada en el certificado individual de esta póliza, que aplica a los primeros gastos incurridos por cada Enfermedad Cubierta. Una vez que dichos gastos han rebasado esta cantidad, comienza la obligación de pago de la Compañía.

Dependientes Económicos

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

El cónyuge o concubina(rio) del Asegurado Titular y sus hijos solteros que no tengan ingresos por trabajo personal.

Para que los Dependientes Económicos se consideren Asegurados dentro de esta póliza deberán requisitar los correspondientes consentimientos individuales y la Compañía debe haber dado su consentimiento a través de la emisión de los certificados individuales.

Diagnóstico
Conclusión del análisis clínico realizado por un Médico sobre el estado de salud del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos en esta póliza.

Discapacidad
Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Emergencia Médica
Todo problema médico-quirúrgico que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención médica inmediata, entre los cuales, de forma enunciativa mas no limitativa, se consideran los que afecten la función de la rodilla y/o de la columna vertebral, la afección de las arterias coronarias que requieran cirugía de bypass, Enfermedad vascular cerebral, infarto agudo al miocardio, parálisis/paraplejia y cualquier Politraumatismo.

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

Endoso de auto-administración
Documento mediante el cual se estipulan los procedimientos administrativos y operativos de esta póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

Este Endoso operará únicamente si en la carátula de esta póliza se indica que la misma se encuentra sujeta al Endoso de auto-administración.

Enfermedad
Es la alteración en la salud del Asegurado diagnosticada por un Médico, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

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

Enfermedad Cubierta
Aquella que se manifieste dentro de la vigencia indicada en el certificado individual del Asegurado afectado.

Se considerarán dentro de la misma Enfermedad Cubierta todas las alteraciones, recaídas y complicaciones de ésta, así como las secuelas que se deriven de su tratamiento médico y/o quirúrgico.

Enfermedad Preexistente
Es aquella que previamente a la celebración de este contrato:

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

a) Se haya declarado su existencia,

b) Se compruebe, mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, o

c) Se hayan hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

La Compañía sólo podrá rechazar una reclamación por Enfermedad Preexistente cuando cuente con cualquiera de las pruebas que se señalan en los casos del párrafo anterior.

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

En caso de que exista alguna controversia que se suscite por alguna Enfermedad Preexistente se aplicará lo dispuesto en la cláusula 9.16. "Arbitraje médico".

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

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

Experiencia Global
Cuando la prima de la colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia.

Experiencia Propia
Cuando la prima de la colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma o bien de las pólizas de seguro colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
Es el pago que obtiene el Médico por los servicios que presta al Asegurado, de acuerdo a las condiciones generales y especiales de este contrato y conforme al Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos que se proporciona al Asegurado y que puede ser consultado permanentemente en la página web www.inbursa.com

Estos Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se evaluarán periódicamente por la Compañía y las modificaciones que en su caso se realicen aparecerán en la página web www.inbursa.com y aplicarán hasta la renovación de esta póliza.

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

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

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

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

Médico
Persona titulada y legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, que puede ser médico general o médico especialista certificado por la Secretaría de Salud o autoridad competente, para realizar los procedimientos médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente. El médico especialista, adicionalmente deberá contar con la autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de la especialidad correspondiente, además de estar certificado por el consejo o colegio de la especialidad de que se trate.

Medios Electrónicos
Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este contrato de seguro y que estén disponibles por la Compañía.

Pago Directo
Servicio que elige el Asegurado, a través del cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de servicios que aquél haya elegido y contratado, siempre y cuando se encuentren dentro de la Red Médica. En este caso la Compañía pagará los gastos médicos cubiertos resultantes de la atención médica y hospitalaria que reciba el Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, quedando únicamente a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y los excluidos en esta póliza, así como el Deducible y el Coaseguro.

Período al Descubierto
Intervalo de tiempo durante el cual cesan los efectos de esta póliza por falta de pago de la prima.

Período de Espera
Tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de esta póliza para cada Asegurado, a fin de que ciertas Enfermedades se encuentren cubiertas por esta póliza.

Perito Médico
Médico especialista que no mantenga con el Asegurado o Contratante parentesco por consanguinidad o por afinidad hasta el cuarto grado.

Politraumatismo
Múltiples lesiones graves traumáticas y/o quemaduras producidas por un mismo Accidente con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pongan en peligro la vida, un órgano o una función.

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

Red Médica
Grupo de Hospitales y colaboradores que tienen vigente un convenio de colaboración y descuento con la Compañía, los cuales pueden ser consultados en el sitio www.inbursa.com

Cuando el Asegurado decida solicitar y contratar los servicios de algún colaborador de la Red Médica o de algún otro prestador de servicios, lo hará considerando su libertad de elegir y contratar a cualquier persona de su confianza que le proporcione los servicios que cubre esta póliza, en

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

razón de lo anterior, la Compañía no se hace responsable de los daños y perjuicios que le pudieran ocasionar al Asegurado cualquiera de los prestadores de servicios que éste decida contratar, por lo que éstos responderán directamente ante el Asegurado de cualquier daño y/o perjuicio que le infieran.

Reembolso
Sistema mediante el cual la Compañía reembolsará los gastos cubiertos efectuados por la atención médica del Asegurado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Los gastos médicos cubiertos cuyo Reembolso proceda, se pagarán al Asegurado o al Beneficiario según el caso.

Síndrome
Conjunto de síntomas o afecciones que se presentan juntos y sugieren la presencia de cierta Enfermedad o una mayor probabilidad de padecerla.

Suma Asegurada
Límite máximo de responsabilidad de la Compañía. Ésta se encuentra señalada en el certificado individual de esta póliza y es aplicable por cada Accidente o Enfermedad Cubiertos.

Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
Relación de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos, donde se indica el porcentaje máximo que pagará la Compañía para cada Accidente o Enfermedad Cubiertos, de acuerdo a lo especificado en el numeral 3.1.1.1. "Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos".

UMA
Unidad de Medida y Actualización. La actualización de su valor se notifica a través del Diario Oficial de la Federación y puede ser consultado en la siguiente dirección de internet: www.inegi.org.mx

UMAM
Unidad de Medida y Actualización Mensual. Su valor es el equivalente a 30.4 veces el valor diario de la UMA y también puede ser consultado en la siguiente dirección de internet: www.inegi.org.mx

Capítulo 2. Objeto del seguro

Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, se realizaren algunos de los gastos médicos descritos en el numeral 3.1.1. "Gastos médicos cubiertos" de esta póliza y el Asegurado así lo solicite, la Compañía reembolsará el costo de los mismos o, en caso de que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica, y el Asegurado así lo elija, la Compañía pagará directamente el costo de los mismos, ajustándolos previamente a los límites consignados en estas condiciones generales y en los Endosos que formen parte de este seguro.

No aplicarán los Períodos de Espera en caso de Accidente Cubierto o Emergencia Médica.

La Compañía, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos, dentro de la vigencia de esta póliza, que sean procedentes, teniendo como límite, lo que ocurra primero entre:

A) El agotamiento de la Suma Asegurada;
B) El monto de los gastos incurridos durante el período de vigencia de esta póliza y el período de beneficio establecido en la cláusula 9.5. "Período de beneficio", o
C) La recuperación de la salud o vigor vital respecto del Accidente o Enfermedad Cubiertos que haya afectado al Asegurado.

Capítulo 3. Coberturas
3.1. Cobertura básica
3.1.1. Gastos médicos cubiertos

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Los gastos en que se incurra dentro de los Estados Unidos Mexicanos por servicios y/o materiales médicos para la atención de cualquier Accidente o Enfermedad Cubiertos, que por prescripción del Médico tratante sean necesarios para su tratamiento y Diagnóstico **y que se efectúen por cualquiera de los siguientes conceptos, sin que en ningún caso se excedan los límites o Suma Asegurada señalados en el certificado o en los Endosos adjuntos a esta póliza:**

3.1.1.1. Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos

Las opciones a contratar pueden ser modalidad amplia o limitada, esta última en cualquiera de sus 3 (tres) alternativas: AAA, AA o A. Los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, así como la alternativa contratada, se especifican en los Endosos que integran esta póliza.

A) Honorarios de Médicos: Los honorarios de los Médicos que pertenezcan a la Red Médica serán cubiertos con base en los montos convenidos con el prestador de servicios que forme parte de dicha red. En este caso, el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.

El límite de los honorarios de los Médicos que **no pertenezcan a la Red Médica** será cubierto y determinado en función de la modalidad de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos contratada. Este concepto incluye todas las atenciones prestadas por los cirujanos y visitas hospitalarias y su límite está determinado por la opción contratada, el cual aparece en el certificado individual y Endoso adjunto a esta póliza, siendo alguna de las siguientes modalidades:

1) Limitada: La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos será el importe resultante de aplicar el porcentaje que por la clase de intervención realizada aparezca en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, al monto de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos por Reembolso de acuerdo a la alternativa contratada (AAA, AA, A) y señalado en el Endoso adjunto a esta póliza para este concepto. Las intervenciones quirúrgicas que no se encuentren en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se valuarán por similitud a las comprendidas en éste.

2) Amplia: La responsabilidad máxima para el pago de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos por Reembolso será hasta la Suma Asegurada de la cobertura nacional señalada en el certificado individual de esta póliza.

Para cualquiera de las modalidades de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos y previo aviso a la Compañía, cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al Asegurado 2 (dos) o más operaciones en una misma región del cuerpo, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra(s) intervención(es) quirúrgica(s) en una región distinta del cuerpo del Asegurado en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de ésta(s) intervención(es) se pagarán al 50% (cincuenta por ciento) de lo que marca el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

Si se requiere otra intervención quirúrgica de diferente especialidad en la misma sesión quirúrgica, los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos del segundo cirujano se cubrirán al 100% (cien por ciento) de acuerdo al límite establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo y no se estipule en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos como un procedimiento bilateral, los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos se cubrirán calculando un 50% (cincuenta por ciento) adicional al monto procedente de acuerdo al Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Si hubiere necesidad de una reintervención quirúrgica, se considerará como otra intervención, siempre que se realice después de transcurridas 24 (veinticuatro) horas de haberse efectuado la última intervención quirúrgica.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 (dos) Accidentes y/o Enfermedades de los cuales uno esté cubierto por esta póliza y el otro no, para el Accidente o Enfermedad Cubiertos los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos del cirujano, del Anestesiólogo y del (de los) ayudante(s) se cubrirán al 100% (cien por ciento) de acuerdo al límite establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos, mientras que los gastos del Hospital que sean procedentes se cubrirán al 50% (cincuenta por ciento) de la factura total.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias y/o tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará para la primera intervención el 50% (cincuenta por ciento) del porcentaje estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos para la intervención quirúrgica más elevada de aquellas que se hayan practicado y el 25% (veinticinco por ciento) del porcentaje estipulado en el mencionado tabulador para las restantes.

B) Honorarios de Anestesiólogo: Como máximo se pagará el 30% (treinta por ciento) de lo correspondiente a los honorarios cubiertos del primer cirujano, salvo en un Politraumatismo, donde serán cubiertos hasta un máximo de 35% (treinta y cinco por ciento) de lo correspondiente al cirujano principal.

C) Honorarios de ayudantes: Como máximo se pagará al primer ayudante el 20% (veinte por ciento) de los honorarios cubiertos del primer cirujano; al segundo ayudante el 10% (diez por ciento) de los honorarios cubiertos de dicho cirujano.

3.1.1.2. Gastos Hospitalarios

Quedan cubiertos los siguientes gastos generados por una Hospitalización:

A) Cuarto privado estándar y alimentos: se cubre el cuarto privado tipo estándar y los alimentos proporcionados al Asegurado, hasta el límite por día indicado en el Endoso adjunto a esta póliza.
B) Gastos del acompañante: se cubre únicamente el costo de la cama extra para un acompañante del Asegurado durante la estancia de éste en el Hospital.
C) La estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios.
D) Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, sueros u otras sustancias semejantes.
E) El uso de sala de operaciones, recuperaciones o de curaciones.
F) Monitoreo neurofisiológico: se cubrirá con un máximo del 10% (diez por ciento) de los honorarios cubiertos para el primer cirujano.
G) Consultas intrahospitalarias y en terapia intensiva: quedarán cubiertas hasta el límite por consulta indicado en el Endoso adjunto a esta póliza.
H) Medicamentos dentro del Hospital: cuando sean administrados al Asegurado en el Hospital y cuya comercialización en los Estados Unidos Mexicanos esté autorizada.
I) Atención general de **enfermería.**
J) Rehabilitación física: se cubrirá hasta el límite establecido en el Endoso adjunto a esta póliza.

3.1.1.3. Gastos fuera del Hospital

Quedan cubiertos los siguientes gastos **siempre que sean prescritos por el Médico tratante:**

A) Medicamentos: siempre que su comercialización en los Estados Unidos Mexicanos esté autorizada y sean necesarios para el tratamiento del Accidente o Enfermedad Cubiertos.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

B) **Enfermero a domicilio:** los honorarios por este concepto serán cubiertos hasta el límite por turno indicado en el Endoso adjunto a esta póliza con un máximo de 60 (sesenta) días naturales.
C) **Consumo de oxígeno.**
D) **Renta de equipo tipo Hospital:** se cubre la renta de equipo para recuperación, incluyendo cama tipo Hospital, silla de ruedas, ventiladores, respiradores artificiales, pulmón de acero o cualquier otro equipo mecánico usado para el tratamiento de parálisis respiratoria o para la administración de oxígeno.
E) **Consultas médicas externas o a domicilio:** quedarán cubiertas hasta el límite por día indicado en el Endoso adjunto a esta póliza, con máximo de una consulta diaria.

3.1.1.4. Estudios de laboratorio y gabinete
Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio, estudios con rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, de electroencefalografía, o de cualquier (cualesquier) otro(s) indispensable(s) para el Diagnóstico y/o tratamiento de un Accidente o Enfermedad Cubiertos.

3.1.1.5. Prótesis, aparatos ortopédicos
Renta o compra de aparatos auditivos, ortopédicos y/o Prótesis, material de osteosíntesis **siempre y cuando sean a consecuencia o complicación de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, no sean para fines estéticos y sean autorizados por la Compañía. Las Prótesis dentales sólo estarán cubiertas como consecuencia de un Accidente Cubierto.**

Se cubrirá la compra de zapatos ortopédicos con un máximo de 2 (dos) pares por año, siempre que hayan sido autorizados por el Médico tratante especializado en ortopedia.

En aquellos casos en los que el costo de la renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con aprobación previa de la Compañía.

3.1.1.6. Ambulancia terrestre
Siempre y cuando el traslado del Asegurado sea por una Emergencia Médica o por indicación del Médico tratante, hasta el límite por evento indicado en el Endoso adjunto a esta póliza para este concepto.

3.1.1.7. Cirugía reconstructiva
Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de carácter reconstructivo, **no estético**.

3.1.1.8. Trasplante de órganos
En caso de intervención quirúrgica amparada donde se requiera el trasplante de corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado o médula ósea, quedarán cubiertos los gastos del donador con un límite de $100,000.00 (cien mil pesos 00/100 M.N.), **cantidad que estará incluida dentro de la Suma Asegurada que se haya contratado en la cobertura básica, por lo que no deberá considerarse como una cantidad adicional a la misma.**

En ningún caso se cubren las pruebas de compatibilidad, ya sean del donador o de posibles donadores.

3.1.1.9. Tratamientos de rodilla, nariz, senos paranasales y columna vertebral
En cirugías de rodilla, nariz, senos paranasales y columna vertebral, será necesario contar con una segunda opinión médica, la cual será brindada por el Médico especialista que elija el Asegurado dentro de la Red Médica, quedando en el entendido que dicho Médico es para apoyo en el Diagnóstico y no podrá intervenir en la atención médica. La segunda opinión médica será sin costo alguno para el Asegurado y tiene como finalidad confirmar y/o complementar el Diagnóstico de la reclamación.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Si a consecuencia de algún Accidente Cubierto se requiere de algún tratamiento médico o quirúrgico de nariz, senos paranasales y columna vertebral, **se aplicará en todos los casos el Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta señalados en el certificado individual de esta póliza.**

Adicional a lo anterior, las Enfermedades Cubiertas y tratamientos médicos o quirúrgicos de rodilla y columna vertebral, estarán sujetas a lo indicado en el numeral 3.1.2. “Gastos médicos cubiertos con Período de Espera”.

Los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz o senos paranasales solamente quedarán cubiertos cuando sean a consecuencia de un Accidente Cubierto.

3.1.1.10. Cataratas

Se cubrirá la cirugía para la corrección de catarata y reposición del cristalino con **lente intraocular monofocal,** sujeto al Período de Espera señalado en el numeral 3.1.2. “Gastos médicos cubiertos con Período de Espera”.

3.1.1.11. Células madre

Se cubrirá el trasplante de células madre autólogo y alogénico obtenidos de médula ósea adulta y/o cordón umbilical únicamente para las siguientes Enfermedades:

- Leucemia mieloide aguda
- Leucemia linfoblástica aguda
- Leucemia mieloide crónica
- Leucemia mieloblástica aguda
- Leucemia mielomonocítica juvenil
- Linfoma no Hodgkin de alto grado
- Enfermedad de Hodgkin
- Mieloma múltiple

Sólo estarán cubiertos si las células madre son suministradas y/o trasplantadas por un establecimiento autorizado para el manejo de estos productos biológicos, mediante licencia sanitaria avalada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), cuyo dato podrá verificar con su Médico tratante. Bajo ninguna circunstancia se aceptarán intermediarios de distribución.

No se cubrirán los gastos por obtención, refrigeración o preparación de las células madre para ser trasplantadas, ni los gastos de la renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, así como tampoco los gastos de criopreservación de cordón umbilical.

3.1.1.12. Gastos complementarios por Accidentes y/o Enfermedades Preexistentes

Se cubrirán los gastos complementarios por Accidentes preexistentes y/o Enfermedades Preexistentes que sean erogados dentro de la vigencia de esta póliza, siempre y cuando: a) estos gastos sean consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades reclamados con resolución favorable en pólizas anteriores, y b) hayan sido declarados en la solicitud y aceptados mediante el “Endoso de Gastos complementarios por Accidente preexistente y/o Enfermedad Preexistentes” expedido por la Compañía. **La responsabilidad de la Compañía se limita al agotamiento del remanente de la Suma Asegurada de la póliza en la cual se realizaron los**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

primeros gastos. Las Enfermedades que no cumplan con lo estipulado en este párrafo, no quedarán cubiertas.

3.1.1.13. Cirugía Robótica
Queda cubierta únicamente para la realización de prostatectomía, histerectomía o nefrectomía. **Aplicarán 20 (veinte) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado, sin Tope de Coaseguro. No aplicarán los beneficios por Pago Directo.**

3.1.1.14. Medias de compresión con un máximo de 5 (cinco) pares al año.

3.1.2. Gastos médicos cubiertos con Período de Espera
El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para los gastos médicos cubiertos con Período de Espera de las Enfermedades y tratamientos quirúrgicos que se indican a continuación, es la Suma Asegurada de la cobertura nacional señalada en el certificado individual de esta póliza, **salvo lo indicado en el inciso A) de este numeral.**

A) Cesárea con Período de Espera de 10 (diez) meses

Queda cubierta la cesárea, incluyendo el óbito, a partir de **los 10 (diez) meses** de vigencia continua e ininterrumpida de esta póliza. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para esta cobertura será de 10 (diez) UMAM.

No se aplica Deducible ni Coaseguro.

B) Enfermedades y tratamientos quirúrgicos amparados con Período de Espera de 12 (doce) meses

1) Amigdalectomía y adenoidectomía
2) Cataratas
3) Enfermedad acidopéptica (esofagitis, gastritis, duodenitis, úlcera gástrica y úlcera duodenal)
4) Eventraciones, hernias y hernioplastías
5) Hallux valgus (juanetes)
6) Insuficiencia venosa
7) Litiasis del aparato genitourinario independientemente de cualquier tratamiento médico o quirúrgico
8) Enfermedades anorectales
9) Enfermedades y cirugía de vesícula y vías biliares

C) Enfermedades y tratamientos médicos o quirúrgicos amparados con Período de Espera de 24 (veinticuatro) meses

1) Histerectomías, miomectomías, endometriosis o Enfermedades ginecológicas
2) Prolapsos, cistocele, rectocele, colpoperineorrafia anterior y/o posterior, así como cualquier operación reconstructiva de piso pelvico
3) Tratamientos médicos o quirúrgicos de rodilla
4) Tumoraciones mamarias
5) Tratamientos de cualquier afección de la columna vertebral

D) Enfermedades Congénitas del Asegurado nacido fuera de la vigencia de esta póliza amparadas con un Período de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses, siempre que cumplan con las siguientes condiciones

1) No se haya realizado Diagnóstico antes de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado
2) No se hayan erogado gastos por dichas Enfermedades a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

3) La Enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura

Si se cumple con lo anterior, la Enfermedad será cubierta bajo las condiciones contratadas al momento del Diagnóstico.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud, serán consideradas como una sola Enfermedad y por lo tanto no aplicará reinstalación automática de la Suma Asegurada.

3.1.2.1. Eliminación de Períodos de Espera
Se podrán eliminar los Períodos de Espera de las Enfermedades y tratamientos quirúrgicos establecidos en los incisos B) y C) del numeral 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera" a través del "Endoso de eliminación de Periodos de Espera" expedido por la Compañía, cuando se cumplan las siguientes condiciones:

1) Que el objeto del seguro sea otorgar una prestación laboral,
2) Que no haya participación del Asegurado en el pago de la prima,
3) Que el Contratante y el patrón sean la misma persona y
4) Que al menos el 70% (setenta por ciento) de los miembros de la colectividad ingresen a la Colectividad Asegurada.

3.2. Coberturas adicionales

La contratación de estas coberturas es opcional, mediante el pago de la prima correspondiente.

3.2.1. Emergencia internacional

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, la Compañía reembolsará los gastos médicos cubiertos realizados por el Asegurado afectado, especificados en el numeral 3.1.1. "Gastos médicos cubiertos", siempre y cuando dichos gastos se originen por una Emergencia Médica ocurrida al Asegurado en el extranjero dentro de la vigencia de la misma, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Al estar estabilizada y controlada la condición patológica, cesará la Emergencia Médica y por lo tanto los efectos de esta cobertura.

El límite de Suma Asegurada para esta cobertura estará señalado en el certificado individual de esta póliza, y está incluido dentro de la que se haya contratado en la cobertura básica, por lo que no deberá considerarse como adicional, sin embargo, los topes máximos para los conceptos limitados correspondientes a esta cobertura se encontrarán establecidos en el respectivo Endoso.

El Asegurado pagará por cada evento cubierto por esta cobertura, el Deducible por Enfermedad Cubierta señalado en el certificado individual de esta póliza, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto**.

Para esta cobertura no se aplica Coaseguro en caso de un Accidente Cubierto, para cualquier otro evento aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta.

3.2.2. Cobertura internacional

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, en caso de un Accidente o Enfermedad Cubiertos que ocurra dentro de la vigencia y por el cual el Asegurado requiriese atención médica en el extranjero, la Compañía reembolsará el costo de los gastos médicos cubiertos indicados en el numeral 3.1.1. "Gastos médicos cubiertos".

El límite de Suma Asegurada de esta cobertura será el de la cobertura básica y estará incluido dentro de la misma, por lo que no deberá considerarse como adicional, sin embargo, los topes máximos para los conceptos limitados correspondientes a esta cobertura se encontrarán establecidos en el respectivo Endoso.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

El Asegurado pagará por cada evento cubierto por esta cobertura, el Deducible por Enfermedad Cubierta, **independientemente de que la causa sea por un Accidente Cubierto**.

Para esta cobertura no se aplica Coaseguro en caso de un Accidente Cubierto, para cualquier otro evento aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta, **sin Tope de Coaseguro**.

3.2.3. Gastos funerarios

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada para esta cobertura adicional señalada en el certificado individual de dicha póliza para cada Asegurado, en caso de que ocurra su fallecimiento durante la vigencia de la misma, a consecuencia de un Accidente o Enfermedad Cubiertos. Para esta cobertura no se aplica Deducible ni Coaseguro.

3.2.4. Muerte accidental

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, si a causa de un Accidente Cubierto ocurriera el fallecimiento del Asegurado hasta en un plazo de 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, la Compañía pagará en una sola exhibición a los Beneficiarios la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura. No se aplica Deducible ni Coaseguro.

3.2.5. Pérdida de miembros por Accidente

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, si a causa de un Accidente Cubierto el Asegurado perdiera alguno de sus miembros y esto sucediera dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha del Accidente Cubierto, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje de Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza que corresponda de acuerdo a la siguiente tabla:

Pérdida de miembros por Accidente	**Indemnización**
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	**100%** (cien por ciento)
Una mano y un pie	**100%** (cien por ciento)
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	**100%** (cien por ciento)
Una mano o un pie	**50%** (cincuenta por ciento)
La vista de un ojo	**30%** (treinta por ciento)
El pulgar de cualquier mano	**15%** (quince por ciento)
El índice de cualquier mano	**10%** (diez por ciento)

Por pérdida de una mano se entenderá su separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella; por pérdida de los dedos, su separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos; y por pérdida de la vista, se entenderá la pérdida completa y definitiva de la visión.

Cuando sean varias las Indemnizaciones durante la vigencia de esta póliza, en uno o varios Accidentes Cubiertos, la Indemnización acumulada no podrá exceder la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza para esta cobertura.

Esta cobertura se contrata en conjunto con la cobertura adicional 3.2.4. “Muerte accidental”.

No se aplica Deducible ni Coaseguro.

3.2.6. Enfermedades catastróficas en el extranjero

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, la Compañía reembolsará los gastos médicos cubiertos realizados por el Asegurado afectado por su atención en

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

territorio internacional, a consecuencia de alguna(s) de las Enfermedades que se indican a continuación:

A) Enfermedades neurológicas, vasculares cerebrales y cerebrales: quedarán cubiertos sólo los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de Enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, tumores o malformaciones del aparato circulatorio localizado en el sistema nervioso central, así como isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.

B) Enfermedad vascular cerebral: cualquiera que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 (veinticuatro) horas y que sean de naturaleza permanente. Se incluye infarto del tejido cerebral, trombosis, hemorragias intracraneales, las subaracnoideas y embolia de fuente extracraneal.

C) Cirugía cardiaca incluyendo la angioplastia.

D) Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia. Se incluye la cirugía reconstructiva solamente cuando sea a consecuencia de un cáncer cubierto en esta cobertura.

E) Los trasplantes de órganos que se indican a continuación:

a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado, o alguna combinación de estos.
b) Médula ósea autóloga para:

- Linfoma de no Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B
- Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B
- Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso
- Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso
- Tumores de célula germen “gameto”

c) Médula ósea alogénica para:

- Anemia aplástica
- Leucemia aguda
- Inmunodeficiencia combinada severa
- Síndrome de Wiskott-Aldrich
- Osteoporosis infantil maligna (Enfermedad de Albers Schonberg u osteoporosis generalizada)
- Leucemia mielógena crónica
- Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año
- Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
- Linfoma de no Hodgkin, Estado III o Estado IV
- Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido al Asegurado, a partir del primer gasto que se efectué por dicho cultivo.

Se incluyen los servicios prestados durante el proceso de adquisición de órganos o tejido de un donador fallecido, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido al Asegurado. Éste incluye la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido.

Se incluyen los servicios prestados a un donador vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al Asegurado. Los gastos cubiertos incluyen:

I. Servicios prestados al donador en un Hospital o centro de trasplantes, por concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del lugar o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

II. Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donador.

F) Tratamiento médico quirúrgico por trauma mayor (lesiones orgánicas o metabólicas que pongan en riesgo la vida), incluyendo rehabilitación.

G) Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

La Suma Asegurada de esta cobertura, estará incluida dentro de la que se haya contratado en la cobertura básica, por lo que no deberá considerarse adicional.
El Asegurado pagará para esta cobertura en todos los casos el Deducible y el Coaseguro por Enfermedad Cubierta contratados para la cobertura básica señalados en el certificado individual de esta póliza.
Los límites aplicables para territorio nacional, mismos que se indican en el certificado individual de esta póliza, se duplicarán para los siguientes conceptos:

1) Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
2) Cuarto y alimentos (por día)
3) Consultas o visitas médicas (por día)
4) Enfermero a domicilio (por turno)
5) Ambulancia terrestre (por evento)

La Suma Asegurada no se reinstalará para ninguna Enfermedad.

Esta cobertura no podrá contratarse cuando se tenga contratada la cobertura adicional 3.2.2. "Cobertura internacional".

3.2.7. Ambulancia aérea

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, se cubrirán los gastos que resulten por este concepto si como consecuencia de una Emergencia Médica, el Asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad no se cuente con los recursos médicos necesarios para su atención y el Médico tratante recomiende el traslado. El servicio deberá ser autorizado previamente por la Compañía.

El límite para esta cobertura se indicará en el certificado individual de esta póliza y se duplicará en el extranjero únicamente si tiene contratada también la cobertura adicional 3.2.2. "Cobertura internacional".

Para esta cobertura no se aplica Deducible, mientras que el Coaseguro será del 20% (veinte por ciento) y aplicará independientemente de que la causa sea un Accidente o una Enfermedad Cubiertos.

3.2.8. Maternidad

De aparecer amparada esta cobertura en el certificado individual de esta póliza, se cubrirán los gastos resultantes de los eventos que a continuación se mencionan, una vez que se haya cumplido el Período de Espera que en cada caso se estipula.

A) Parto con Período de Espera de 10 (diez) meses

Queda cubierto el parto, incluyendo el óbito, hasta el monto indicado en el certificado individual de esta póliza bajo el concepto de Maternidad, sin aplicación de Deducible y Coaseguro. Sólo para este evento de parto no aplicará la exclusión 2 (dos) del numeral 6.1 "Exclusiones aplicables a la cobertura básica y a las coberturas adicionales" del Capítulo 6. "Exclusiones".

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Dentro de la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de esta póliza y especificada para el concepto de “Maternidad”, se incluirán los gastos desde el ingreso de la Asegurada hasta su alta hospitalaria incluyendo los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano.

B) Complicaciones del embarazo, parto o puerperio amparadas

B1) Con Período de Espera de 30 (treinta) días naturales

1. Embarazo extrauterino: siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura.
2. Embarazo molar: siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario adjuntar el estudio histopatológico.
3. Embarazo anembriónico: siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario adjuntar el resultado del ultrasonido con el que se elaboró el Diagnóstico.
4. Huevo muerto retenido: siempre que el embarazo inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario adjuntar el resultado del ultrasonido con el que se elaboró el Diagnóstico.

B2) Con Período de Espera de 10 (diez) meses

1. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo: preeclampsia o eclampsia
2. Fiebre puerperal
3. Placenta previa
4. Placenta acreta
5. Hiperémesis gravídica siempre y cuando ésta requiera atención intrahospitalaria
6. Atonía uterina
7. Ruptura uterina
8. Tromboembolia pulmonar
9. Diabetes gestacional: siempre que se inicie dentro de la vigencia de esta cobertura, siendo necesario adjuntar el documento denominado “Informe Médico” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante y el Diagnóstico
10. Cerclaje
11. Síndrome de HELLP

Dentro de la Suma Asegurada de la cobertura nacional señalada en el certificado individual de esta póliza, se incluirán los gastos hospitalarios de la Asegurada desde su ingreso hasta su alta en el Hospital, incluyendo los Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos y los gastos del recién nacido sano, con la aplicación del Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta señalados en el certificado individual de la póliza.

Tratándose de los eventos contemplados en los numerales 1, 8, 9 y 11 se incluyen también los gastos que la Asegurada hubiere realizado fuera del Hospital.

C) Enfermedades Congénitas amparadas del (de los) recién nacido(s), durante la vigencia de la póliza de la madre biológica Asegurada con Período de Espera de 10 (diez) meses

Quedarán cubiertos los gastos del recién nacido a partir de su nacimiento por Enfermedades Congénitas, incluyendo reflujo del recién nacido, hasta la Suma Asegurada de la cobertura nacional correspondiente a dicho recién nacido, con la aplicación del Deducible y Coaseguro por Enfermedad Cubierta, bajo las condiciones de reclamación establecidas en la póliza que tenga vigente de la madre biológica Asegurada al momento del nacimiento, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

1) **Haya transcurrido el Período de Espera de 10 (diez) meses para parto o cesárea.**
2) **El (Los) recién nacido(s) sea(n) dado(s) de alta dentro de la misma póliza de la madre biológica Asegurada dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a su nacimiento.**

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud, serán consideradas como una sola Enfermedad y por lo tanto no aplicará reinstalación de Suma Asegurada.

Capítulo 4. Respaldo médico y bienestar

Cuando esta cobertura aparezca amparada en el certificado individual de esta póliza, el Asegurado tendrá acceso a los siguientes apoyos médicos:

a) Recomendaciones médicas vía telefónica, se proporcionarán las 24 (veinticuatro) horas del día, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, en situaciones simples o de Emergencia Médica en donde el Asegurado será asesorado por un Médico general vía telefónica que evaluará la situación, sin recetar medicamentos, ni emitir Diagnóstico alguno.
b) Consulta médica domiciliaria, se proporcionará atención médica al Asegurado en el domicilio que éste indique, para atender Enfermedades no urgentes que requieran la presencia física de un Médico general.
c) Traslado de ambulancia terrestre, en caso de Emergencia Médica del Asegurado se proporcionará un traslado durante la vigencia de esta póliza sin costo alguno para el Asegurado, el cual será coordinado por el centro de atención telefónica de la Compañía. A partir del segundo traslado o en caso de no ser una Emergencia Médica, aplicará el Coaseguro establecido en la cláusula 7.2. "Coaseguro". Este traslado es independiente a la cobertura 3.1.1.6 "Ambulancia terrestre" señalada en el numeral 3.1. "Cobertura básica".
d) Apoyo emocional, se proporcionará vía telefónica o en el domicilio del psicólogo que haya seleccionado el Asegurado, cuando padezca ansiedad, estrés, depresión, esquizofrenia, bullying, adicciones, bulimia, anorexia y otras Enfermedades relacionadas.
e) Asesoría nutricional, se proporcionará vía telefónica o en el domicilio del nutriólogo que haya seleccionado el Asegurado, una guía de hábitos alimenticios, combinaciones nutritivas y algunas dietas genéricas, para tratar problemas de sobrepeso, además de recomendaciones especiales para el embarazo.

Para los apoyos médicos que se establecen en esta sección, con excepción del inciso a), aplicará un Coaseguro de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.2 "Coaseguro" el cual podrá ser menor a la cantidad máxima indicada en el certificado individual de esta póliza para dichos apoyos médicos.

Capítulo 5. Edades de contratación para pólizas nuevas y edades de renovación

5.1. Para las coberturas básicas 3.1. "Cobertura básica" y "Capítulo 4. Respaldo médico y bienestar" así como las coberturas adicionales 3.2.1. "Emergencia internacional", 3.2.2. "Cobertura internacional", 3.2.6. "Enfermedades catastróficas en el extranjero" y 3.2.7. "Ambulancia aérea"

La edad de aceptación será a partir de 0 (cero) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, pudiéndose realizar la renovación hasta en tanto el Asegurado continúe perteneciendo a la Colectividad Asegurada en esta póliza.

5.2. Para la cobertura adicional 3.2.3. "Gastos funerarios"

La edad de aceptación será a partir de 12 (doce) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, pudiéndose realizar la renovación hasta en tanto el Asegurado continúe perteneciendo a la Colectividad Asegurada en esta póliza.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

5.3. Para las coberturas adicionales 3.2.4. “Muerte accidental” y 3.2.5. “Pérdida de miembros por Accidente”

La edad de aceptación para estas coberturas será a partir de los 12 (doce) años y hasta los 64 (sesenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará para el Asegurado hasta que esta póliza llegue al aniversario en que el Asegurado alcance los 69 (sesenta y nueve) años de edad y siempre que el Asegurado continúe perteneciendo a la Colectividad Asegurada en esta póliza.

5.4. Para la cobertura adicional 3.2.8. “Maternidad”

La edad de aceptación y renovación para mujeres en esta cobertura será a partir de los 15 (quince) años y hasta los 44 (cuarenta y cuatro) años, esta cobertura se renovará hasta que la Asegurada llegue al aniversario donde alcance los 50 (cincuenta) años de edad, siempre que la Asegurada continúe perteneciendo a la Colectividad Asegurada en esta póliza.

Capítulo 6. Exclusiones

6.1. Exclusiones aplicables a la cobertura básica y a las coberturas adicionales.

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

1. **Cualquier Accidente y/o Enfermedad no cubiertos en esta póliza, así como las Enfermedades Preexistentes, aún y cuando estén declarados en el consentimiento individual, excepto los pagos complementarios a que se refiere el numeral 3.1.1.12 “Gastos complementarios por Accidentes y/o Enfermedades Preexistentes” de la cláusula 3.1.1 “Gastos médicos cubiertos”.**
2. **Los realizados fuera de los Estados Unidos Mexicanos, salvo los realizados al amparo de las coberturas adicionales 3.2.1. “Emergencia internacional”, 3.2.2. “Cobertura internacional” o 3.2.6. “Enfermedades catastróficas en el extranjero”.**
3. **Trastornos de enajenación mental, tales como pero no limitados a depresión, histeria, neurosis o psicosis, salvo aquellos trastornos psiquiátricos causados a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
4. **Problemas psicológicos, tales como pero no limitados a estrés, anorexia o bulimia, salvo aquellas Enfermedades psicológicas causadas a consecuencia de alguna Enfermedad terminal, violación sexual o privación ilegal de la libertad.**
5. **Problemas psicomotores, de lenguaje o del aprendizaje, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, su naturaleza u origen.**
6. **Trastornos del sueño o de la conducta, Síndrome de fatiga crónica, roncopatías, uvulopalatoplastías independientemente del origen de éstas.**
7. **Afecciones propias del embarazo, cesárea, parto y puerperio cualquiera que sea su causa, salvo lo establecido en el punto 3.2.8. “Maternidad” y lo señalado en el inciso A) del numeral 3.1.2. “Gastos médicos cubiertos con Período de Espera”.**
8. **Aborto(s) cualquiera que sea(n) su(s) causa(s), así como sus complicaciones.**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9. **Los derivados de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus complicaciones, incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
10. **Accidentes o Enfermedades que resulten por el uso o estando bajo los efectos de algún estupefaciente o sustancia psicotrópica, no prescritos por un Médico o utilizados en forma distinta a dicha prescripción.**
11. **Consultas y tratamientos dentales, alveolares o gingivales, cualquiera que sea su naturaleza y origen, salvo aquellos que sean como consecuencia de algún Accidente Cubierto, así como la Enfermedad de Angina de Ludwig.**
12. **Consultas, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de afecciones de maxilares, incluyendo el Síndrome temporomandibular, así como los desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación, excepto los ocasionados por algún Accidente Cubierto.**
13. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad Cubiertos ocurrido durante la vigencia de esta póliza.**
14. **Consultas y/o tratamientos médicos o quirúrgicos de calvicie, obesidad, control de peso, tabaquismo o alcoholismo.**
15. **Circuncisión, excepto en los casos en que sea prescrita por un Médico.**
16. **Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares (excepto en aquellos casos de intervención quirúrgica para el tratamiento de cataratas, siempre y cuando se cumpla con el Período de Espera establecido en el inciso B) del numeral 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera" de esta póliza), así como cualquier tratamiento médico o quirúrgico con el fin de corregir cualquier defecto de refracción.**
17. **Medicina alternativa, complementaria o natural, entendiéndose como tal aquellos tratamientos y productos diferentes a la medicina convencional o científica para tratar algunas Enfermedades, conservar y/o recuperar la salud.**
18. **Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos o preventivos y sus complicaciones, así como estudios de cualquier naturaleza para la comprobación o revisión del estado de salud conocidos con el nombre de check-up. Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al Asegurado que no estén directamente relacionados con la Enfermedad que dio origen a una reclamación, aún y cuando ésta sea procedente.**
19. **Consultas y tratamientos médicos y/o quirúrgicos para prevenir y/o corregir problemas de infertilidad, esterilidad, natalidad, impotencia y/o disfunción sexual, así como cualquiera de sus complicaciones.**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

20. **Reacción o radiación nuclear, así como contaminación radioactiva o ionizante, cualquiera que sea su causa.**
21. **Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas derivadas de intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.**
22. **Cualquier concepto que tenga relación con los acompañantes del Asegurado, adicional a los consignados en el inciso B) del numeral 3.1.1.2. "Gastos hospitalarios" de esta póliza.**
23. **Lesiones y/o Enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de riñas cuando éste sea el provocador.**
24. **Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase.**
25. **Lesiones derivadas de un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente el Asegurado.**
26. **Lesiones derivadas de la participación intencional del Asegurado en actos delictuosos.**
27. **Lesiones que le ocurran al Asegurado mientras participe directamente en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
28. **Lesiones que el Asegurado sufra mientras haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
29. **Lesiones que el Asegurado sufra durante la práctica de cualquier deporte de manera profesional, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.**
30. **Lesiones que el Asegurado sufra mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.**
31. **Cualquier complicación y secuela derivada o que pueda surgir durante o después del (de los) tratamiento(s) médico(s) o quirúrgico(s) de los Accidentes y/o Enfermedades no cubiertos, excluidos en este contrato.**
32. **Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal del Asegurado.**
33. **Tratamientos experimentales o de investigación.**
34. **Los realizados en establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.**
35. **Rehabilitación no autorizada por la Compañía así como el uso de gimnasios, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.**
36. **La compra de cama de enfermo o colchón especial.**
37. **Los realizados por el Asegurado cuando éste sea el donador.**
38. **Honorarios médicos o pago a proveedores cuando el Médico tratante o el proveedor sea el Contratante o el Asegurado o bien cuando tengan alguna de las siguientes relaciones familiares con el Asegurado o Contratante: padre, madre, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario, suegros, cuñados o primos en cuarto grado.**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

39. **Honorarios del Médico y los medicamentos que prescriba, cuando dicho Médico no cuente con acreditación de la especialidad que se requiera para el tratamiento.**
40. **Complementos y suplementos vitamínicos y/o alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aún y cuando sea por prescripción médica.**
41. **Consultas y tratamientos médicos a consecuencia de la andropausia y menopausia.**
42. **Prematurez, malformaciones y Enfermedades Congénitas como cardiopatías y estrabismo, entre otros, del Asegurado nacido fuera de la vigencia de esta póliza o no dado de alta durante los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a su nacimiento o cuando la madre biológica Asegurada no cumpla el Período de Espera de 10 (diez) meses, sin perjuicio de lo señalado en los incisos A) y D) de la sección 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera".**
43. **Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas de nariz o senos paranasales cuando sean a consecuencia de Enfermedad.**
44. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.**
45. **Tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de la columna vertebral.**
46. **Reposición de Prótesis ya existentes a la fecha de cualquier Accidente o Enfermedad, excepto que hayan sido declaradas, que ameriten reposición demostrable y sea a consecuencia de un Accidente Cubierto.**
47. **Los estudios y gastos médicos que se realicen a los posibles donadores o bien al donador del Asegurado, salvo lo mencionado en el numeral 3.1.1.8. "Trasplante de órganos" de estas condiciones generales.**
48. **Los estudios y gastos médicos que se realicen durante el Período de Espera en las Enfermedades que están sujetas a lo establecido en el numeral 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera".**
49. **Cualquier Accidente o Enfermedad cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Período al Descubierto así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.**
50. **Legrado uterino cualquiera que sea su causa, salvo aquellos involuntarios, esto deberá ser certificado por el Médico tratante especificando que el mismo no sea complicación de una exclusión contenida en estas condiciones generales.**
51. **Injertos óseos, autoinjertos, aloinjertos, xenoinjertos, variantes sintéticas, injertos aloplásticos y factores de crecimiento, así como el procedimiento quirúrgico para obtenerlo o implantarlo.**

6.2. Exclusiones aplicables a las coberturas adicionales

Adicionalmente a las exclusiones antes señaladas, quedan exceptuados de las coberturas adicionales los gastos generados que se indican a continuación para cada cobertura adicional:

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

6.2.1. Emergencia internacional

1. **Los que se originen por cualquier otra causa que no sea una Emergencia Médica y los que siendo ocasionados por una Emergencia Médica, no ocurran en el extranjero.**
2. **Gastos relativos al parto, cesárea o complicaciones del embarazo, así como cualquier gasto del recién nacido.**
3. **El servicio de enfermería fuera del Hospital.**
4. **Los tratamientos de rehabilitación.**
5. **Los realizados por Enfermedades Preexistentes.**

6.2.2. Cobertura internacional

Cuando el Asegurado resida en el extranjero por más de 12 (doce) meses.

6.2.3. Muerte accidental

El fallecimiento que se derive de actos no accidentales o bien por el acto deliberado del propio Asegurado de provocarse la muerte.

6.2.4. Enfermedades catastróficas en el extranjero

1) No se considerarán como Enfermedades catastróficas las siguientes:
   - **a. Cánceres in-situ del cuello uterino.**
   - **b. Cánceres de la piel, a excepción del melanoma maligno.**

2) No están cubiertos los gastos que se originen por:
   - **a. Trasplante de órganos cuando existan tratamientos quirúrgicos alternos que razonablemente garanticen la recuperación de la salud del Asegurado con menor riesgo a su vida que el procedimiento del trasplante.**
   - **b. Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.**
   - **c. Cuidado proporcionado por Enfermeros o personal de asistencia en casos de sensibilidad o deterioro cerebral.**

3) No se cubren los gastos de posibles donadores y compatibilidad que hayan sido rechazados.

6.2.5. Ambulancia aérea

1) Cuando sea impedido el traslado del Asegurado por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas.
2) Cuando las condiciones meteorológicas no permitan el traslado seguro.
3) Cuando no sea autorizado por el Médico tratante, o bien cuando no obedezca a una Emergencia Médica.
4) Cuando el paciente no tenga su reservación del Hospital y de ambulancia terrestre para trasladarlo a su destino final.

6.2.6. Maternidad

1) Cualquier complicación del embarazo excepto las mencionadas en el inciso B) del numeral 3.2.8. "Maternidad".

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

2) **Complicaciones del embarazo derivadas de un tratamiento de esterilidad o infertilidad, en estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco los que presente la madre biológica Asegurada.**
3) **Gastos por Enfermedades Congénitas, malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
4) **Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de una Enfermedad no cubierta para la madre biológica Asegurada.**
5) **Los gastos relativos a complicaciones del embarazo, excepto las mencionadas en el inciso B) del numeral 3.2.8. "Maternidad" cuando se atienda fuera de los Estados Unidos Mexicanos y además se tenga contratada la cobertura adicional 3.2.2. "Cobertura internacional", siempre y cuando se cumpla con el Período de Espera correspondiente.**

Capítulo 7. Gastos a cargo del Asegurado

7.1. Deducible

El Deducible por Enfermedad Cubierta se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente y una vez por cada Enfermedad Cubierta.

No se aplicará ningún tipo de Deducible para las coberturas adicionales 3.2.3. "Gastos funerarios", 3.2.4. "Muerte accidental", 3.2.5. "Pérdida de miembros por Accidente" y 3.2.7. "Ambulancia aérea" y 3.2.8. "Maternidad", salvo lo especificado en los incisos B) y C) del numeral 3.2.8. "Maternidad", ni para lo establecido para cesárea en el inciso A) del numeral 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera".

En el caso de los tratamientos establecidos en el numeral 3.1.1.9. "Tratamientos de rodilla, nariz, senos paranasales y columna vertebral", con excepción de los tratamientos de rodilla, se aplicará el Deducible por Enfermedad Cubierta señalado en el certificado individual de esta póliza, aún y cuando la causa sea un Accidente Cubierto.

7.2. Coaseguro

Se aplicará el Coaseguro señalado en el certificado individual de esta póliza a todo gasto médico cubierto una vez descontado el Deducible. La participación del Asegurado no será superior por cada Enfermedad Cubierta, al monto establecido en el numeral 7.2.1. "Tope de Coaseguro".

No se aplicará ningún tipo de Coaseguro para las coberturas adicionales 3.2.1. "Emergencia internacional" (a consecuencia de un Accidente Cubierto), 3.2.2. "Cobertura internacional" (a consecuencia de un Accidente Cubierto), 3.2.3. "Gastos funerarios", 3.2.4. "Muerte accidental", 3.2.5. "Pérdida de miembros por Accidente" y 3.2.8. "Maternidad", salvo lo especificado en los incisos B) y C) del numeral 3.2.8. "Maternidad"; ni para lo establecido para cesárea en el inciso A) del numeral 3.1.2. "Gastos médicos cubiertos con Período de Espera".

En el caso de los tratamientos establecidos en el numeral 3.1.1.9. "Tratamientos de rodilla, nariz, senos paranasales y columna vertebral", con excepción de los tratamientos de rodilla, se aplicará el Coaseguro por Enfermedad Cubierta señalado en el certificado individual de esta póliza, aún y cuando la causa sea un Accidente Cubierto.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Para la cobertura del Capítulo 4. “Respaldo médico y bienestar” aplicará el Coaseguro establecido en el certificado individual de esta póliza cuando el Asegurado requiera:

i) El apoyo señalado en el inciso *b) Consulta médica domiciliada*.
ii) Atención presencial para los apoyos que se establecen en los incisos *d) Apoyo emocional y e) Asesoría nutricional*.
iii) Algún traslado de ambulancia terrestre que no derive de una Emergencia Médica, o bien, a partir del segundo desplazamiento señalado en el inciso c) Traslado de ambulancia terrestre

No aplicará ningún Coaseguro en caso de que los apoyos referidos en el inciso ii) sean proporcionados de manera telefónica.

7.2.1 Tope de Coaseguro

El Coaseguro máximo absoluto a cargo del Asegurado será de 30 (treinta) veces la UMAM vigente a la fecha de la presentación del primer gasto de una Enfermedad Cubierta, independientemente de la modalidad de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos contratada.

Capítulo 8. Reclamación de siniestros

8.1. Aviso

Con base en el artículo 66 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario tengan conocimiento del derecho constituido a su favor por la realización de algún siniestro que pudiera ser motivo de Indemnización, deberán notificarlo a la Compañía por escrito, en un plazo máximo de 5 (cinco) días naturales, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo hacerlo tan pronto como cese el impedimento.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones de este contrato, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro (artículo 68 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo (artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior (artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Los teléfonos de atención 24 (veinticuatro) horas son los siguientes: 55 5447 8089, 800 221 3044 y 800 712 4237.

8.2. Pago de Indemnizaciones

Cuando se presente una reclamación por algún Accidente o Enfermedad Cubiertos, se sumarán las cantidades reclamadas que procedan y del importe así determinado se descontará primero la cantidad que corresponda al Deducible y después, si es aplicable conforme a estas condiciones generales, a la cifra resultante se le descontará el Coaseguro.

El total de las cantidades que pague la Compañía por Accidente o Enfermedad Cubiertos, nunca será superior a la Suma Asegurada ni a los límites establecidos en el Endoso correspondiente que se hayan contratado

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

y que hayan estado en vigor al momento del siniestro o, en su caso, del primer gasto relacionado con el Accidente o Enfermedad Cubiertos. Así mismo se indemnizará de acuerdo a las condiciones generales vigentes al momento del siniestro. Cabe mencionar que este gasto debe estar amparado por una factura y/o recibo de honorarios que cumpla con los requisitos fiscales vigentes a la fecha de su expedición. **Tanto el parto como la cesárea se cubrirán de acuerdo a la Suma Asegurada vigente al momento del inicio del embarazo y señalada en el certificado individual de la póliza.**

En caso de contratarse la Suma Asegurada en función de la UMAM, en el supuesto de siniestro, se cubrirá como máximo hasta el número de veces contratado de esta unidad a la fecha de inicio de la Enfermedad o de ocurrencia del Accidente.

En todos los casos en los que se incluya el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.), la Indemnización comprenderá dicho impuesto, **cualquier otro impuesto o gravamen se encuentra excluido.**

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

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

Con independencia de la autorización otorgada en el párrafo anterior, el Asegurado y/o el Beneficiario deben cumplir con su obligación de presentar, en cada ocasión que la Compañía se lo solicite, un resumen clínico, así como toda la información y documentación que la Compañía les requiera sobre el Diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento de los Accidentes y/o Enfermedades correspondientes, ya que los mismos son indispensables para que la Compañía pueda conocer el fundamento de su reclamación, y las circunstancias propias de la realización de un evento objeto de reclamo, ya que así lo ordena el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

8.3. Cobertura básica

En caso de contratar la modalidad limitada en cualquiera de sus alternativas AAA, AA o A, el pago de las reclamaciones procedentes autorizadas por la Compañía se efectuará de acuerdo a lo señalado en el numeral 3.1.1.1. “Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos” en su inciso A), subinciso 1) “Limitada”.

Cuando la modalidad contratada sea amplia, el pago de las reclamaciones procedentes se efectuará de acuerdo a lo señalado en el numeral 3.1.1.1. “Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos” en su inciso A), subinciso 2) “Amplia”.

En ambas modalidades cualquier pago se hará sobre el monto que resulte menor de entre los gastos médicos procedentes y la Suma Asegurada vigente señalada en el certificado individual de esta póliza afectada al momento de ocurrencia del siniestro.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

8.3.1. Pago por Reembolso

Los pagos de siniestros que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos serán liquidados en las oficinas de la Compañía en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, toda vez que el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro ordena que se haga dentro de ese plazo.

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

La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos siempre y cuando estos cumplan con lo descrito en la definición de "Médico" establecida en el Capítulo 1. "Definiciones" y hayan participado activa y directamente en el tratamiento del Asegurado, lo cual deberá constar en la información médica entregada con su firma respectiva. **Además, el Médico no deberá encontrarse en alguno de los supuestos señalados en los puntos 38 y 39 del numeral 6.1. "Exclusiones aplicables a la cobertura básica y a las coberturas adicionales".**

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

Las reclamaciones serán liquidadas al Asegurado o al Beneficiario, siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

El Asegurado o el Beneficiario deberán presentar a la Compañía la siguiente documentación:

A. Original del documento denominado "Aviso de Accidente o Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado.
B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del Beneficiario, en su caso. Tratándose de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga cualquiera de sus padres, o su tutor en su caso.
D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del Beneficiario, en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.
E. Original de las facturas y/o recibos de honorarios de los cuales se pretende su Reembolso, mismos que necesariamente deberán contener en la expresión impresa (PDF) el código bidimensional conforme al formato QR (Quick Response code, "código de respuesta rápida") y entregar archivo .PDF con su respectivo archivo .XML y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes, acompañados de los documentos originales en que el Médico tratante haya prescrito los medicamentos, el bien o servicio por el que se realizaron los gastos. Una vez pagada la Indemnización, las facturas y recibos pagados quedarán en poder de la Compañía.
   Las facturas y recibos presentados deberán estar liquidados, por lo que la Compañía se reserva el derecho de solicitar al Contratante o Asegurado, cuando lo considere necesario, el comprobante de pago (voucher, estado de cuenta) que confirme la liquidación de los documentos fiscales; de no comprobarse el pago, la Compañía se reservará el derecho de indemnizar o no el siniestro.
F. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

G. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) auténtica(s) de la(s) carpeta(s) de investigación iniciada(s) ante el C. Agente del Ministerio Público.

8.3.2. Pago Directo

Siempre que esta póliza se encuentre vigente, que el Asegurado cuente con un Diagnóstico definitivo, que los gastos incurridos rebasen el Deducible que corresponda conforme a estas condiciones generales, que el prestador de servicios elegido y contratado por el Asegurado pertenezca a la Red Médica, que el Asegurado así lo elija y que la atención esté cubierta, la Compañía podrá pagar directamente a dicho prestador los gastos que resulten procedentes derivados de un Accidente o Enfermedad Cubiertos, en caso contrario, el Asegurado deberá efectuar el pago de los mismos.

El Pago Directo deberá solicitarse por escrito o a través de los teléfonos de atención 24 (veinticuatro) horas señalados en el numeral 8.1. "Aviso".

Para que la Compañía pueda realizar el Pago Directo, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar la siguiente documentación:

A. Original del documento denominado "Aviso de Accidente o Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado.
B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del Beneficiario, en su caso. Tratándose de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga cualquiera de sus padres, o su tutor en su caso.
D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado y del Beneficiario en su caso, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.
E. Recetas y/u orden de estudios de laboratorio del Médico tratante.
F. Para el caso de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos ocasionados por violación sexual y/o privación ilegal de la libertad: copia(s) auténtica(s) de la(s) carpeta(s) de investigación iniciada(s) ante el C. Agente del Ministerio Público.

8.4. Coberturas adicionales

8.4.1. Emergencia internacional y Cobertura internacional

Los gastos que resulten procedentes sobre aquellos Accidentes o Enfermedades Cubiertos, serán liquidados mediante Reembolso de los mismos en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Compañía reciba los documentos e informes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

El Reembolso de los gastos procedentes deberá sujetarse a las condiciones y requisitos previstos en el numeral 8.3.1. "Pago por Reembolso".

8.4.2. Gastos funerarios

El Beneficiario deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

A. Copia certificada del acta de defunción.
B. Copia simple del certificado de defunción.
C. Copia certificada del acta de nacimiento.
D. Copia auténtica de la(s) carpeta(s) de investigación completa(s) iniciada(s) ante el C. Agente del Ministerio Público que tuvo conocimiento del fallecimiento, que contengan por lo menos identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia., cuando el

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente, homicidio, suicidio o cualquier otra causa no definida como muerte natural.

Del Beneficiario:

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

8.4.3. Muerte accidental

El Beneficiario deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

Del Asegurado:

A. Copia certificada del acta de defunción.
B. Copia simple del certificado de defunción.
C. Copia certificada del acta de nacimiento.
D. Copia auténtica de la(s) carpeta(s) de investigación completa(s) iniciada(s) ante el C. Agente del Ministerio Público que tuvo conocimiento del fallecimiento, que contengan por lo menos identificación del cadáver y resultado de la autopsia o necropsia, cuando el fallecimiento haya ocurrido a consecuencia de un Accidente.

Del Beneficiario:

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

8.4.4. Pérdida de miembros por Accidente

El Asegurado deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

A. Original del documento denominado “Aviso de Accidente o Enfermedad” proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado.
B. Original del documento denominado “Informe Médico” proporcionado por la Compañía debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga cualquiera de sus padres, o su tutor en su caso.
D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

8.4.5. Enfermedades catastróficas en el extranjero

En caso de cirugía programada: el Asegurado deberá obtener previamente una autorización de la Compañía, quien le solicitará un Diagnóstico por parte de un Médico perteneciente a la Red

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Médica que determine la probable existencia de una Enfermedad catastrófica, por lo menos con 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante.

En caso de Emergencia Médica: se tendrá que notificar a la Compañía del ingreso del Asegurado al Hospital o centro de trasplante durante las siguientes 24 (veinticuatro) horas, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro caso.

8.4.6. Ambulancia aérea

El Asegurado o el Beneficiario deberán presentar a la Compañía la siguiente documentación:

A. Original del documento denominado "Aviso de Accidente o Enfermedad" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado.
B. Original del documento denominado "Informe Médico" proporcionado por la Compañía, debidamente requisitado y firmado por el Médico tratante.
C. Original de una identificación oficial vigente con fotografía y firma (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional) del Asegurado y del (de los) Beneficiario(s), en su caso. En caso de menores de edad, se requerirá la confirmación de identidad que haga cualquiera de sus padres, o su tutor, en su caso.
D. Original de un comprobante de domicilio del Asegurado, con un máximo de 3 (tres) meses de antigüedad a su fecha de emisión.

8.4.7. Maternidad

El Asegurado o el Beneficiario deberán presentar a la Compañía la misma documentación que se indica en el numeral 8.3. "Cobertura básica", según se trate de "Pago por Reembolso" o "Pago Directo", numerales 8.3.1. y 8.3.2., respectivamente.

Capítulo 9. Cláusulas generales

9.1. Contrato

La solicitud de seguro, estas condiciones generales, el registro de Asegurados, los consentimientos, los certificados individuales, la carátula de la póliza y los Endosos, son parte del contrato y constituyen prueba de su celebración.

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

9.2. Modificaciones al contrato

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía mediante la emisión de los respectivos Endosos, mismos que deberán haberse registrado de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

La Compañía se reserva el derecho de modificar la prima de esta póliza al vencimiento del contrato y previo aviso dado al Contratante con por lo menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación, de acuerdo con la tarifa registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

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

9.3. Vigencia

La vigencia de esta póliza principia y termina en las fechas y horas establecidas para tal efecto en la carátula y en el certificado individual de esta póliza.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

La vigencia de los certificados individuales principia y termina en las fechas y horas establecidas para tal efecto en dichos certificados y están supeditados a la vigencia de esta póliza. En caso de que se expidan nuevos certificados individuales, éstos dejarán sin efecto los certificados individuales emitidos con anterioridad.

9.4. Terminación anticipada del contrato

No obstante el término de vigencia del contrato, las partes convienen en que éste podrá darse por terminado anticipadamente a solicitud del Contratante o Asegurado mediante escrito entregado en el domicilio de la Compañía o en cualquiera de sus oficinas, donde se les acusará de recibido. Dicho acuse será el comprobante de que esta póliza no será renovada o de que la misma se dará por terminada a partir del momento en que se emita dicho acuse.

La Compañía, antes de emitir el acuse o folio correspondiente, se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado o del Contratante que haya formulado la solicitud para no renovar la póliza o para la cancelación o terminación anticipada de la misma.

En este caso, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiera estado en vigor y deberá devolver al Contratante dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes contados a partir de la recepción de la solicitud de terminación, la prima total por el tiempo de vigencia no transcurrido, menos los gastos de expedición y el correspondiente Impuesto al Valor Agregado.

9.5. Período de beneficio

En caso de que esta póliza se de por terminada anticipadamente de conformidad con la cláusula 9.4. “Terminación anticipada del contrato”, o ésta no se renueve y el Asegurado se encuentre recibiendo algún tipo de atención médica cubierta en esta póliza, solamente se indemnizarán los gastos médicos cubiertos que hayan sido generados en el curso de los siguientes 30 (treinta) días naturales, contados a partir del día siguiente a la fecha en que se lleve a cabo la terminación de esta póliza.

9.6. Agravación del riesgo

Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el artículo 52 y el 53 fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:
I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.” (Artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9.7. Complementaria de agravación del riesgo
En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato pudiera quedar a favor de la(s) persona(s) a la(s) que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

9.8. Omisiones o inexactas declaraciones y nulidad
El Contratante y el Asegurado 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 o inexacta declaración de algún hecho importante a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro ya se hubiere realizado, el Contratante que conozca esta circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas ya pagadas a la Compañía y estará obligado al reembolso de los gastos generados por ésta última, de conformidad con lo establecido en el artículo 45 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La presente cláusula sólo aplica para aquellos supuestos en que las personas ingresen a la Colectividad Asegurada después de los 30 (treinta) días de haber adquirido el derecho de formar parte de la misma y/o cuando la Suma Asegurada sea mayor a la generalidad de la Colectividad Asegurada.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9.9. Renovación garantizada

Este contrato de seguro se podrá renovar cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores y el número mínimo de Asegurados que integren la colectividad no sea inferior al que se requiere para contratar la póliza en su modalidad de Experiencia Propia, que es de 270 Asegurados titulares y de 10 Asegurados titulares para la modalidad de Experiencia Global. La renovación se realizará mediante la emisión de otra póliza en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del "Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades", en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva, con la salvedad de que dicha renovación no se lleve a cabo cuando el Contratante o el Asegurado notifiquen fehacientemente su voluntad de no renovarlo cuando menos con 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la fecha de término de vigencia, señalada en el certificado individual de esta póliza.

La renovación garantizada se realizará de acuerdo a las siguientes condiciones:

a) La Compañía deberá ofrecer las mismas condiciones de aseguramiento originalmente contratadas.

b) **Se podrá actualizar en cada renovación el importe de uno o más de los siguientes conceptos: Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro, Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos. La actualización de estos conceptos será la que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

c) La Compañía se obliga a informar al Contratante o al Asegurado, con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de esta póliza, los valores de la prima, Deducible y Coaseguro aplicables a la misma.

El pago de la prima acreditado conforme se establece en la cláusula 9.18 "Primas", se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

9.10. Inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente en esta póliza y no tendrá derecho a exigir nuevas pruebas para dicha comprobación.

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

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

- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

- Si la Compañía ya hubiera satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a que se le devuelva lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del párrafo anterior, incluyendo los intereses respectivos, los cuales se calcularán con base en la fracción que resulte aplicable del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, dependiendo del tipo de moneda en que haya contratado esta póliza.

- Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada, señalada en el certificado individual de esta póliza, que las primas cubiertas hubieran podido pagar de acuerdo con la edad real del Asegurado.

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

9.11. Movimientos

9.11.1. Registro de Asegurados

La Compañía formará un registro de Asegurados de esta póliza, el cual contendrá los siguientes datos:

1. Nombre, edad o fecha de nacimiento y género, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada
2. Suma Asegurada o regla para determinarla
3. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada y fecha de terminación del mismo
   - Operación y plan de seguros de que se trate
   - Número de certificado individual y
   - Coberturas amparadas

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro, salvo en las pólizas expedidas con el Endoso de auto-administración, dado que en estas la información aludida obra en poder del Contratante.

9.11.2. Alta de Asegurados

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad Asegurada.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Compañía, dentro los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza.

Cuando la Compañía exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos, para resolver sobre la aceptación o no de

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada esta póliza.

9.11.3. Baja de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima de tarifa no devengada dentro de los 5 (cinco) días naturales siguientes contados a partir de la separación definitiva de la Colectividad Asegurada, previa disminución de la porción del costo de adquisición correspondiente de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, cualquier restitución de prima se realizará por conducto del Contratante.

Cuando los integrantes de la Colectividad Asegurada contribuyan en el pago de la prima y alguno de ellos no cubra al Contratante la parte a que se hubiese obligado, éste último podrá solicitar a la Compañía la baja de esta póliza del Asegurado de que se trate.

9.11.4. Modificaciones en la situación del Asegurado

El Contratante y el Asegurado deberán informar por escrito a la Compañía cualquier modificación en la situación de este último que afecte las condiciones del riesgo, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al momento en que la conozcan, a fin de que la Compañía realice la modificación correspondiente en esta póliza a partir de la fecha en que cambió dicha situación y ajuste el importe de la prima, si se omitiere el aviso, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía en lo sucesivo.

Cuando la modificación afecte la regla para determinar las sumas aseguradas, será necesario que el Contratante entregue a la Compañía dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes a que se determine la modificación, los nuevos consentimientos en donde conste dicha modificación, en caso de que no se entreguen a la Compañía los nuevos consentimientos prevalecerá la regla establecida en anteriores certificados individuales.

9.12. Obligación de asegurar

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de esta póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas aquellas personas que, con posterioridad, llegaren a cumplir dichas características, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a que las cumplan.

El incumplimiento de esta obligación, por parte del Contratante, facultará a la Compañía a dar por terminado el contrato.

9.13. Comunicaciones

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

9.14. Moneda

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

En caso de que los gastos realizados para la cobertura adicional 3.2.3. “Gastos funerarios” se hayan satisfecho en moneda extranjera, así como cuando la Compañía tenga que realizar alguna Indemnización derivada de las coberturas adicionales 3.2.1. “Emergencia internacional”, 3.2.2.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

“Cobertura internacional” y 3.2.6. “Enfermedades catastróficas en el extranjero”, las obligaciones a cargo de la Compañía se cumplirán entregando su equivalente en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en los Estados Unidos Mexicanos que publique el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

9.15. Competencia

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

En caso de que el quejoso decida presentar su reclamación ante CONDUSEF y las partes no se sometan al arbitraje de la misma o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del quejoso para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF, de conformidad con el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

9.16. Arbitraje médico

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

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

Si una de las partes se negare a nombrar su árbitro o si no lo hiciere 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 haga el nombramiento del árbitro que hiciere falta, del árbitro tercero o de ambos si así fuere necesario.

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

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

Si el Asegurado optó por acudir al procedimiento arbitral y por causas imputables a él no pudiera llevarse a cabo el arbitraje a que se refiere esta cláusula hasta la emisión del laudo respectivo, se entenderá que han aceptado la determinación de la Compañía respecto a la preexistencia de una Enfermedad.

El laudo emitido a consecuencia del arbitraje a que esta cláusula se refiere, vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada, lo cual no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía, simplemente determinará la preexistencia o no de la 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.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9.17. Prescripción

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

9.18. Primas

Es la contraprestación económica a favor de la Compañía, cuyo pago podrá ser pactado como único o fraccionado, según se establezca en la carátula de esta póliza.

La suma de las primas que correspondan a cada miembro de la Colectividad Asegurada de acuerdo a sus coberturas contratadas conformará la prima total de esta póliza.

En cada renovación la prima se actualizará para cada miembro de la Colectividad Asegurada de acuerdo a su género y edad alcanzada al momento de la renovación. Independiente de la actualización que corresponda por edad alcanzada, los incrementos de primas en cada renovación serán los que resulten de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima de la cobertura básica y de las adicionales, lo anterior conforme a lo establecido para ese efecto en la nota técnica.

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

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

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

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

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

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

No obstante lo anterior, el Contratante gozará del término máximo que se precisa en la carátula de esta póliza y en el recibo oficial expedido por la Compañía, contado a partir de la fecha de vencimiento, para efectuar el pago de la prima correspondiente a cada período de pago.

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

El Contratante estará obligado a pagar la prima en el domicilio de la Compañía en la Ciudad de México, el cual se señala en la carátula y en el certificado individual de esta póliza, o en cualquiera de sus oficinas, contra entrega del recibo correspondiente, por lo que en este caso se entenderá que la prima está cobrada por la Compañía, solamente cuando el Contratante y/o el 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 una cuenta de crédito (tarjeta de crédito), a una cuenta bancaria de depósito (débito o cheques) o de cualquier otra forma legalmente válida; en estos casos, el estado de cuenta o el documento donde formalmente aparezca el cargo correspondiente de las primas, hará prueba suficiente de dicho pago.

La Compañía podrá reclamar al Asegurado el pago de las primas cuando el Contratante que obtuvo esta póliza resulte insolvente.

9.19. Participación de beneficios por utilidades realizadas (dividendos)

La póliza bajo la modalidad de Experiencia Propia puede ser contratada con o sin participación de beneficios por utilidades realizadas (dividendos), esta elección deberá hacerse de manera expresa al momento de la contratación. En caso de contratarse con dividendos, se entregará un Endoso señalando los términos y condiciones en que se calcularán y entregarán éstos.

La póliza bajo la modalidad de Experiencia Global, no otorga dividendos.

9.20. Reinstalación automática de la Suma Asegurada

La Suma Asegurada indicada en el certificado individual de esta póliza, determina el límite máximo de responsabilidad que la Compañía pagará en cada Accidente o Enfermedad Cubiertos en términos de esta póliza y/o Endosos correspondientes, incluyendo sus alteraciones, recaídas, complicaciones y secuelas, así como las que deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico con el que el Accidente o Enfermedad Cubiertos sean atendidos.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente a cada Asegurado, al suscitarse nuevos Accidentes o Enfermedades Cubiertos que sean independientes entre sí y ajenos a cualquier otro Accidente o Enfermedad Cubiertos ya existentes y pagados.

La Suma Asegurada se reinstalará sin cobro adicional de primas, para que el Asegurado cuente nuevamente con la Suma Asegurada contratada para sufragar los gastos médicos en que incurra, para otros Accidentes o Enfermedades Cubiertos en esta póliza, que sean independientes entre sí, y ajenos a cualquier otro Accidente o Enfermedad Cubiertos ya existentes.

En ningún caso se reinstalará tanto para la presente vigencia como para vigencias anteriores o posteriores, la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo Accidente o Enfermedad Cubiertos, incluyendo sus alteraciones, recaídas, complicaciones y/o secuelas o cuando éstas deriven del tratamiento médico y/o quirúrgico con el que el Accidente o Enfermedad Cubiertos fueron atendidos, que sean a consecuencia o en relación de otros ya existentes y pagados.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

9.21. Rehabilitación

En caso de que hayan cesado los efectos de esta póliza y de los certificados individuales por no haberse efectuado el pago de la prima, **el Contratante podrá solicitar su rehabilitación y la Compañía la podrá otorgar respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación de rehabilitación** y requisitos que a continuación se indican:

Documentos:

- Solicitud de rehabilitación de póliza firmada por el Contratante (en el formato establecido por la Compañía); o en su caso el representante legal del Contratante y,

- Copia de identificación oficial vigente con fotografía y firma del Contratante o en su caso del representante legal del Contratante (credencial para votar, pasaporte o cédula profesional).

Políticas para valorar la rehabilitación:

- Que el período sin pago sea menor a 90 (noventa) días hábiles contados a partir del día siguiente a que venció el término máximo que tenía para cubrir la prima.

- Que no exista siniestro ocurrido, manifestado, o por reclamar a la fecha en que se pide la rehabilitación.

- Que esta póliza no se haya rehabilitado previamente más de 2 (dos) veces.

- Que el Contratante acepte e informe al Asegurado que la Compañía no cubrirá los gastos por siniestros ocurridos, manifestados o diagnosticados durante el Período al Descubierto.

En caso de autorizarse la rehabilitación:

- El Contratante pagará la prima correspondiente a la Compañía en una sola exhibición y en un plazo de hasta 7 (siete) días hábiles contados a partir de la autorización de la rehabilitación; y la Compañía respetará la antigüedad del Asegurado.

- Esta póliza y los certificados individuales, se considerarán rehabilitados a partir del día en que la Compañía lo autorice y dé a conocer al Contratante la aceptación de la rehabilitación mediante la emisión del Endoso respectivo.

- En ningún caso, la Compañía responderá por los gastos de Accidente, Enfermedad, embarazo, ni acontecimiento alguno ocurrido, manifestado o diagnosticado durante el Período al Descubierto del Asegurado en esta póliza, aun tratándose de una reclamación complementaria de una Enfermedad amparada previamente.

Únicamente se podrá rehabilitar con un máximo de 2 (dos) veces para todas las vigencias de una misma póliza.

9.22. Zona de residencia

Podrá ser objeto de cobertura de este seguro, aquel Asegurado que tenga su lugar de residencia permanente en los Estados Unidos Mexicanos.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia en territorio nacional.

9.23. Otros seguros

Si las coberturas otorgadas en esta póliza estuviesen amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otras compañías, en caso de reclamación, las Indemnizaciones pagaderas por

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Cuando haya sido indemnizada parte de una reclamación por otra aseguradora, el Asegurado y/o el Beneficiario deberán presentar a esta Compañía fotocopia de los pagos, comprobantes y finiquitos que hayan sido elaborados por la(s) otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la Indemnización. Esta cláusula no es aplicable a las coberturas adicionales 3.2.3. “Gastos funerarios”, 3.2.4. “Muerte accidental” y 3.2.5. “Pérdida de miembros por Accidente” de estas condiciones generales.

9.24. Indemnización por mora

Si la Compañía no cumple con las obligaciones asumidas en este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una Indemnización por mora de acuerdo a lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que se transcribe en el “Glosario de artículos” de estas condiciones generales.

9.25. Revelación de comisiones

Durante la vigencia de esta póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía que 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 Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por Medios Electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

9.26. Legislación aplicable

Este contrato se rige conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y demás leyes, reglamentos y normas que le resulten aplicables.

9.27. Contratación del uso de Medios Electrónicos

El Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario tienen la opción de hacer uso de Medios Electrónicos.

Para efectos de lo anterior, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario pueden solicitar tal contratación a la Compañía, quien les brindará los términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos, los cuales están disponibles para consulta previa a su contratación en la página de internet de la Compañía: https://www.inbursa.com/storage/Condiciones-uso-medios-electronicos.pdf

En dichos términos y condiciones la Compañía establece lo siguiente:

A. Las operaciones y servicios que pueden proporcionarse a través de Medios Electrónicos, tales como la propia contratación de pólizas, el envío de la documentación contractual, reporte de siniestros y seguimiento a los mismos, entre otros, así como las vías de comunicación electrónica para solicitarlos, entre los que se encuentran la aplicación “Inbursa Móvil”, el portal www.inbursa.com y nuestros centros de atención telefónica.

B. Los mecanismos y procedimientos para la identificación y Autenticación del Contratante, del Asegurado y/o del Beneficiario a través de Medios Electrónicos, mediante mecanismos basados en sus características físicas, en dispositivos o información que solo él posea o conozca, los cuales pueden incluir:

- Información que la Compañía valide a través de cuestionarios practicados por el centro de atención telefónica;
- Contraseñas y Números de Identificación Personal (NIP);

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

- Información contenida o generada en medios o dispositivos que el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario tenga posesión, tales como dispositivos generadores de contraseñas dinámicas y tarjetas con circuito integrado; e
- Información derivada de las características físicas, tales como huellas dactilares, geometría de la mano o patrones en iris o retina, rasgos faciales, entre otras.

C. Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las Operaciones Electrónicas realizadas a través de Medios Electrónicos, contemplando el correo electrónico, el envío de mensajes de texto (SMS) y la comunicación telefónica.

D. Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, a través de Medios Electrónicos, que sean similares a los de la propia contratación, considerando los tiempos de respuesta de la solicitud de cancelación, canales de atención al Contratante, al Asegurado y/o al Beneficiario y procedimientos para su identificación y Autenticación; y

E. Los límites de responsabilidad tanto de la Compañía como del Contratante, del Asegurado y/o del Beneficiario y las restricciones operativas en Medios Electrónicos, tales como caída de sistemas o de cómputo, mal funcionamiento o suspensión de los medios de comunicación o de cualquier otro servicio necesario para la prestación del servicio respectivo, incluyendo fallas o interrupciones derivadas de la tecnología, mantenimiento del portal, continuidad del servicio, administración de la información que se genere mediante el uso de nuestros servicios y recomendaciones para que dicho uso se efectúe adecuadamente.

9.28. Formas de obtener esta póliza y cualquier otro documento que contenga derechos u obligaciones para el solicitante, el Contratante, el Asegurado y/o la Compañía

La Compañía se obliga a entregar por escrito al Contratante la documentación contractual incluyendo la carátula de esta póliza, las Condiciones Generales, así como cualquier otro documento que contenga los derechos u obligaciones de las partes derivados del contrato celebrado, dentro de un plazo no mayor a 30 (treinta) días naturales contados a partir de la contratación del seguro, en la sucursal de la Compañía que para tal efecto designe el Contratante, en su domicilio o en la dirección de correo electrónico proporcionados por el Contratante al momento de la contratación. La entrega por correo electrónico se hará en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, previo consentimiento expreso por escrito de parte del Contratante.

En caso de que por cualquier motivo no se reciba la documentación contractual dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la contratación del seguro (en caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente), el Contratante deberá llamar al centro de atención telefónica de la Compañía, cuyo número es el 55 5447 8000 y 800 90 90000, con horario de atención de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 horas, para que mediante envío a domicilio por los medios que la Compañía utilice para tal efecto, o a través de correo electrónico conforme se señala en el párrafo anterior, se le proporcione dicha documentación.

Con independencia de lo anterior, el Contratante puede obtener un duplicado de la documentación contractual llamando al centro de atención telefónica de la Compañía, conforme se establece en el párrafo que antecede, o realizar la consulta y descarga de la misma a través de nuestro portal de Internet www.inbursa.com

“Le recordamos que el *“Aviso de Privacidad”* de la Compañía se encuentra a su disposición en www.inbursa.com”.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y en www.condusef.gob.mx

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Glosario

1. **Adenoidectomía**
   Extirpación quirúrgica de adenoides.
2. **Amigdalectomía**
   Extirpación quirúrgica de las amígdalas. Cirugía para extraer las anginas.
3. **Angina de Ludwig**
   Celulitis rápidamente progresiva que compromete bilateralmente los espacios submaxilar, sublingual y submentoniano; y que se origina principalmente por infecciones periapicales de los segundos y terceros molares mandibulares.
4. **Bypass**
   Cirugía a corazón abierto. Conexión entre las arterias del corazón a través de puentes, con la finalidad de mantener una adecuada irrigación del órgano.
5. **Cáncer**
   Es el crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales capaz de matar al huésped mediante su propagación desde el sitio de origen hasta lugares distantes, o a nivel local.
6. **Catarata**
   Opacidad del cristalino (parte del ojo), su cápsula o ambos.
7. **Cerclaje**
   Pequeña cirugía consistente en dar un punto en el cuello de la matriz para evitar que éste se pueda dilatar durante la gestación; y se hace siempre que existe dificultad del cuello de la matriz para mantenerse cerrado hasta el momento del parto.
8. **Cesárea**
   Extracción del feto (bebé), por medio de una incisión en el útero (matriz), a través del abdomen.
9. **Cistocele**
   Hernia de la vejiga que sale hacia la vagina.
10. **Colpoperineorrafia**
    Operación para reparar desgarros del piso (periné) de la vagina.
11. **Eclampsia**
    Coma y crisis convulsivas entre las 20 (veinte) semanas de la gestación y la primera posterior al parto.
12. **Embarazo anembriónico**
    Embarazo en el cual no se desarrolla un embrión.
13. **Embarazo extrauterino o ectópico**
    Embarazo que se desarrolla fuera de la cavidad uterina (matriz).
14. **Embarazo molar**
    Embarazo en el cual en lugar de que el óvulo se desarrolle en un embrión, se transforma en una mola (aglomerado de células).
15. **Endometriosis**
    Capa de la matriz cuya localización se extiende de manera anormal a diversos sitios, (en toda la pelvis o en la pared abdominal).
16. **Enfermedad vascular cerebral**
    Es un trastorno de los vasos del cerebro por la lesión de éstos de causa isquémica (muerte de tejido) o hemorrágica. Suele ser secundario a Enfermedades ateroescleróticas (acumulación de placas de grasa que ocluyen los vasos), hipertensión, o una combinación de ambos.
17. **Eventraciones**
    Protrusión parcial del contenido abdominal a través de una abertura en la pared del abdomen.
18. **Fiebre puerperal**
    Infección del conducto del parto (matriz o vagina), después o durante el mismo evento.
19. **Hallux valgus**
    Desplazamiento del dedo gordo del pie hacia los otros dedos.
20. **Hernioplastía**
    Operación quirúrgica para reparar una hernia (salida de órganos o tejidos).

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

21. **Hiperémesis gravídica**
    Náuseas y vómitos incontrolables durante el embarazo de intensidad y duración tal que provocan efectos en el organismo (cuerpo), como deshidratación y pérdida de peso; y que ameritan Hospitalización.
22. **Histerectomía**
    Extirpación quirúrgica del útero (matriz), a través de la pared abdominal o la vagina.
23. **Infarto agudo al miocardio**
    Muerte del músculo del corazón que por lo general resulta de la formación de un coágulo que se desprende y ocluye uno o más vasos del órgano.
24. **Insuficiencia renal**
    Incapacidad del riñón para eliminar productos de desecho de la sangre de forma normal.
25. **Litiasis del aparato genitourinario**
    Formación o presencia de cálculos en cualquier parte de las vías urinarias. El cálculo es llamado comúnmente piedra, suele estar compuesto de sales minerales y otros elementos.
26. **Miomectomía**
    Extirpación de una porción de músculo o tejido muscular (tumor miomatoso), por lo general uterino; casi siempre por vía abdominal, dejando el útero.
27. **Óbito**
    Muerte fetal intrauterina.
28. **Parálisis**
    Suspensión temporal o pérdida permanente de la función, en especial pérdida de la sensación o movimiento voluntario.
29. **Preeclampsia**
    Enfermedad del embarazo caracterizada por hipertensión creciente (elevación de la presión arterial), dolor de cabeza, alteraciones renales y edema (acumulación de líquido), de las extremidades inferiores.
30. **Prolapso**
    Caída o descenso de un órgano o parte interna.
31. **Rectocele**
    Saliente o hernia de la pared vaginal posterior con la pared anterior del recto, a través de la vagina.
32. **Síndrome de HELLP**
    Complicación obstétrica severa considerada como una variedad de la Preeclampsia, que aparece durante la etapa tardía del embarazo y en ocasiones después del parto. La abreviatura HELLP proviene del inglés basada en algunas de sus características. Anemia Hemolítica (Hemolytic anemia), Elevación de enzimas hepáticas (Elevated Liver Enzyme), Trombocitopenia (Low Platelet count).
33. **Tumoración mamaria**
    Crecimiento limitado o indiscriminado de células del tejido mamario.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Glosario de artículos

Ley sobre el Contrato de Seguro

*"**Artículo 8º.-** El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, 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."*

*"**Artículo 9º.-** Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado."*

*"**Artículo 10.-** Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario."*

*"**Artículo 45.**- El contrato de seguro será nulo si en el momento de su celebración, el riesgo hubiere desaparecido o el siniestro se hubiere ya realizado. Sin embargo, los efectos del contrato podrán hacerse retroactivos por convenio expreso de las partes contratantes. En caso de retroactividad, la empresa aseguradora que conozca la inexistencia del riesgo, no tendrá derecho a las primas ni al reembolso de sus gastos; el contratante que conozca esa circunstancia perderá el derecho a la restitución de las primas y estará obligado al pago de los gastos."*

*"**Artículo 47.-** Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro."*

*"**Artículo 66.-** Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.*

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa."

***"Artículo 68.-** La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro."*

*"**Artículo 69.-** La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."*

*"**Artículo 70.-** Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."*

*"**Artículo 71.-** El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.*

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

*"**Artículo 101.-** Las Instituciones deberán diversificar los conductos de colocación de sus productos, a fin de evitar situaciones de dependencia o coacción de un agente de seguros, un agente de fianzas, intermediario, contratante, asegurado, fiado o beneficiario.*

Las Instituciones sólo podrán pagar comisiones y cualquier otra compensación por la contratación de seguros o de fianzas, a agentes de seguros o a agentes de fianzas, sobre las primas que efectivamente hayan ingresado a la Institución de que se trate.

Las Instituciones podrán, tomando en cuenta las condiciones de contratación o características de los riesgos que cubran los seguros, o las características de las obligaciones y responsabilidades que garanticen las fianzas, aplicar total o parcialmente las comisiones establecidas para los agentes en beneficio del asegurado o contratante, o del solicitante o fiado, según sea el caso, procurando en todo momento el desarrollo de los planes de seguros o de la fianza, en las mejores condiciones de contratación. En este supuesto, las Instituciones deberán especificar en la póliza y en los recibos de primas correspondientes, el monto de la reducción de primas que corresponda a la aplicación total o parcial de las citadas comisiones."

*"**Artículo 202.-** Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.*

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos."

*"**Artículo 276.-** Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:*

***I.** Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.*

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

***II.** Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;*

***III.** En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;*

***IV.** Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*

***V.** En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;*

***VI.** Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.*

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

***VII.** Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;*

***VIII.** La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.*

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

a) *Los intereses moratorios;*
b) *La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y*
c) *La obligación principal.*

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagado, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. *Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.*

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

*"**Artículo 277.-** En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.*

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo."

*"**Artículo 492.-** Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:*

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes."

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

*"**Artículo 50 Bis**.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:*

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional."

*"**Artículo 68**.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:*

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno."

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

*"**Artículo 20.-** Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:*

***I.** Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.*

***II.** Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.*

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

"Artículo 23.- *En aquellos casos en donde la Aseguradora y el Contratante hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, se deberá establecer en el contrato respectivo que la Aseguradora tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en este Reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y este Reglamento."*

Código Penal Federal

"Artículo 139.- *Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:*

I. *A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.*

II. *Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.*

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad cuando además:

I. *El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;*

II. *Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o*

III. *En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona."*

"Artículo 139 Bis.- *Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad."*

"Artículo 139 Ter.- *Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139."*

"Artículo 139 Quáter.- *Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:*

I. *Del Código Penal Federal, los siguientes:*

1) *Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;*

2) *Sabotaje, previsto en el artículo 140;*

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

3) *Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;*

4) *Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y*

5) *Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.*

II. *De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13."*

"Artículo 139 Quinquies.*- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código."*

"Artículo 193*.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.*

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe de hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables."

"Artículo 194*.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:*

I.- *Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;*

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II.- *Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.*

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III.- *Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y*

IV.- *Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.*

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo."

"Artículo 195*.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.*

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código."

"Artículo 195 bis.- *Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.*

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. *Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.*

II. *Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.*

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento."

***"Artículo 196**.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:*

***I.-** Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;*

***II.-** La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;*

***III.-** Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;*

***IV.-** Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;*

***V.-** La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;*

***VI.-** El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y*

***VII.-** Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento."*

***"Artículo 196 Bis**.- (Se deroga)."*

***"Artículo 196 Ter**.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley.*

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

*"**Artículo 197**.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente."*

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193."

*"**Artículo 198**.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.*

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal."

*"**Artículo 199.-** El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.*

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

*"**Artículo 400**.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:*

I.- *Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.*

Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II.- *Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;*

III.- *Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;*

IV. *Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;*

V. *No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;*

VI. *Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y*

VII. *Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.*

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) *Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;*

b) *El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y*

c) *Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.*

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo."

"Artículo 400 Bis. *Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:*

I. *Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o*

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

II. *Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.*

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos."

Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros

"Trigésima Novena. Para efectos de determinar aquellas Operaciones que sean Inusuales, las Instituciones o Sociedades Mutualistas de Seguros deberán considerar, entre otras, las siguientes circunstancias, con independencia de que se presenten en forma aislada o conjunta:
I a IX…

X. Cuando las Operaciones que los Clientes pretendan realizar involucren países o jurisdicciones:

a) Que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) Que, a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones, o bien, cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

Para efectos de lo previsto en el párrafo anterior, la Secretaría pondrá a disposición de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros a través de medios de consulta en la red mundial denominada Internet, la lista de los países y jurisdicciones que se ubiquen en los supuestos señalados en dicho párrafo.

XI…"

"Cuadragésima Cuarta. Cada Institución o Sociedad Mutualista de Seguros deberá contar con un órgano colegiado que se denominará "Comité de Comunicación y Control" y que tendrá, cuando menos, las siguientes funciones y obligaciones:

I a VI…

VII. Asegurarse que los sistemas automatizados de las Institución o Sociedad Mutualista de Seguros, contengan las listas:

Ejemplar Informativo
Prohibido su uso

a) De países o jurisdicciones que la legislación mexicana considera que aplican regímenes fiscales preferentes.

b) De países o jurisdicciones, que a juicio de las autoridades mexicanas, organismos internacionales o agrupaciones intergubernamentales en materia de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita o de financiamiento al terrorismo de los que México sea miembro, no cuenten con medidas para prevenir, detectar y combatir dichas operaciones o bien cuando la aplicación de dichas medidas sea deficiente.

c) Que bajo el rubro de "Lista de Personas Bloqueadas", proporcione la Secretaría.
d) De Personas Políticamente Expuestas que las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros deben elaborar, conforme a la Disposición Septuagésima Séptima.
VIII…"

"Septuagésima Séptima. La Secretaría, después de escuchar la opinión de la Comisión, dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de manera enunciativa, la lista de cargos públicos que serán considerados como Personas Políticamente Expuestas nacionales y la pondrá a disposición de las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, a través de su portal en la red mundial denominada Internet.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros elaborarán sus propias listas de personas que pudiesen ser considerados como Personas Políticamente Expuestas, tomando como base la lista a que hace referencia el párrafo anterior.

Asimismo, la Secretaría dará a conocer a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros las listas oficialmente reconocidas que emitan organismos internacionales o autoridades de otros países, de personas bloqueadas por estar vinculadas con el terrorismo o su financiamiento, o con otras actividades ilegales."

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-S0022-0022-2023, a partir del día 13 de diciembre de 2024, con el número MODI-S0022-0039-2024."