

Condiciones Generales

Colectivo Empresarial
Junio 2016



Alfa
Medical

Muestra sin valor

Índice

Objeto del seguro.....	4
I. Definiciones.....	4
II. Gastos Médicos Cubiertos.....	7
1. Gastos Amparados.....	7
1.1 Servicios de Hospital.....	8
1.2. Servicios Médicos Profesionales.....	8
1.3. Servicios de Gabinete, Laboratorio e Imagenología.....	8
1.4 Tratamientos Homeopáticos.....	8
1.5 Medicamentos.....	8
III. Cobertura Básica.....	8
1. Cobertura Básica.....	8
2. Cobertura Básica con Limitaciones.....	9
IV. Enfermedades con Periodo de Espera.....	11
V. Coberturas con Segunda Valoración Médica.....	11
1. Cobertura Básica.....	11
2. Cobertura Básica con Limitaciones.....	12
VI. Exclusiones.....	12
VII. Coberturas Opcionales.....	14
Necesidades Médicas imprevistas en el Extranjero.....	14
Cobertura en el Extranjero.....	15
Franja Fronteriza.....	15
Padecimientos Preexistentes.....	15
Pago de Complementos Médicos.....	15
Ambulancia Aérea.....	16
VIII. Bases para determinar la Indemnización.....	16
1. Límite de Responsabilidad por Reembolso de Honorarios Médicos	16
2. Periodo de Pago del Evento.....	16
3. Deducible.....	16
3.1. Deducible por Reembolso.....	16
3.2. Deducible en Pago Directo.....	16
3.3. Deducible por atención en un Hospital de Clase Superior al Plan Contratado.....	17
4. Coaseguro.....	17
4.1. Coaseguro por Reembolso.....	17
4.2. Coaseguro en Pago Directo.....	17
4.3. Coaseguro por atención en un Hospital de Clase Superior al Plan Contratado.....	17
5. Reclamaciones.....	17
6. Pago de Reclamaciones.....	17
7. Moneda.....	17

8. Restitución.....	18
IX. Cláusulas Generales Contrato.....	18
Contrato.....	18
1. Contrato.....	18
2. Omisiones o Inexactas Declaraciones.....	18
3. Rectificación de la Póliza.....	18
4. Modificaciones al Contrato.....	18
5. Periodo de Seguro.....	18
6. Suma Asegurada.....	18
7. Tipos de Cobertura.....	18
8. Distribución de Zonas.....	18
9. Competencia.....	18
10. Notificaciones.....	19
11. Prescripción.....	19
12. Indemnización por Mora.....	19
13. Información de Comisiones.....	21
14. Transcripción de Disposiciones.....	21
Vigencia.....	21
1. Fecha de inicio de Vigencia.....	21
2. Fecha de terminación de Vigencia.....	21
3. Renovación.....	22
Obligaciones del Contratante y del Asegurado.....	22
1. Pago de la Prima.....	22
2. Lugar de Pago.....	22
3. Forma de Pago.....	22
4. Vencimiento.....	22
5. Periodo de Gracia.....	22
6. Ajustes al Monto de la Prima.....	22
7. Agravación del Riesgo.....	22
8. Movimientos dependientes.....	22
8.1. Altas.....	22
8.2. Bajas.....	23
9. Guía de Reclamaciones.....	23
10. Subrogación de Derechos.....	23
11. Resinstalación.....	23
12. Envío de Información.....	23
Medio para la Consulta de Preceptos Legales.....	23
Datos para la Localización de la Unidad Especializada.....	24
Datos de contacto de la CONDUSEF.....	24

Objeto del Seguro

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., se obliga a indemnizar al Asegurado mediante pago directo a los prestadores de servicios médicos en convenio con la Institución, o mediante reembolso por los gastos médicos mayores en los que incurra en territorio nacional a consecuencia de los accidentes y enfermedades amparados según las condiciones de esta póliza.

I. Definiciones

Para la debida interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

Accidente Amparado

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita, y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales al asegurado o a cualquiera de sus dependientes, siempre y cuando ésta póliza se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en la misma.

Las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior, o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

En caso de que el asegurado reciba atención médica después de los 30 días posteriores al accidente, dicha atención se considerará como enfermedad.

Administrador de Servicios Médicos

Empresa contratada por la Institución para:

- Prestar servicios de referencia médica, hospitalaria, de laboratorio y farmacéutica.
- Proporcionar al asegurado y a sus dependientes información referente al alcance de su póliza.
- Proporcionar al asegurado y a sus dependientes información, apoyo y enlace con los prestadores de servicios contratados.
- Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de un evento, y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.

Agrupación Asegurable en Seguro Colectivo Empresarial de Gastos Médicos Mayores

Cualquier 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 del contrato de seguro.

Estas agrupaciones deberán de cumplir con las siguientes características:

- Que participe el 100% de los miembros que la forman.
- Que la participación de los asegurados y/o de sus dependientes se manifieste mediante el otorgamiento del consentimiento respectivo.

Si no se cumple con alguno(s) de los puntos anteriores se podrá incluir dentro del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores.

Anestesiólogo

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

Asegurado

Es la persona física sobre la que recae el seguro y da su consentimiento para adquirir tal carácter y que por lo tanto se encuentra amparado en los términos del presente Contrato.

Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Es el documento incluido en la guía de reclamaciones que contiene el valor porcentual de los Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecidos por Seguros Monterrey New York Life.

El Catálogo de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que si no se encuentra un padecimiento especial, el asegurado podrá solicitar a Seguros Monterrey New York Life que le proporcione el porcentaje que se aplicará.

El porcentaje estipulado para cada uno de los procedimientos indicados incluye las visitas y consultas postoperatorias.

Complementos Médicos

Son los gastos médicos erogados durante la vigencia de esta póliza derivados de un evento amparado por una póliza de gastos médicos mayores de otra institución de seguros.

Contratante

Persona física o moral, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en la misma.

Dependientes

Siempre que hayan sido aceptados por la Institución, haciéndolo constar por escrito en la presente póliza, serán considerados dependientes del asegurado:

- a. El cónyuge.
- b. La Concubina o el Concubinario, siempre que hayan vivido juntos como si fueran cónyuges durante los últimos cinco años previos a la solicitud de alta en esta póliza, o cuando hayan tenido hijos en común, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato.

El límite de edad para la aceptación inicial del asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, bajo la cobertura de esta póliza, es de 64 años de edad. En caso de renovación sucesiva e ininterrumpida de esta póliza, no existirá límite de aceptación para el asegurado y su cónyuge siempre y cuando el Asegurado pertenezca a la colectividad asegurada.

- c. Los hijos solteros del asegurado, que dependan económicamente del mismo y que por su edad se encuentren dentro de los límites de aceptación.

El límite de edad para la aceptación inicial y de renovación para los dependientes hijos del asegurado será hasta los veinticuatro (24) años de edad, con cancelación automática al término del período de seguro en que el hijo cumpla veinticinco (25) años de edad.

En todos los casos cuando se solicite la inclusión a ésta póliza de los dependientes, deberán incluirse a todos los dependientes de cada asegurado, contribuyan o no al pago de primas.

Los dependientes deben tener residencia permanente en la República Mexicana.

Enfermedad Amparada

Toda alteración en la salud, diagnosticada por un médico legalmente autorizado, que sufra el asegurado o cualquiera de sus dependientes, previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de una alteración que no esté excluida expresamente en ella.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

Enfermera

Persona que ejerce la enfermería y que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

Evento

Cada uno de los accidentes o enfermedades amparados por esta póliza, por asegurado o dependiente.

Gasto Usual y Razonablemente Acostumbrado

Es el valor monetario de los bienes y servicios materia de este contrato, diferentes a los honorarios médicos por servicios profesionales, que son establecidos convencionalmente a través de listas de precios por los proveedores de servicios, insumos y equipos médicos, debidamente registrados ante las autoridades competentes para ejercer este tipo de actividad comercial.

Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Son las contraprestaciones devengadas que corresponden al Médico Tratante o Especialista en tratamientos o intervenciones quirúrgicas a los que se refiere la definición de "gastos amparados" inciso a. y que sean estrictamente necesarios para atender el padecimiento, accidente o enfermedad amparados.

Hospital

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes. Para fines de este contrato los hospitales se clasifican en la guía de reclamaciones de acuerdo a la zona y plan contratado estipulados en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Institución o Seguros Monterrey New York Life

Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Médico Ayudante

Persona que reúne los requisitos legales señalados en la definición de Médico Tratante o Especialista y actúa en auxilio de cualquiera de estos, subordinadamente en una intervención quirúrgica.

Médico Especialista

Persona que reúne los requisitos arriba mencionados y que cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica.

Médico Tratante

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano, que proporciona atención médica profesional al asegurado o sus dependientes.

Padecimiento Congénito

Alteración de la salud con la que se nace y que se contrae en el útero materno.

Padecimientos Preexistentes

Lesiones o enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del asegurado o dependiente afectado, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

- a. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b. Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado, en caso de que se declare la improcedencia de su reclamación por considerar preexistente su padecimiento, podrá optar por un arbitraje médico

ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Si el asegurado acude a esta instancia, Seguros Monterrey New York Life se somete a comparecer y sujetarse al procedimiento arbitral, así como a la resolución del mismo, el cual vinculará al asegurado reclamante, ya que por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia, por lo cual las partes deberán firmar el convenio arbitral que corresponda.

El laudo que emita el árbitro, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por Seguros Monterrey New York Life.

Pago Directo

Es el pago que realiza Seguros Monterrey New York Life directamente al prestador de servicios, por la atención médica de un accidente o enfermedad amparados.

Póliza

Esta póliza está integrada por:

- a. La carátula, que es el documento en que se identifica al contratante, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el período de seguro convenido, los límites, deducibles y coaseguros pactados.
- b. El certificado individual, que es el documento en que se identifica al asegurado y, en su caso, a sus dependientes, y donde se especifican la suma asegurada para cada una de las coberturas contratadas, el período de seguro convenido, los límites, deducibles y coaseguros pactados.
- c. Estas condiciones generales, la guía de reclamaciones y el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos.
- d. En su caso, las cláusulas adicionales o endosos que son documentos que debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Institución, modifican las condiciones generales del contrato.

Prestadores de Servicios Afiliados

Son los prestadores de servicios médicos y hospitalarios afiliados o vinculados con el administrador de servicios médicos o con la Institución a través de convenios, que tienen por objeto proporcionar al asegurado y/o a sus dependientes el servicio de pago directo de los gastos amparados que resulten a cargo de la Institución y que son coordinados por el administrador de servicios médicos, por la atención prestada a éste o a sus dependientes, con el fin de evitarle el desembolso y posterior recuperación de dichos gastos conforme a este contrato.

Procedimientos y Tratamientos Médicos Experimentales

Para fines de este contrato se consideran procedimientos y tratamientos médicos experimentales cualquier servicio médico, procedimiento, diagnóstico, suministro médico, terapia de rehabilitación, medicamento o utilización de aparatos y tecnología que reúnan alguna de las siguientes características:

- Que esté bajo un protocolo formal de investigación aprobado por autoridades médicas competentes o sujeto a una prueba clínica continua.
- Que la ciencia médica no haya señalado que es seguro y efectivo para tratamientos o diagnósticos de las condiciones o enfermedades por el cual su uso es propuesto.

Reembolso

Es el proceso mediante el cual el asegurado cubre el importe de los gastos médicos erogados por la atención de un accidente o enfermedad amparados, solicitando posteriormente la restitución a Seguros Monterrey New York Life.

Segunda Opinión Médica

Servicio que presta Seguros Monterrey New York Life al asegurado y a sus dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por Seguros Monterrey New York Life. Este servicio deberá programarse por Pago Directo.

Segunda Valoración Médica

A solicitud de Seguros Monterrey New York Life el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial de la enfermedad o accidente a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por Seguros Monterrey New York Life, para que de acuerdo al resultado de la valoración se defina la procedencia del evento. Este servicio deberá programarse por Pago Directo.

Signo

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detectan objetivamente mediante una exploración médica.

Síntoma

Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente.

SMGM

Salario mínimo general mensual vigente en el Distrito Federal.

Subrogación de Derechos

Es la facultad que tiene la Institución de sustituirse hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado o a sus dependientes.

Si la Institución lo solicita, a costa de la misma, el asegurado o sus dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Urgencia Médica

Para fines de este contrato se considera Urgencia Médica a toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente, o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

II. Gastos Médicos Cubiertos

La Institución cubrirá los Gastos Amparados, que se originen por la atención de todas las Enfermedades o Accidentes que no estén expresamente excluidos por esta póliza, con los límites por los servicios y condiciones de cobertura que a continuación se indican.

1. Gastos Amparados

Son los originados en la atención de un evento consistentes en:

- Los honorarios profesionales de médicos, anesthesiólogos, terapeutas y enfermeras, según el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado.
- La prestación de servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias.
- La adquisición de medicamentos, material quirúrgico y de cualquier otro bien de tipo médico.
- Consultas postoperatorias realizadas por el médico tratante dentro de los 15 días naturales siguientes a la operación, están incluidas dentro de los honorarios quirúrgicos.

Para los incisos b. y c., es necesario que estos sean prescritos por el Médico Tratante y/o Médico Especialista, y que sean estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento del evento. Dichos gastos se indemnizarán conforme al Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y al Gasto Usual y Razonablemente Acostumbrado, de acuerdo al plan contratado, siempre y cuando los efectúe el asegurado o sus dependientes dentro del territorio nacional y no estén expresamente excluidos en la Cláusula VI "EXCLUSIONES".

Se incluye el impuesto al valor agregado (IVA) que estos generen.

Los Gastos Amparados incluyen:

1.1 Servicios de Hospital

- I. Cuarto de hospital sencillo o estándar privado con baño, los alimentos de la persona internada y cama extra para un acompañante.
- II. Sala de operaciones, de recuperación y de urgencias.
- III. Unidad de terapia intensiva.
- IV. Medicamentos y materiales de curación.
- V. Adquisición y aplicación de sueros, aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo.
- VI. Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

1.2 Servicios Médicos Profesionales

Los siguientes servicios se indemnizarán hasta la cantidad que para cada uno de ellos se indica en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se anexa a esta póliza, con límite en el Gasto Usual y Razonablemente Acostumbrado.

- I. Honorarios por Consultas.
- II. Honorarios por tratamientos médicos o quirúrgicos
- III. Honorarios de procedimientos de diagnóstico
- IV. Terapia física y Rehabilitación.

1.3 Servicios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología

Estos quedarán cubiertos cuando sean ordenados por el médico tratante debido a una enfermedad o accidente amparados.

1.4 Tratamientos Homeopáticos

Se cubrirán siempre que sean prescritos y aplicados por médicos homeópatas titulados.

1.5 Medicamentos

Adquisición de medicamentos prescritos por el médico tratante, necesarios para la atención de un evento, siempre y cuando se acompañe de la nota de la farmacia con la receta correspondiente.

III. Cobertura Básica

1. Cobertura Básica

- 1.1 Quedan cubiertos los padecimientos congénitos en los siguientes casos:
 - a. Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza siempre y cuando el recién nacido haya sido dado de alta dentro de los treinta (30) días siguientes a su nacimiento.
 - b. Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza, serán cubiertos si se dan las siguientes condiciones:
 - Si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados a partir de los 2 años de edad.
 - Si estuvieron cubiertos continuamente por cualquier institución de seguros desde su nacimiento y cuya antigüedad haya sido reconocida por SMNYL.
 - Si se comprueba que no se hayan erogado gastos por el padecimiento reportado.

Se excluyen padecimientos congénitos, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.

- 1.2 Tratamientos o intervenciones ocasionados por accidentes amparados sufridos mientras el asegurado o sus dependientes viajen en cualquier clase de aeronave, al abordarla o descender de ella.
- 1.3 Tratamientos o intervenciones ocasionados por accidente sufridos mientras el asegurado o sus dependientes viajen como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas, excepto por:
 - a. **Práctica como deporte, pruebas de resistencia, competencia y/o pruebas de velocidad, ya sea profesional o amateur.**
 - b. **Cuando el accidente ocurra en autopista o carretera.**
- 1.4 La cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá cuando ésta sea médicamente necesaria a consecuencia de un evento.

Las reclamaciones por eventos relacionados con esta cobertura deberán venir acompañadas de los exámenes y radiografías que solicite la Institución.

- 1.5 Somníferos, barbitúricos y sustancias con efectos similares, siempre y cuando sean prescritos por un médico a consecuencia de un evento, y se acompañe el recibo original de la farmacia con la receta correspondiente (o copia cuando el original deba quedar en poder del establecimiento).
- 1.6 Honorarios por cualquier tipo de tratamientos quiroprácticos, siempre que sean prescritos por un médico con especialidad en traumatología y ortopedia.
- 1.7 Los tratamientos médicos y quirúrgicos derivados de las complicaciones del embarazo y del puerperio, con excepción de los gastos erogados por el procedimiento cesárea.
- 1.8 La cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o maxilofacial quedará cubierto únicamente en los casos en que sea a consecuencia de un accidente amparado, o malformación congénita.

Las reclamaciones por eventos relacionados con esta cobertura deberán venir acompañadas de la historia clínica completa y de rayos-X preoperatorios.

- 1.9 Honorarios por tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia, inhaloterapia y otros semejantes.
- 1.10 Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir los hallux valgus, serán cubiertos siempre que exista una prescripción médica y se someta a una segunda opinión médica coordinada por la Institución a través del administrador de servicios médicos.
- 1.11 Enfermedades que involucren los órganos genitourinarios femeninos, venas varicosas, hemorroides, amígdalas y/o adenoides enfermedades prostáticas, anorectales, litiasis vesicular y urinaria.
- 1.12 Se cubrirán eventraciones o hernias post-incisionales, siempre que sean a consecuencia de una cirugía practicada dentro del periodo del seguro, o bien, que se demuestre que sean a consecuencia de un accidente amparado.

2. Cobertura Básica con Limitaciones

- 2.1 Estarán cubiertos los gastos médicos, hospitalarios y quirúrgicos de la Asegurada Titular, Cónyuge o Concubina que se deriven por maternidad incluyendo el cuidado prenatal,, sin aplicación de deducible ni coaseguro, de acuerdo a lo siguiente:
 - Por parto normal aplicando la suma asegurada hasta por 15 SMGM.

- Por parto por cesárea aplicando la suma asegurada hasta por 20 SMGM.
- Se cubren además gastos del recién nacido sano (siempre y cuando se haya cubierto evento de maternidad con Seguros Monterrey New York Life) con una suma asegurada de hasta 3 SMGM (para gastos de pediatra, cunero y tamiz neonatal).
- 2.2 Los estudios hechos a posibles donadores de sangre serán cubiertos sólo en caso de cirugía con una suma asegurada única de \$5,500 pesos m.n.
- 2.3 En cada sesión quirúrgica, los gastos amparados no excederán de los siguientes límites:
 - Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas, en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, se pagará la de mayor monto indicado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
 - Si en una misma sesión quirúrgica, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. Los honorarios médicos del anesthesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.
 - Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por diferente vía o incisión, se pagará el 100% de la intervención con mayor monto indicado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, más el 50% del Pago Máximo indicado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
 - Cuando sea médicamente necesario que dos o más médicos especialistas efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas, en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, se pagará el 100% de la Intervención indicado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos para cada uno de los Médicos.
 - Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
 - En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas pagándose el 100% de cada uno de ellas de acuerdo al Catálogo de Honorarios

Médicos Quirúrgicos.

- Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
- Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:
 - Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.
 - 60% de la factura hospitalaria total.
- Los honorarios del anestesiólogo, se pagarán hasta por el 30% de los honorarios que correspondan al médico cirujano o especialista.
- Los Honorarios de los médicos ayudantes, se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al médico cirujano o especialista.

2.4 En caso de contratarse fuera del hospital los servicios de una enfermera, se pagará un máximo de 90 turnos de 8 horas durante un periodo no mayor a 3 meses por evento, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante para cuidados extra hospitalarios. En caso de que el Médico Tratante indique que el paciente necesita de este servicio en turno u horas adicionales, para recuperar la salud, la Institución podrá autorizar el cubrir los turnos u horas adicionales, previa aplicación de una Segunda Valoración Médica y hasta por los turnos y horas que se determinen en dicha Segunda Valoración Médica.

2.5 Tratamientos de medicina de rehabilitación física cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éste sea prescrito por el médico tratante hasta 30 sesiones. En caso de que el Médico Tratante indique que el paciente necesita de este servicio en sesiones adicionales, para recuperar la salud, la Institución podrá autorizar el cubrir las sesiones adicionales, previa aplicación de una Segunda Valoración Médica y hasta por las sesiones que se determinen en dicha Segunda Valoración Médica.

2.6 El asegurado o cualquiera de sus dependientes podrán solicitar sin costo a Seguros Monterrey New York Life a través de Asistencia Alfa Medical servicios de ambulancia, de acuerdo a lo especificado en la sección Guía de Reclamaciones, inciso VI. Asistencia Alfa Medical.

2.7 Adquisición de Prótesis y/u órtesis, equipo ortopédico y lente intraocular, funcionales necesarios para el tratamiento integral del evento, siempre y cuando no sean reposición de alguna ya existente a la fecha del evento.

En los casos de cáncer de mama, cáncer testicular o pérdida de globo ocular por cáncer, al amparo de esta póliza, se pagarán los gastos hospitalarios y procedimientos requeridos para su colocación sin incluir los implantes.

Lo anterior hasta por una suma asegurada de 260 SMGM con aplicación del deducible y coaseguro contratados

2.8 Renta de ventiladores, respiradores artificiales o cualquier otro equipo mecánico para este fin, con una suma asegurada de \$74,000 pesos m.n. para cada insumo.

2.9 Renta de cama tipo hospital, sillas de ruedas, muletas y nebulizadores se amparan hasta un límite de \$22,000 pesos m.n. para cada insumo.

2.10 Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales estarán amparados **siempre y cuando no se trate de cirugía estética**, con los siguientes términos y condiciones:

- a. En caso de accidente se cubrirán padecimientos de nariz y senos paranasales siempre y cuando la atención se haya otorgado dentro de los 30 días posteriores a la fecha de ocurrencia, con estudios que corroboren el diagnóstico, sin deducible ni coaseguro.
- b. En caso de enfermedad se deberá cumplir con segunda valoración médica con deducible contratado y coaseguro del 25%.

Para considerar procedente la reclamación será necesario presentar la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s) con anterioridad a la intervención quirúrgica.

2.11 Los gastos erogados por parte del donador en un trasplante de órgano que requiera el asegurado o alguno de sus dependientes, se cubrirán con un límite de 80 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal, para todos los gastos médicos y hospitalarios que se deriven del mismo.

2.12 Estarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios que se deriven de tratamientos del recién nacido dentro de la vigencia a consecuencia de nacimientos prematuros, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida con la aplicación del deducible y coaseguro.

No quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad

2.13 Se amparan los gastos en que incurra el asegurado y/o cualquiera de sus dependientes derivado de la realización de los siguientes deportes ya sea como participante directo, piloto, copiloto, ayudante o pasajero, mientras no sea práctica profesional:

- a. Paracaidismo, montañismo, rapel, velideltismo, espeleología, alpinismo, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana, equitación, charrería, hockey, tauromaquia, cacería, automovilismo, motociclismo, esquí, en cualquiera de sus formas, surfing, regatas (veleros, yates y semejantes), buceo, karate, artes marciales, fútbol americano, salto de bungee y cualquier otro deporte de combate o contacto.
- b. La suma asegurada de esta cobertura, está incluida en la suma asegurada de la cobertura básica, y el deducible y coaseguro serán los estipulados en la carátula de la póliza y el certificado individual.

IV. Enfermedades con Periodo de Espera

Las siguientes enfermedades quedarán amparadas una vez transcurrido el período de espera estipulado en cada una de estas coberturas.

1. Para los hijos nacidos una vez transcurridos diez (10) meses a partir de la fecha de alta de la madre a la póliza, tendrán durante 30 días la cobertura de esta póliza sin costo, una vez que haya transcurrido dicho período, la cobertura se cancelará automáticamente salvo que se solicite la inclusión del menor, en el entendido de que deberá de pagarse la prima correspondiente.
2. Los Asegurados y/o Dependientes deberán tener al menos cuatro (4) años completos de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza de la Institución o con otra Institución Aseguradora con la cual tenga contratada la cobertura y cuya antigüedad haya sido reconocida por Seguros Monterrey New York Life, contados a partir de la fecha de alta, para que se cubran los gastos realizados por tratamientos médicos y quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o de la Infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Será indispensable que la infección del VIH no se diagnostique por primera vez antes o durante el período de 4 años de espera.

La suma asegurada para esta cobertura será de hasta 515 SMGM con aplicación de deducible y coaseguro contratados.

Para efectos de este Beneficio, en ningún caso será aplicable la cláusula de Padecimientos Preexistentes, aun cuando este cubierta por convenio expreso.

3. Se cubrirán las hernias después de transcurridos trescientos sesenta y cinco (365) días naturales contados a partir de la fecha de alta del Asegurado o sus dependientes en la póliza.
4. Las hernias de disco serán cubiertas una vez cumplido el período de espera establecido en el párrafo anterior y además será necesario que el asegurado se someta a una Segunda Valoración Médica y ésta determine que es necesario el tratamiento.
5. Se Amparan los tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir cualquier deformidad de la columna vertebral. De acuerdo a lo siguiente:
 - a. Aplica un Periodo de Espera de 2 años continuos como Asegurado en la Póliza.
 - b. No aplica reconocimiento de antigüedad alguna.
 - c. La cobertura no aplicará si el padecimiento es preexistente.
 - d. Limitado a un Evento en toda la vigencia de la Póliza.

Para Accidentes y Urgencias Médicas no aplicarán los periodos de espera antes descritos.

Para efectos de disminuir o eliminar los periodos de espera de las coberturas de esta cláusula (excepto el punto 2 y 5), se tomará en cuenta la fecha estipulada en el apartado denominado "Reconocimiento de Antigüedad", incluido en el certificado individual.

V. Cobertura con Segunda Valoración Médica

1. Cobertura Básica

- I. Tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus, se cubrirán solamente si existe una prescripción médica y se cumple con el procedimiento de Segunda Valoración Médica y que ésta determine que es necesario el tratamiento.
- II. Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de la rodilla se cubrirán solamente si el asegurado y/o dependiente cumple con el procedimiento de Segunda Valoración Médica y ésta determine que es necesario el tratamiento.

Las fracturas óseas en esta región quedan exentas de someterse a una Segunda Valoración Médica.

- III. Los tratamientos quirúrgicos de las amígdalas estarán cubiertos siempre y cuando el asegurado y/o dependientes cumplan con el procedimiento de Segunda Valoración Médica y ésta determine que es necesario el tratamiento.

2. Cobertura Básica con Limitaciones

- I. Se amparan los tratamientos psiquiátricos o psicológicos con un máximo de treinta (30) sesiones durante un año contado a partir de la fecha de la primera sesión, siempre y cuando se someta a una Segunda Valoración Médica y se determine que es necesario el tratamiento y este sea por una de las siguientes causas.
- Que sea a consecuencia de un accidente amparado por esta póliza.
 - Que se diagnostique dentro del periodo de seguro comprendido para esta póliza, alguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias o accidente vascular cerebral.
 - Por haber sido víctima de alguno de los siguientes delitos: asalto, secuestro o violación. En este caso deberá presentar el acta del Ministerio Público.

Esta cobertura opera con el deducible y coaseguro normal contratado.

- II. Tratamientos denominados como litotripsias extracorpóreas se cubren de acuerdo a las siguientes condiciones:
- Que los gastos sean erogados a consecuencia del tratamiento para la fragmentación de cálculos renales en vías urinarias.
 - La Suma Asegurada es de hasta 30 SMGM.
- III. Se cubre el tratamiento quirúrgico para corregir la miopía, astigmatismo o hipermetropía, de acuerdo a las siguientes condiciones:
- El Informe Médico y el examen médico deberán especificar que el asegurado o cualquiera de sus dependientes presenta una desviación visual mínima de cinco (5) dioptrías para cualquiera de los siguientes padecimientos en cualquier ojo:
 - Astigmatismo
 - Miopía y/o
 - Hipermetropía

Para fines de esta cobertura no se considera la suma de las dioptrías de ambos ojos o de los padecimientos.

- Se cubrirá una sola ocasión.
- Es requisito indispensable que el asegurado o dependientes se sometan a una segunda valoración médica y que a través del examen de topografía corneal se confirme el número de dioptrías necesarias para que proceda la cirugía.
- La suma asegurada será de hasta 15 SMGM. El deducible y coaseguro serán los estipulados en el certificado individual y carátula de la póliza.
- La cirugía se realizará para ambos ojos.

VI. Exclusiones

Ésta póliza en ningún caso cubre los gastos médicos que se originen a consecuencia de:

1. El tratamiento de los padecimientos preexistentes excepto lo estipulado en la cláusula III inciso 1.1.

2. Accidentes o lesiones del asegurado o cualquiera de sus dependientes que se produzcan por:

- Estar en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia. Esta exclusión aplica únicamente para dependientes.
- Participar en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.
- Hechos delictivos intencionales en los que participe directamente.

3. Tratamientos de medicina alternativa que de manera enunciativa más no limitativa se describen a continuación:

- Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como Check-up, así como los exámenes rutinarios de la vista y oídos.
- Tratamientos naturistas y vegetarianos.

- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos con base a hipnotismo, acupuntura y quelaciones.**
- 4. Procedimientos y tratamientos experimentales.**
- 5. Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones autoinflingidas e intento de suicidio.**
- 6. Los tratamientos y estudios psiquiátricos o psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, de la conducta, del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica y sus complicaciones, excepto lo estipulado en la cláusula V, sección de COBERTURA BÁSICA con limitaciones, punto I.**
- 7. Las enfermedades, accidentes, tratamientos médicos o sus complicaciones a consecuencia de:**
- a. Culpa grave del asegurado al encontrarse bajo la ingestión de bebidas alcohólicas.**
 - b. Administración de sustancias tóxicas, drogas, narcóticos, estupefacientes, o psicotrópicos, excepto cuando hayan sido prescritos por su médico tratante, quien deberá contar con cédula profesional que lo acredite como médico legalmente autorizado para prescribir dichas sustancias.**
 - c. Alcoholismo y otras toxicomanías así como sus complicaciones.**
- 8. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto, anteojos y lentes intraoculares, así como tratamientos médicos o quirúrgicos, tales como: implantes corneales aloplásticos, epiqueratofaquia y cualquiera que se utilice para corregir la presbiopía.**
- 9. Los tratamientos médicos o quirúrgicos para:**
- a. Corregir el estrabismo.**
 - b. Corregir o evitar la calvicie.**
 - c. Aumentar o disminuir de peso.**
 - d. Evitar o procurar la procreación.**
 - e. Disfunción eréctil, salvo que sean consecuencia directa de un evento.**
- 10. Abortos y legrados uterinos punibles o voluntarios.**
- 11. Cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o maxilofacial, salvo lo expresamente cubierto en la cláusula III "COBERTURA BÁSICA", sección 1, punto 1.8.**
- 12. Dentro de los períodos de hospitalización no se pagarán honorarios por servicios adicionales de enfermería u otros servicios que no estén directamente relacionados con el tratamiento del evento.**
- 13. Lesiones y/o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas por el tratamiento de un evento.**
- 14. Accidentes o enfermedades ocasionados por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 15. Los gastos erogados por tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de cálculos llamados litotripsia extracorpórea cuando se realicen sobre la vesícula biliar.**
- 16. Los gastos erogados por honorarios médicos:**
- a. Cuando el médico sea familiar directo del asegurado o de sus dependientes, entendiéndose como familiares directos a padres, hermanos, cónyuge, concubina, concubinario o hijos.**
 - b. Cuando el médico sea el mismo asegurado o uno de sus dependientes cubiertos en la póliza.**
 - c. Honorarios del instrumentista.**
- 17. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones, expresamente excluidas en esta póliza.**
- 18. Renta o compra de zapatos y plantillas ortopédicas.**
- 19. Tratamientos dentales cuando se deriven de cualquier enfermedad.**

20. Cualquier gasto realizado fuera del periodo del seguro.

21. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.

22. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia del asegurado o de sus dependientes mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.

23. Cirugía para el cambio de sexo.

24. Adquisición de prótesis no funcionales y reposición de las ya existentes antes del evento.

25. Los gastos amparados que no excedan el deducible estipulado en la carátula de la póliza o certificado individual.

26. Servicios de Ambulancia Aérea

27. Los gastos erogados por circuncisión profiláctica.

28. Cualquier gasto erogado fuera de la República Mexicana.

29. Complementos médicos a menos que se tenga contratada dicha cobertura.

30. En ningún caso se cubrirá a los recién nacidos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

31. Tratamientos o intervenciones ocasionados por accidentes sufridos mientras el asegurado o sus dependientes viajen como piloto o pasajero en motocicletas o motonetas cuando el accidente ocurra en autopista o carretera.

32. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en cualquier tipo de aeronave, distinta a la de una línea comercial.

33. Gastos por nacimientos prematuros a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad o cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y orígenes.

VII. Coberturas Opcionales

Las siguientes coberturas surtirán efecto siempre y cuando sean contratadas y aparezcan como

amparadas en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

Necesidades Médicas Imprevistas en el Extranjero

Se amplían las cláusulas III "COBERTURA BÁSICA", IV "ENFERMEDADES CON PERÍODO DE ESPERA" y V "COBERTURAS CON SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA", cubriéndose los gastos médicos que efectúe el asegurado o sus dependientes en el extranjero, hasta por un período de estancia en el extranjero de seis (6) meses y operará bajo las siguientes modificaciones a la cobertura básica contratada:

Se entenderá por Necesidad Médica Imprevista en el Extranjero (NIME), toda necesidad inmediata de suministrar servicios médicos a un asegurado o cualquiera de sus dependientes que se encuentren fuera del territorio nacional, a consecuencia de un evento amparado.

La Institución cubrirá los siguientes gastos siempre y cuando sean estrictamente necesarios para el tratamiento médico de un evento en el extranjero.

- Cuarto estándar semi-privado y alimentos de paciente.
- Honorarios del médico tratante y/o médico especialista.
- Honorarios de anestesia.
- Suministros hospitalarios.
- Servicios de diagnóstico.
- Servicio de ambulancia terrestre.

Esta cobertura cesará cuando el asegurado o sus dependientes estén en posibilidad de regresar a su lugar de origen.

La suma asegurada, deducible y coaseguro serán los estipulados en el certificado individual.

Los honorarios médicos y quirúrgicos se indemnizarán hasta el doble de los estipulados en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado.

Si el asegurado o cualquiera de sus dependientes tiene alguna enfermedad crónica degenerativa amparada que requiera de atención médica imprevista, la indemnización se hará con base al Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y al Gasto Usual y Razonablemente Acostumbrado del plan contratado, y la suma asegurada será la misma de la cobertura básica.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE NECESIDADES MÉDICAS IMPREVISTAS EN EL EXTRANJERO (NIME)

1. Los gastos médicos que no cumplan con la condición de necesidad médica imprevista.
2. Los tratamientos de rehabilitación a los que deba someterse el asegurado o cualquiera de sus dependientes.
3. Los servicios de enfermería fuera del hospital.
4. Parto normal, parto por cesárea y complicaciones del embarazo.
5. Ambulancia aérea.
6. Consultas de control y rehabilitaciones.

Cobertura en el Extranjero

Se amplían las cláusulas III "COBERTURA BÁSICA", IV "ENFERMEDADES CON PERÍODO DE ESPERA" y V "COBERTURAS CON SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA", cubriéndose los gastos médicos que efectúe el asegurado o sus dependientes en el extranjero, hasta por un período de estancia en el extranjero de seis (6) meses y operará bajo las siguientes modificaciones a la cobertura básica contratada:

La suma asegurada, deducible y coaseguro serán los estipulados en el certificado individual.

Los honorarios médicos y quirúrgicos, se pagarán de acuerdo al gasto usual y acostumbrado en cada país, con un límite de hasta el doble de lo establecido en Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado.

Los gastos amparados y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica.

Franja Fronteriza

Se amplían las cláusulas III "COBERTURA BÁSICA", IV "ENFERMEDADES CON PERÍODO DE ESPERA" y V "COBERTURAS CON SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA", amparándose los gastos médicos que el asegurado o cualquiera de sus dependientes eroguen en la franja fronteriza por la atención de una enfermedad o accidente amparado siempre y cuando se cumpla con las siguientes condiciones:

1. Que los gastos efectuados hayan sido realizados con médicos y hospitales en las ciudades fronterizas de Estados Unidos de Norte América con la República

Mexicana, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica, el cual consta de veinte (20) kilómetros. De ancho y cuyo límite sur es la frontera con México.

2. Los gastos médicos amparados y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.
3. La suma asegurada de esta cobertura está incluida en la suma asegurada de la cobertura básica y el deducible y coaseguro serán los estipulados en el certificado individual.
4. Será aplicable el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado.

Padecimientos Preexistentes

Se modifica el inciso 1 de la cláusula VI "EXCLUSIONES" y se cubren los Padecimientos Preexistentes desde inicio de vigencia del presente contrato.

Esta cobertura no aplica para:

I. Complementos Médicos.

II. Los beneficios estipulados en la cláusula IV "ENFERMEDADES CON PERÍODOS DE ESPERA".

Pago de Complementos Médicos

Como excepción a lo establecido en el inciso 29 de la cláusula VI "EXCLUSIONES" quedan cubiertos los gastos médicos complementarios erogados durante la vigencia de la póliza, siempre que el asegurado acredite fehacientemente a la Institución haber estado asegurado en otra aseguradora mexicana en el período inmediato anterior a la fecha de solicitud de alta en esta póliza. Asimismo, será obligatorio reportar por escrito a la Institución, los padecimientos ya reembolsados en otras instituciones de seguros, cuyos pagos complementarios habrán de ser reconocidos. De no existir esta notificación, no procederá el pago de tales gastos.

Los padecimientos mencionados en el párrafo anterior, en caso de ser reconocidos, no serán considerados como Padecimientos Preexistentes.

La suma asegurada para los complementos médicos, será igual a la suma asegurada que tuvo en la póliza de la Institución anterior en la fecha de inicio del evento, menos el monto de indemnizaciones pagadas a la fecha de la reclamación de los complementos médicos.

Para efectos de calcular el deducible y coaseguro se sumaran los pagos hechos por el asegurado a las anteriores instituciones aseguradoras, para tal efecto será necesario presentar los comprobantes de pago respectivos.

Ambulancia Aérea

Se modifica el inciso 26 de la cláusula VI "EXCLUSIONES", y se cubren los servicios prestados por ambulancias aéreas para eventos de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Que el médico tratante realice la justificación médica.
2. Que no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención, ni medio de transporte terrestre en el lugar donde se presentó el evento y la gravedad del evento lo amerite.
3. Se deberá de trasladar al lugar más cercano, que reúna los recursos necesarios para su atención.
4. Operará en territorio nacional y el servicio deberá ser coordinado por la institución a través de la atención del administrador de servicios médicos. Solamente tendrá efecto en el extranjero cuando tenga contratada la cláusula de cobertura en el extranjero.
5. No aplica para la cobertura de Necesidades Médicas Imprevistas en el Extranjero (NIME).

La suma asegurada, deducible y coaseguro serán los estipulados en el certificado individual.

VIII. Bases para determinar la Indemnización

Las obligaciones que asume la Institución a través de este contrato, contenidas en la carátula de esta póliza y en el certificado individual, se harán efectivas de acuerdo con las siguientes bases:

1. Límite de Responsabilidad por Reembolso de Honorarios Médicos

Para Médicos con los que no se tenga convenio de pago directo, el monto máximo de cada gasto médico reembolsable conforme a esta póliza, no podrá exceder a lo establecido en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

2. Periodo de Pago del Evento

Ocurrido un evento, para cada asegurado se establecerá un período de pago durante el cual la Institución estará obligada al pago directo o reembolso de los gastos amparados, que se ocasionen por la atención de dicho evento.

El período de pago comenzará a partir de la fecha del primer gasto siempre que ésta sea posterior al inicio de vigencia, o tenga contratada la cláusula de pago de complementos médicos, y finalizará al ocurrir cualquiera de

los siguientes supuestos:

- a. El agotamiento de la suma asegurada;
- b. Se agote el periodo de vigencia de la póliza o el certificado correspondiente, o
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado.

En caso de cancelación de la póliza o baja de asegurados y/o dependientes, no se cubrirán los gastos que se eroguen después de la fecha de cancelación, fecha de baja del asegurado, o de fin de vigencia de la póliza, aun cuando el evento haya iniciado dentro del periodo en que estuvo vigente el seguro.

El total de los gastos amparados por el evento a que se refiere esta póliza se deducirá de la suma asegurada que tuviere el evento en la póliza en cuya vigencia se hubiere producido, y se sujetará a las condiciones, limitaciones, deducibles y coaseguros pactados en la misma.

3. Deducible

3.1 Deducible por Reembolso:

En caso de enfermedad amparada, del total de los gastos amparados por un evento se deducirá la cantidad señalada en el certificado individual.

En caso de accidente amparado, se eliminará el deducible estipulado en el certificado individual, siempre y cuando la atención se lleve a cabo en un hospital del plan contratado, en caso de que se atienda en un hospital de una categoría superior a la del plan contratado, no se aplicará la eliminación del deducible.

3.2 Deducible en Pago Directo:

En caso de enfermedad amparada, del total de los gastos amparados por un evento se deducirá la cantidad señalada en el certificado individual, para pago directo, siempre que el asegurado o sus dependientes, gestionen la atención del evento por conducto del administrador de servicios médicos de la Institución según lo estipulado en la guía de reclamaciones.

En caso de accidente amparado, se eliminará el deducible estipulado en el certificado individual, siempre y cuando la atención se preste en un hospital del plan contratado y los gastos erogados por la atención médica rebasen el deducible contratado. En caso de que el asegurado se atienda en un hospital de una categoría superior a la del plan contratado, no se aplicará la eliminación del deducible.

3.3 Deducible por Atención en un Hospital de Clase Superior al Plan Contratado:

En caso de enfermedad amparada, si el asegurado o cualquiera de sus dependientes, acudiera a un hospital de clase superior a los incluidos en el plan originalmente contratado, se aplicará el doble del deducible estipulado en el certificado individual para reembolso, y no se podrá aplicar ninguna reducción por pago directo.

4. Coaseguro

4.1 Coaseguro por Reembolso:

En caso de enfermedad amparada, del total de los gastos amparados por un evento que exceda al monto del deducible estipulado en el certificado individual para reembolso, estará a cargo del asegurado la cantidad que represente el porcentaje señalado en el certificado individual para reembolso, en consecuencia la Institución indemnizará la diferencia.

En caso de accidente amparado, se eliminará el coaseguro estipulado en el certificado individual, siempre y cuando se atienda en un hospital del plan contratado, en caso de que se atienda en un hospital de una categoría superior a la del plan contratado, no se aplicará la eliminación del coaseguro.

4.2 Coaseguro en Pago Directo:

En caso de enfermedad amparada, del total de los gastos amparados por un evento que exceda al monto del deducible estipulado en el certificado individual para reembolso, estará a cargo del asegurado la cantidad que represente el porcentaje señalado en el certificado individual para pago directo, siempre que el asegurado o sus dependientes, gestionen la atención del evento por conducto del administrador de servicios médicos según lo estipulado en la guía de reclamaciones.

En caso de accidente amparado, se eliminará el coaseguro estipulado en el certificado individual, siempre y cuando la atención se preste en un hospital del plan contratado. En caso de que el asegurado se atienda en un hospital de una categoría superior a la del plan contratado, no se aplicará la eliminación del coaseguro.

4.3 Coaseguro por Atención en un Hospital de Clase Superior al Plan Contratado:

En caso de enfermedad amparada, si el asegurado o cualquiera de sus dependientes, acudiera a un hospital de clase superior a los incluidos en el plan originalmente contratado, se aplicarán veinte (20) puntos porcentuales adicionales al coaseguro estipulado en el certificado individual para reembolso, y no se podrá aplicar ninguna reducción por pago directo.

La participación del asegurado por concepto de coaseguro

no excederá de \$100,000 m.n.

5. Reclamaciones

Las reclamaciones que efectúe el asegurado al amparo de esta póliza, deberán ser presentadas en las formas que le proporcione la Institución.

En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que esté en condiciones de obtener y las que le solicite la Institución relativas a la realización del evento y los gastos efectuados.

Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes.

Estos documentos quedarán en poder de la Institución una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Institución tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionado con el evento, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión o inexactitud de informes, datos, o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que la Institución practique, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

6. Pago de Reclamaciones

Si los gastos fueron erogados con otros proveedores de servicio médicos y hospitalarios diferentes a los prestadores de servicios afiliados, la Institución pagará la indemnización mediante reembolso al asegurado o a quien legalmente lo represente.

Si el asegurado sigue con los procedimientos estipulados en la guía de reclamaciones para pago directo, la Institución hará todos los pagos que proceden conforme a esta póliza directamente a los prestadores de servicios afiliados, en cuyo caso solo queda a cargo del asegurado el deducible y coaseguro estipulados en la carátula de la póliza o certificado individual y los gastos no procedentes.

En caso de fallecimiento del asegurado, la Institución pagará a su sucesión los gastos reembolsables pendientes de pago.

7. Moneda

Los pagos de prima se indemnizaciones de este contrato se efectuarán en moneda nacional.

En caso de gastos erogados en el extranjero, el reembolso se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se haya efectuado el gasto.

8. Restitución

El contratante, el asegurado y sus dependientes, se obligan solidariamente a restituir a la Institución cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza.

IX. Cláusulas Generales Contrato

1. Contrato

Esta póliza, los certificados individuales y los endosos que se agreguen a la misma, forman parte y constituyen la prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la Institución.

2. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante, el asegurado y sus dependientes están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación de los riesgos que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la Agrupación Asegurada.

La omisión o inexactitud a las que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho esta póliza, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del evento.

La Institución únicamente podrá rescindir por omisiones o inexactas declaraciones en caso de que los asegurados se den de alta después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la Colectividad Asegurada.

3. Rectificación de la Póliza

(Transcripción del Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

“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 (30) 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”.

4. Modificaciones al Contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el contratante y la Institución. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia ningún agente de seguros ni ninguna otra persona no autorizada por la Institución podrá cambiar o modificar las condiciones o beneficios del contrato.

5. Periodo de Seguro

Es el estipulado en la carátula de la póliza y en cada uno de los certificados individuales.

6. Suma Asegurada

Es la responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para cada evento, misma que se especifica en el certificado individual para cada una de las coberturas amparadas, así como las explícitamente mencionadas en la cláusula VII de estas Condiciones Generales.

7. Tipos de Cobertura

Se refiere a las diversas opciones de cobertura las cuales se distinguen entre sí por el tipo de hospitales y por el grupo de médicos que se tienen en convenio en cada zona y que la Aseguradora pone a disposición del Asegurado, siendo las opciones de coberturas (Planes) las siguientes: Máxima, Óptima y Estándar.

El Plan Máxima contempla a los prestadores de servicios en donde el costo promedio de los insumos hospitalarios son los más altos dentro del ramo de Gastos Médicos del país.

El Plan Óptima contempla a los prestadores de servicios en donde el costo promedio de los insumos hospitalarios son intermedios entre los más altos y más bajos dentro del ramo de Gastos Médicos del país.

El Plan Estándar contempla a los prestadores de servicios en donde el costo promedio de los insumos hospitalarios son los más bajos dentro del ramo de Gastos Médicos del país.

8. Distribución de Zonas

Atiende a los diversos costos hospitalarios que pueden ser similares entre los estados y regiones que conforman el país, por lo que atendiendo a estas similitudes se ha dividido el país en tres zonas que mantienen dicha distribución de costos.

9. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada

de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución Aseguradora o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución a satisfacer las pretensiones del usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante la autoridad jurisdiccional competente.

10. Notificaciones

Cualquier comunicado relacionado con esta póliza deberá de hacerse por escrito a la Institución, en el domicilio de la misma indicado en la carátula de la póliza y certificados individuales, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquella al Contratante.

Los requerimientos y comunicación que la Institución deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

11. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose exclusivamente de cualquier cobertura de fallecimiento.
- II. En dos años, en todos los demás casos.

Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de esta Institución.

12. Indemnización por Mora

En caso de que la Institución no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación. El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

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.

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.

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;

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:

- 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 pagada, 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.

13. Información de Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Monterrey New York Life 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 Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

14. Transcripción de Disposiciones

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 14 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, se incluyen a continuación las siguientes disposiciones del ordenamiento citado, en todo aquello que resultan aplicables a la operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 17.- 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 treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

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 treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 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 la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- 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 Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días

exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la 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.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento 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 en las notas técnicas respectivas.

Vigencia

1. Fecha de Inicio de Vigencia

Las coberturas especificadas en esta póliza surtirán efecto respecto a cada asegurado y sus dependientes, a partir de las 12:00 horas de la fecha de alta de cada uno de ellos indicado en el certificado individual.

2. Fecha de Terminación de Vigencia

Las coberturas especificadas en esta póliza cesarán efecto respecto a cada asegurado y sus dependientes, a partir de las 12:00 horas del último día del período de seguro contratado indicado en el certificado individual.

En caso de terminación anticipada del Contrato a petición expresa por parte del Contratante, Seguros Monterrey New York Life le devolverá el 60% de la prima neta pagada no devengada.

3. Renovación

En caso de que el Contratante solicite la renovación de la póliza, la Aseguradora podrá renovar el Contrato de Seguro en los términos que señala el artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Obligaciones del Contratante y del Asegurado

1. Pago de la Prima

El contratante se obliga a pagar la cantidad que señale la Institución por concepto de prima total, de acuerdo con la tarifa debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que se encuentre vigente en la fecha de inicio del período de seguro contratado.

2. Lugar de Pago

El contratante deberá pagar a su vencimiento, el importe de la prima total, en las cajas recaudadoras de cualquiera de las oficinas de la Institución, contra entrega del recibo oficial expedido por ésta.

3. Forma de Pago

La unidad de la prima se calcula para el periodo de seguro contratado; sin embargo, podrá convenirse que el contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución.

La "forma de pago" estipulada para el periodo de seguro, es la señalada en la carátula de la póliza.

4. Vencimiento

La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado.

En caso de pago fraccionado, cada fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

5. Periodo de Gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o fracción de ésta, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce (12:00) horas del último día de este plazo.

En caso de que se presente un evento durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización de los

gastos amparados que hayan sido erogados en éste, se dará en forma de reembolso descontando la prima o la fracción pendiente de pago faltante correspondiente.

6. Ajustes al Monto de la Prima

En casos de alta de asegurados o dependientes, la Institución cobrará al contratante la parte faltante de la prima para el lapso comprendido entre la fecha de alta informada a la Institución y la del vencimiento del período de seguro.

En casos de baja de asegurados o dependientes, la Institución devolverá al contratante la prima neta pagada no devengada calculada a días exactos.

Esta devolución se hará a solicitud del Contratante en el domicilio de la Institución en un plazo de 3 días hábiles.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución.

7. Agravación del Riesgo

El Contratante y el Asegurado serán solidariamente responsables de dar aviso a la Institución durante el periodo del seguro, de cualquier agravación esencial del riesgo del Asegurado o de sus Dependientes, tales como, cambios de actividad profesional, actividades deportivas, etc.

Si el Asegurado o el Contratante omiten dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo, cesará de pleno derecho la obligación de la Institución en lo sucesivo.

8. Movimientos Dependientes

8.1 Altas

El Asegurado podrá incluir a sus dependientes en esta póliza a cuyo efecto deberá:

- a. En caso de hijos nacidos durante la vigencia de la póliza, solicitar por escrito su ingreso dentro de los 30 días naturales siguientes a su nacimiento, dicho dependiente quedará asegurado a partir del primer día de nacido. En caso de que la solicitud se presente después de los 30 días señalados, la inclusión quedará condicionada a la aceptación de la Institución quien estará facultada a solicitar las pruebas de

asegurabilidad que estime convenientes.

- b. En caso de que el asegurado contraiga nupcias durante la vigencia de la póliza, deberá solicitar por escrito el ingreso de su cónyuge a esta póliza dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de matrimonio civil, dicho dependiente quedará asegurado desde la fecha del matrimonio civil. En caso de que la solicitud se presente después de los 30 días señalados, la inclusión quedará condicionada a la aceptación de la Institución quien estará facultada a solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes.

8.2 Bajas

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. La Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

9. Guía de Reclamaciones

Para hacer uso de los servicios ofrecidos por esta póliza de Gastos Médicos Mayores, el asegurado o sus dependientes, deberán de seguir los procedimientos que se establecen en la guía de reclamaciones, la cual se le entregará junto con la documentación contractual de su seguro, encontrando en la misma los beneficios de la utilización de prestadores de servicios afiliados.

Ésta guía también está disponible para su consulta en el portal de Seguros Monterrey New York Life www.mnyl.com.mx

10. Subrogación de Derechos

En caso de siniestro, Seguros Monterrey New York Life se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado o a sus dependientes.

El asegurado o sus dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con Seguros Monterrey New York Life para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si Seguros Monterrey New York Life lo solicita, a costa de la misma, el asegurado o sus dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

La falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por

hechos u omisiones del asegurado o sus dependientes se impide la subrogación, Seguros Monterrey New York Life quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y Seguros Monterrey New York Life concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11. Reinstalación

En caso que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, el contratante podrá solicitar la reinstalación dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del plazo de gracia, conforme a las siguientes condiciones:

- En caso de reinstalación se respetará la antigüedad de cada asegurado y dependientes.
- Para llevar a cabo la reinstalación de este contrato es necesario que el contratante o asegurado cubra la prima en descubierto, desde la fecha de vencimiento del período de seguro.
- En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá reinstalado el seguro, desde las 12:00 horas de la fecha de pago.
- Esta póliza no podrá ser reinstalada más de dos veces dentro de un mismo período de seguro.

12. Envío de Información

El Contratante se obliga a enviar por escrito, al domicilio de la Institución, todos los avisos e informes relativos a:

- El ingreso a la Colectividad de nuevos integrantes, señalando si el objeto de la inclusión es garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo Contratante.
- La separación definitiva de integrantes de la Colectividad asegurada.
- Cualquier cambio en la situación de los Asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.

Medio para la Consulta de Preceptos Legales

Ponemos a tu disposición la transcripción de los preceptos legales citados en el presente documento, las cuales podrás consultar de manera electrónica en la página web de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. www.mnyl.com.mx

Datos de Localización de la Unidad Especializada

Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA) de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.
Paseo de la Reforma 342 Piso 20, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México
Lada sin costo 01 800 505 4000.
Horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 17:00 horas
clientes@mnyl.com.mx

Datos de Contacto de la CONDUSEF

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
Av. Insurgentes Sur 762. Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México,
Teléfonos (55) 5340 0999 y (01 800) 999 8080
www.condusef.gob.mx



Lic. Victor Adrián Feldmann González
**DIRECTOR EJECUTIVO DE CANALES DE
DISTRIBUCIÓN**

Muestra sin valor

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo los registros números CNSF-S0038-0460-2012 de fecha 16 de julio de 2013, CNSF-S0038-0461-2012 y CNSF-S0038-0462-2012 de fecha 30 de agosto de 2013 y RESP-S0038-0020-2015 de fecha 27 de marzo de 2015 y 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas a partir del día 07 de abril de 2016, con el número RESP-S0038-0130-2016.

Guía de Reclamaciones

Junio 2016



Alfa
Medical

Muestra sin valor



SEGUROS
MONTERREY

La Compañía de Tu Vida

Índice

I. Introducción.....	27
II. Identificación como Asegurado.....	27
III. Orientación General.....	27
IV. Urgencia Médica Nacional.....	28
V. Urgencia Médica en el Extranjero.....	28
VI. Asistencia Alfa Medical.....	29
VII. Ingreso Directo al Hospital.....	30
VIII. Cirugía Programada, Territorio Nacional e Internacional.....	31
IX. Segunda Opinión Médica Territorio Nacional.....	31
X. Reembolso.....	32

Muestra sin valor

I. Introducción

Pensando en brindarte un mejor servicio y proporcionarte todas las herramientas necesarias para obtener el mayor beneficio de tu seguro de Gastos Médicos Mayores, hemos decidido poner a tu disposición nuestra guía de procedimientos, que te dará a detalle todo lo que debes saber acerca de los servicios hospitalarios, médicos, coberturas y asesoría en caso de ocurrir cualquier Enfermedad o Accidente amparado por tu póliza Alfa Medical.

Además podrás consultar el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que te permitirá conocer junto con la base de honorarios de tu plan, los porcentajes designados a los padecimientos para poder calcular los honorarios del Cirujano y a partir de estos los del anestesiólogo y ayudante(s).

Para acceder a la información puedes consultarla en nuestra página web www.mnyl.com.mx o llamando a los teléfonos:

Ciudad de México (55) 53 26 95 00
Lada Sin Costo 01 800 906 2100

II. Identificación como Asegurado

Es requisito indispensable que para poder hacer uso de los servicios de tu póliza te identifiques como asegurado de Seguros Monterrey New York Life, lo cual podrás hacer mostrando tu credencial Alfa Medical y una identificación oficial a cualquiera de nuestros proveedores médicos para que pueda proceder de inmediato tu atención médica y agilizar todos los trámites que se requieran.

Esta credencial cuenta con los siguientes datos:

1. Nombre del asegurado
2. No. de póliza
3. Vigencia
4. Plan contratado
5. Deducible contratado
6. Coaseguro contratado
7. Suma asegurada

III. Orientación General

Con la finalidad de orientarte sobre todas aquellas dudas y procedimientos de tu póliza contamos con un centro de

Atención Telefónica (CAT) que está a tu servicio las 24 horas, los 365 días del año, con un personal capacitado que podrá proporcionarte los siguientes servicios:

- Referencia de los proveedores médicos que pertenecen a nuestra red, tales como: Hospitales, Clínicas, Médicos Especialistas tanto Nacionales como Internacionales.
- Información sobre trámites y estatus de los mismos.
- Asesoría y orientación sobre la forma en la que operan las coberturas de tu póliza, llenado de formatos y documentación necesaria para la realización de tus trámites.

Para obtener este servicio deberás comunicarte a los teléfonos:

- 5326 9500** Ciudad de México
- 01 800 906 2100** Sin Costo de los Estados de la República
- (5255) 5326 9500** Por cobrar en Territorio Internacional

¡Importante!

- I. Estos teléfonos también podrás encontrarlos al reverso de tu credencial Alfa Medical.
- II. Los números telefónicos funcionan las 24 horas los 365 días del año sin excepción alguna.
- III. No olvides tomar nota de los siguientes puntos antes de terminar tu llamada:
 - a. Número de reporte de tu llamada
 - b. Nombre de la persona que te atendió
 - c. Fecha y hora en que realizaste tu llamada.
- IV. Deberás revisar con anticipación los procedimientos y trámites sobre la cobertura de tu póliza.
- V. A tu llegada al hospital de red deberás identificarte como asegurado de Seguros Monterrey New York Life mostrando tu credencial Alfa Medical junto con una identificación oficial con fotografía.
- VI. Deberás llamarnos de inmediato para reportar tu ingreso al hospital al teléfono 5326 9500 de la Ciudad de México, o bien al 01 800 906 2100 sin costo de los estados de la República.
- VII. Cuando se realice tu reporte te proporcionaremos un número de identificación para tu trámite, el cual será indispensable lo conserves por si se requiere mayor información acerca de tu tratamiento.

VIII. Este servicio sólo opera si el asegurado o sus dependientes, proporcionan a Seguros Monterrey New York Life la información necesaria para determinar la procedencia del evento, en tiempo y forma.

Nota:

- Las Cirugías Programadas de corta estancia deberán ser tramitadas de acuerdo a lo especificado dentro del procedimiento de Cirugía Programada.
- Este servicio no podrá aplicarse para las urgencias, ya que éstas deberán ser tramitadas mediante lo especificado en el procedimiento de Urgencias Médicas.

IV. Urgencia Médica Nacional

1. Llamar al

5326 9500 Ciudad de México

01 800 906 2100 Sin Costo de los Estados de la República

2. Proporcionar al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de emergencia y el lugar donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano para recibir la atención médica.
4. Cuando la estancia sea mayor a 24 horas es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso del asegurado a urgencias, en caso contrario deberás reportarlo tú mismo.
5. Si el hospital pide como requisito que se realice un depósito de admisión hospitalaria para poder asignarte una habitación, este depósito lo deberás realizar tú como asegurado, alguno de tus familiares o cualquier persona que te acompañe.
6. Para el caso en que la estancia sea menor a 24 horas los gastos serán presentados mediante reembolso cuando no se cuente con la información necesaria para el dictamen de la urgencia.
7. Para tramitar el pago del Siniestro es indispensable que sean llenados completamente los formatos:
 - Informe Médico
 - Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Los cuales se anexan a la póliza que se te entrega, o podrás obtenerlos directamente de nuestra página web www.mnyl.com.mx

Nota:

Urgencia Médica: Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

V. Urgencia Médica en el Extranjero

1. Si cuentas con la cobertura de Necesidad Médicas Imprevistas en el Extranjero (NIME) y estando fuera del país requieres de asistencia médica inmediata deberás llamar al teléfono 1(877) 639 4639, si te encuentras en los Estados Unidos, o por cobrar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) 5326 9500 si te encuentras en cualquier otro país.
2. Proporciona al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de emergencia y el lugar donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano en donde podrás recibir la atención médica necesaria, y un número telefónico para poder contactarte en caso de requerir alguna información adicional.
4. Cuando la estancia sea mayor a 24 horas es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso a urgencias, en caso contrario deberás notificarlo tú mismo.
5. El reporte previo de la urgencia no implica la autorización del Pago Directo.
6. Si la estancia es menor a 24 horas y no se obtuvo la información necesaria por parte de alguno de nuestros médicos para evaluar el caso, los gastos deberán ser presentados mediante reembolso.
7. En caso de recibir atención médica en el extranjero, el asegurado deberá solicitar y presentar un informe de su médico tratante en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación de ICD y CPT vigentes

Nota:

NIME: Se entiende por Necesidad Médica Imprevista en el Extranjero (NIME), toda necesidad inmediata de suministrar servicios médicos a un asegurado o cualquiera de sus dependientes que se encuentren fuera del territorio nacional, a consecuencia de un evento amparado.

VI. Asistencia Alfa Medical

1. Cobertura de Ambulancia Terrestre Nacional

(55) 5250 4116 Ciudad de México

01 800 713 5076 Sin Costo de los Estados de la República

El Asegurado, o cualquiera de sus Dependientes podrán solicitar a Seguros Monterrey New York Life, sin costo adicional, la prestación del servicio de ambulancia terrestre nacional que se requiera en virtud de presentarse alguna Enfermedad Amparada o Padecimiento Amparado, siempre y cuando el traslado sea médicamente necesario a juicio de Seguros Monterrey New York Life.

El personal del servicio de Ambulancia Terrestre podrá solicitar al Asegurado o Dependiente el acceso a su historial clínico, para conocer su situación. **Si la solicitud es denegada, sin causa justificada, Seguros Monterrey New York Life, quedará liberado de la obligación de prestar el servicio de Ambulancia Terrestre.**

El Asegurado o Dependiente podrá solicitar de manera directa a algún tercero, que proporcione el servicio de Ambulancia Terrestre, únicamente cuando se encuentre fuera de su población de residencia permanente y se vea imposibilitado de solicitarlo a Seguros Monterrey New York Life. En este caso, y siempre y cuando pueda ser comprobado a juicio de Seguros Monterrey New York Life, quedará cubierto de acuerdo al Gasto Usual y Razonablemente Acostumbrado para el tipo de proveedor y zona en donde se brindó la atención.

En caso de hacer uso de Ambulancia Terrestre sin previa notificación a Seguros Monterrey New York Life, como consecuencia de una Urgencia Médica, el Asegurado, Dependiente o su representante deberá de comunicarlo a Seguros Monterrey New York Life, a más tardar dentro de las 24 horas siguientes al Siniestro.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE AMBULANCIA

No se cubrirán los gastos erogados por la contratación o utilización de Ambulancia Terrestre si el Asegurado o Dependiente no cumplen con los requisitos establecidos en esta sección.

1. Consulta médica a domicilio

A petición del Asegurado o Dependiente, se podrá enviar un médico a su domicilio para consultas de Enfermedades Amparadas o Padecimientos Amparados que no se

consideren como Urgencia Médica y que padezca el Asegurado o un Dependiente.

La consulta tendrá un costo de \$250.00 (doscientos cincuenta pesos 00/100 M.N.), los cuales el Asegurado o Dependiente deberá pagar al doctor al finalizar la consulta. Este servicio opera en la ciudad de residencia permanente del asegurado y hasta el kilómetro 100 contado desde el centro de dicha ciudad.

2. Orientación médica telefónica

A petición del Asegurado o Dependiente, se le podrá orientar telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren de la presencia de un médico. Este servicio opera en toda la República Mexicana.

Los siguientes servicios procederán cuando el asegurado o sus dependientes se encuentren a más de 100 kilómetros de la ciudad permanente de residencia y requieran usarlos debido a un accidente o enfermedad imprevistos. Estos servicios deberán solicitarse previamente a Asistencia Alfa Medical para que queden cubiertos.

3. Pago de boleto redondo para un familiar, y gastos de hospedaje

En caso de hospitalización imprevista del asegurado a más de 100 km de su ciudad permanente de residencia, derivada de una Enfermedad Amparada o de un Accidente Amparado por la póliza. Cuando el médico tratante determine que es médicamente previsible que la hospitalización tendrá una duración superior a 5 (cinco) días, Seguros Monterrey New York Life pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado, un boleto ida y vuelta (clase estándar, con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado) a fin de que acuda a su lado, adicionalmente gestionará el hospedaje de la persona designada con un precio de hasta un máximo de \$120.00 U.S. Dólares, por día, durante máximo 10 (diez) días naturales consecutivos por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año y póliza.

4. Gastos de hotel por convalecencia

Seguros Monterrey New York Life cubrirá los gastos necesarios para la prolongación de la estancia del Asegurado o Dependiente, en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico Tratante y el equipo médico de Asistencia Alfa Medical. Este beneficio está limitado a \$120.00 U.S. Dólares, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por evento, hasta 2 (dos) eventos por año y póliza.

5. Traslado a domicilio

Si el asegurado después del tratamiento local, según el criterio del Médico Tratante y del equipo médico de Asistencia Alfa Medical, no puede regresar a su ciudad de residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, Seguros Monterrey New York Life coordinará su traslado por avión o autobús de línea regular, haciéndose cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA ALFA MEDICAL

- 1. No se cubrirá ninguno de estos gastos si no se solicitan y aprueban por Seguros Monterrey New York Life, de acuerdo al procedimiento especificado en la sección "Procedimientos para el uso de tu póliza" de las condiciones generales.**
- 2. No se cubrirán gastos de acompañantes, boletos de avión, camión, gastos de hotel para el asegurado ni ninguna otra persona que lo acompañe para cirugías programadas o enfermedades o accidentes que hayan iniciado en su ciudad permanente de residencia.**

6. Traslado por fallecimiento

En caso de que el fallecimiento del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes incluidos en esta póliza, ocurra a causa de un Accidente Amparado o Enfermedad Amparada, a más de 100 kilómetros de su ciudad permanente de residencia, Seguros Monterrey New York Life a solicitud de los beneficiarios, prestará a través de Asistencia Alfa Medical uno de los siguientes servicios funerarios:

Traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad que hubiere sido la ciudad de residencia permanente del asegurado, o Inhumación de los restos del asegurado en el lugar donde se haya producido el deceso, o Traslado de dichos restos hasta el lugar de inhumación en cualquier otra ciudad que no hubiere sido la de residencia permanente del asegurado.

Cuando se elija cualquiera de las dos últimas opciones, el límite máximo de indemnización será el equivalente del costo que se hubiere tenido que erogar si se hubiera optado por la alternativa indicada en el primer inciso, por lo que los costos excedentes quedarán a cargo del solicitante del servicio, o en su caso, de los herederos del asegurado.

En adición, Seguros Monterrey New York Life gestionará todas las formalidades necesarias incluyendo cualquier

trámite legal que se requiera para el cumplimiento de esta cobertura.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

- 1. No se cubrirán los gastos de traslado por fallecimiento si este no ocurre a más de 100 kilómetros de la ciudad permanente de residencia del asegurado, o dependiente afectado.**
- 2. Servicios que no se hayan coordinado a través de Asistencia Alfa Medical.**
- 7. Servicios de Asistencia:**

1. Transferencia de fondos: Seguros Monterrey New York Life ofrece el servicio de transferencia de fondos desde 300 hasta 5,000 dólares para pago de honorarios médicos, gastos de hospital o de medicamentos, o bien en caso de robo.

En cualquier caso, se requiere el previo depósito de la cantidad a transferir conforme a lo acordado con Seguros Monterrey New York Life cuando se solicite el servicio.

2. Asistencia en caso de robo o pérdida de pasaporte, visa o boletos de avión: Seguros Monterrey New York Life proveerá la información necesaria e indicará el procedimiento a seguir con las autoridades competentes con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.
3. Búsqueda, rastreo y transporte de equipaje u objetos perdidos o robados: En caso de pérdida o robo de equipaje u objetos de valor del asegurado o de cualquiera de sus dependientes, Seguros Monterrey New York Life asesorará al asegurado para la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes y se le brindará ayuda para su localización y reexpedición al domicilio del asegurado en caso de que fuesen encontrados.
4. Transmisión de mensajes urgentes: Seguros Monterrey New York Life brindará el servicio de transmisión de mensajes urgentes de y al Asegurado o a cualquiera de sus Dependientes que sean consecuencia directa de cualquiera de haberse presentado algún Siniestro.

VII. Ingreso Directo al Hospital

1. Deberás revisar con anticipación los procedimientos y trámites sobre la cobertura de tu póliza.

2. A tu llegada al hospital de red, deberás identificarte como asegurado de Seguros Monterrey New York Life mostrando tu credencial Alfa Medical junto con una identificación oficial con fotografía.
3. Cuando se realice tu reporte te proporcionaremos un número de identificación para tu trámite, el cual será indispensable lo conserves por si se requiere mayor información acerca de tu tratamiento.
4. Este servicio sólo opera si el asegurado o sus dependientes, proporcionan a Seguros Monterrey New York Life la información necesaria para determinar la procedencia del evento, en tiempo y forma.

Nota:

- Las Cirugías Programadas de corta estancia deberán ser tramitadas de acuerdo a lo especificado dentro del procedimiento de Cirugía Programada.
- Este servicio no podrá aplicarse para las urgencias, ya que éstas deberán ser tramitadas mediante lo especificado en el procedimiento de Urgencias Médicas.

VIII. Cirugía Programada, Territorio Nacional e Internacional

1. Deberás revisar con anticipación si tu tratamiento está o no amparado por la póliza.
2. Obtener los formatos de Informe Médico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad en nuestras oficinas, en alguno de nuestros módulos o en nuestra página web **www.mnyl.com.mx**
3. Si el tratamiento está amparado, tu Médico deberá llenar completamente el Informe Médico.
4. Tú deberás llenar el Aviso de Accidentes y/o Enfermedad.
5. El tratamiento deberá estar sustentado con los estudios clínicos preoperatorios, de laboratorio o gabinete y la interpretación de los mismos.
6. Elegir el médico y hospital de convenio para ser atendido además de informar la fecha en que se efectuará el tratamiento.
7. Solicitar a tu médico un presupuesto detallado de los honorarios médicos y/o quirúrgicos del tratamiento.
8. Toda la información deberá ser entregada en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life con un mínimo de 5 días hábiles para territorio nacional y 10 días hábiles para territorio

internacional antes de su tratamiento.

9. La respuesta de tu solicitud de Cirugía Programada podrás recogerla directamente en donde iniciaste tu trámite de acuerdo al tiempo establecido.
10. Si el trámite es aprobado se te entregará la autorización por escrito, la cual deberás presentar al ingresar al hospital junto con tu credencial Alfa Medical y una identificación oficial.

Nota:

- El Formato de Admisión Hospitalaria caduca a los 30 días de haber sido expedido.
- Si por alguna razón realizaste el pago por la cirugía o tratamiento médico, el trámite deberá ser vía reembolso.
- La información de cualquiera de nuestros proveedores puedes consultarla llamando directamente al: CAT 5326 9500 / lada sin costo 01800 906 2100 o al 1(877) 639 4639 en Estados Unidos, en donde nuestros operadores te proporcionarán la información de cualquier parte del país que necesites, o visitando nuestra página web **www.mnyl.com.mx** en donde contamos con un directorio interactivo que puede ayudarte.

IX. Segunda Opinión Médica Territorio Nacional

1. Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) 5326 9500 / lada sin costo al 01 800 906 2100.
2. Solicitar una Segunda Opinión Médica Nacional o Internacional según sea el caso y la territorialidad de tu póliza.
3. Nuestro personal del CAT o de cualquiera de los módulos de Seguros Monterrey te indicarán la documentación que necesitará para tu trámite:
 - Carta especificando los requerimientos de la segunda opinión.
 - Tu Médico deberá llenar completamente el formato de Informe Médico.
 - Tú deberás llenar el formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
 - Anexar los estudios clínicos de laboratorio o gabinete realizados previamente y la interpretación de los mismos. En caso de requerir que se entreguen las placas y otros estudios, te será indicado por nuestro personal.

Toda la información deberá ser entregada directamente en nuestras oficinas, en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life.

- Una vez revisado tu trámite si es aceptado se coordinará tu atención con algún médico especialista miembro de la red.
 - Posteriormente se te notificará vía telefónica: Nombre del médico especialista que realizará la segunda Opinión, lugar, fecha y hora en que se efectuará tu cita. Es indispensable que al momento de tu consulta menciones al médico especialista que vas con la finalidad de recibir una opinión médica y lleses contigo todos los estudios clínicos de laboratorio, gabinete, radiografías y todos los exámenes que te hayan practicado previamente.
- Si coordinas todo el trámite de acuerdo a lo mencionado anteriormente, el costo de la consulta correrá por cuenta de Seguros Monterrey New York Life.

Nota:

- En caso de que la segunda opinión sea documental, se te informará el resultado.
- Sólo si la segunda opinión médica fuera contraria a la opinión inicial, podrás solicitar una tercera opinión.

X. Reembolso

Todos los gastos que hagas directamente a cualquier proveedor médico y que estén amparados por tu póliza Alfa Medical serán reembolsados de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) 5326 9500 / lada sin costo al 01 800 906 2100 en donde te podrán indicar la forma en cómo deberás presentar tu trámite.
- Para cualquier caso deberás contar con los siguientes documentos:
 - Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad llenado y formado por ti.
 - Formato de Informe Médico llenado y firmado por el médico tratante.
 - Historial Médico (Antecedentes, diagnóstico, resultados y tratamiento) y, si es posible, un Expediente.
 - Resultado de todos los análisis y estudios realizados con su respectiva interpretación (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografía,

resonancia magnética, estudio histopatológico).

- Copia fotostática de una identificación oficial (IFE o Pasaporte) del asegurado.
- Original de todos los comprobantes de pago a nombre del reclamante o bien a nombre del Asegurado Titular en caso de tratarse de un menor de edad.
- Todos los comprobantes (facturas de hospital con el estado de cuenta anexo o comanda, recibos de honorarios médicos con las fechas de cada consulta y nombre del paciente, notas de farmacia con precios unitarios y anexando la receta y estudios) deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes (fecha de expedición, fecha de servicio, desglose de cada concepto que se está cobrando con importe unitario y cédula fiscal impresa).

Te recomendamos sacar copias fotostáticas de todos los documentos antes mencionados.

- En caso de intervención de más de un médico deberás presentar un Informe Médico por cada uno de los especialistas involucrados.
- En caso de intervenciones simultáneas, deberás entregar un Informe Médico y un Aviso de Accidente y/o Enfermedad por cada asegurado o padecimiento.
- Seguros Monterrey New York Life revisará toda la información que entregaste y determinará lo que procede de acuerdo a la cobertura de la póliza.

Nota:

- En caso de cirugía, presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.
- A las facturas de laboratorio y gabinete deberán anexarse los estudios y la interpretación médica correspondiente. Es requisito indispensable entregar placas e interpretación médica de rayos X.
- En todos aquellos casos de cirugía en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte de histopatología.
- En pagos por reembolso aplica la base de honorarios quirúrgicos de tu póliza y el porcentaje correspondiente del tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos.
- Para los gastos realizados en el extranjero se requiere: Informe de su Médico en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación ICD y CPT* vigentes.

- En caso de accidente automovilístico, asalto con arma blanca o de fuego o en aquellos casos donde haya habido violencia, se debe entregar copia del acta del ministerio público.

No se reembolsarán donativos a instituciones de beneficencia.

***ICD – Código Internacional de Enfermedades**

CPT – Código de Procedimientos y Tratamientos.

Muestra sin valor