HOLA, Alfa Medical Internacional®

El Seguro de Gastos Médicos Mayores que te acompaña a donde vayas, con la libertad de atenderte en cualquier parte del mundo.

Nuestro propósito es **Proteger Mejor®**

Condiciones Generales

Junio 2026

NEW YORK LIFE

SEGUROS MONTERREY

Contenido

I. Objeto del Seguro **3**
II. Definiciones **3**
III. Gastos Médicos Amparados **9**
IV. Coberturas Básicas **13**
IV. 1. Maternidad 13
IV. 2. Circuncisión 16
IV. 3. Enfermedades Congénitas y Genéticas para Nacidos Fuera de Vigencia 17
IV. 4. Nariz y Senos Paranasales 17
IV. 5. Trasplantes 17
IV. 6. Accidentes Dentales 17
IV. 7. Hernias 18
IV. 8. Deportes o Actividades Peligrosas 18
IV. 9. Protección Patrimonial 18
IV. 10. Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos 19
IV. 11. Rodilla, hombro y/o columna 19
IV. 12. Terapias Génicas y Drogas Huérfanas 20
IV. 13. Asistencia en el Extranjero 20
IV. 14. Ambulancia Terrestre o Aérea 22
IV. 15. Servicios de Asistencia Alfa Medical 22
IV. 16. Dental Básica 24
V. Preexistencia Declarada **25**
VI. Enfermedades y Lesiones con Periodos de Espera **25**
VII. Exclusiones Generales **26**
VIII. Coberturas Opcionales **29**
VIII. 1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por Virus de Inmunodeficiencia Humana (SIDA/VIH) 29
VIII. 2. Protección por Fallecimiento 29
VIII. 3. Eliminación de Deducible por Accidente 30
VIII. 4. Alfa Medical Cash por Diagnóstico 31
VIII. 5. Dental Premium 37
IX. Bases para Determinar la Indemnización **38**
X. Cláusulas Generales **42**

Derechos como Contratante, Asegurado y/o beneficiario de un Seguro **53**

I. Objeto del seguro

A través del Seguro de Gastos Médicos Mayores Alfa Medical, Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. (en lo sucesivo la Institución Aseguradora) se compromete a cubrir los Gastos Médicos necesarios y prescritos por el médico tratante para la recuperación de la salud o vigor vital del Asegurado ocasionados por un Accidente, Enfermedad, parto o cesárea amparados por este Contrato, que sean erogados dentro del territorio que se estipula en la carátula de la Póliza siempre y cuando el contrato se encuentre en vigor. Los gastos a cargo de la Institución Aseguradora serán dentro de los límites y condiciones que a continuación se establecen.

II. Definiciones

Accidente o Lesión

Todo acontecimiento cubierto proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado que produzca una Lesión corporal en el Asegurado, y que no es consecuencia de una enfermedad previa, ni de un acto voluntario del Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un mismo Accidente se consideran como un solo Siniestro.

En caso de que el primer gasto se realice con posterioridad a los 30 (treinta) días de ocurrido el Accidente dicho acontecimiento no se considerará como un Accidente sino como una Enfermedad.

Actividades Peligrosas

Se considerarán Actividades Peligrosas todas aquellas ocupaciones, profesiones, deportes o prácticas de alto riesgo que incrementen significativamente la probabilidad de ocurrencia de un Accidente más allá del riesgo ordinario, incluyendo especialmente las actividades cuyo objeto sea fabricar, manipular, expender o almacenar productos susceptibles de generar riesgos graves por explosiones, combustiones, radiaciones u otros de naturaleza análoga que puedan afectar a las personas o a los bienes.

Asegurado

Es la persona, con residencia permanente dentro de la República Mexicana, expuesta a cualquier Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza y que tiene derecho a los beneficios contratados.

Asegurado Titular

Persona asegurada determinada por el Contratante que en adición a éste puede solicitar modificaciones a la Póliza.

Carátula de la Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes.

Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

Es la tabla que contiene los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como el valor asociado a cada uno de ellos, establecidos por la Institución Aseguradora.

El Catálogo de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que, si un Padecimiento especial o determinado no se encuentra incluido, el valor asociado a dicho Padecimiento se determinará de acuerdo con su similitud con otro Padecimiento incluido en el catálogo.

El Catálogo de Honorarios estará disponible en el portal público de la Institución Aseguradora (**www.mnyl.com.mx**).

Cirugía Robótica

Conocida como cirugía laparoscópica asistida por robot, es una técnica en la cual un cirujano lleva a cabo la cirugía usando una consola que controla de manera remota instrumentos muy pequeños fijados a un robot.

Coaseguro Único

Es el porcentaje identificado en la Carátula de la Póliza, que determina la cantidad con la cual el Asegurado habrá de participar del total de los Gastos Médicos Amparados una vez descontado el Deducible en cada Accidente o Enfermedad Amparados ya sea inicial o sus complementos, incluso si corresponden a un Siniestro Amparado previo hasta llegar al Tope de Coaseguro correspondiente, por única ocasión para cada Siniestro Amparado.

Contratante

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que, para efectos de éste, será la responsable del pago de la Prima.

Contrato

Es el documento en el que constan los derechos y obligaciones tanto del Contratante y Asegurado como de la Institución Aseguradora mediante el cual se establecen los términos y condiciones bajo los cuales operará el seguro, éste está integrado por:

a. La solicitud inicial y su(s) cuestionario(s) médico(s).

b. La Carátula de la Póliza.

c. Condiciones Generales.

d. En su caso, las cláusulas adicionales o endosos, debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Institución Aseguradora.

e. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

Deducible

Cantidad inicial que quedará a cargo del Asegurado para cada Enfermedad o Accidente amparados y que se identifica en la Carátula de la Póliza.

Deducible Único

Es el Deducible contratado para Asegurados hasta los 60 (sesenta) años de edad y que quedará a su cargo por única ocasión en cada Accidente o Enfermedad Amparados.

El monto correspondiente al Deducible Único se identifica en la Carátula de la Póliza.

Deducible Anual

Una vez cubierto el Deducible contratado y a partir de la siguiente renovación, será la cantidad inicial que quedará a cargo del Asegurado cada año de vigencia de la Póliza para los complementos de cada Accidente o Enfermedad amparados.

El monto correspondiente al Deducible Anual se identifica dentro de la sección Gastos a Cargo del Asegurado.

Deducible Básico

Se consideran Deducibles Básicos a todos los Deducibles menores a US $10,000 (diez mil) dólares.

Deducible en Exceso

Se considera Deducible en Exceso a los Deducibles iguales o mayores a US $10,000 (diez mil) dólares.

Deportes

Actividad física, organizada y reglamentada, que tiene por finalidad preservar y mejorar la salud física y mental, el desarrollo social, ético e intelectual, con el logro de resultados en competiciones.

Drogas Huérfanas

Se considera Medicamentos Huérfanos o Drogas Huérfanas a Medicamentos y productos farmacéuticos que tengan registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y que sean empleados en el tratamiento de una enfermedad rara reconocida en México por el Consejo de Salubridad General (CSG).

Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que puede otorgar la Institución Aseguradora mediante el cual podrá disminuir parcial o totalmente los periodos de espera establecidos en el presente Contrato.

Endoso

Documento emitido por la Institución Aseguradora, registrado previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, que forma parte del Contrato de seguro que modifica los términos originales de la Póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

Enfermedad y/o Padecimiento

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesionista legalmente autorizado, que provenga de alteraciones patológicas, morfológico estructurales y/o funcionales de un organismo comprobables.

Todas las Enfermedades que se produzcan como consecuencia, recurrencia o recaída, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad amparada que les dio origen.

No se considerará como enfermedad los Padecimientos o estados provocados intencionalmente por el Asegurado.

Enfermedad Congénita y Genética

Enfermedad con la que se nace y/o se contrae en el útero materno por tener origen genético.

Enfermedad o Lesión Preexistente

Se considerará preexistente, cualquier Enfermedad o Lesión:

- Que haya sido declarada antes de la celebración del Contrato y/o;
- Que exista un expediente médico o resumen clínico por un médico legalmente autorizado, y determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato y/o;
- Diagnosticada con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico y/o;
- Por la que previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico de la Enfermedad y/o Lesión del que se trate.

En caso de que la Institución Aseguradora notifique al Asegurado la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de una Enfermedad o Lesión Preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes.

En tal supuesto, desde ahora, la Institución Aseguradora acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado, y por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

Ambas partes deberán de firmar el convenio arbitral antes de iniciar el procedimiento. 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 la Institución Aseguradora.

Enfermedad Terminal

Es aquella Enfermedad o Lesión en que la muerte es inminente.

Evento Programado

Es el servicio mediante el cual la Institución Aseguradora, a solicitud del Asegurado, podrá autorizar el Pago Directo de Gastos Médicos Amparados de un Siniestro Amparado.

Expediente Médico

Conjunto único, integrado y ordenado de información y datos personales del paciente que se genera en cualquier establecimiento de atención médica y que se conforma por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, ópticos, magneto-ópticos o de cualquier otro tipo.

El personal de salud deberá registrar de manera veraz, completa, clara y oportuna todas las intervenciones realizadas durante la atención, incluyendo anotaciones, constancias y certificaciones, mismas que deberán estar debidamente identificadas y suscritas por el profesional responsable, con el fin de asegurar la continuidad, calidad y seguridad del cuidado del paciente.

Gasto Procedente

Para efectos de este Contrato, son todos aquellos gastos médicos erogados y amparados una vez que fueron aplicados los ajustes, límites, exclusiones y deducciones a cargo del Asegurado incluyendo Deducible y Coaseguro.

Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado

Es el valor monetario de los bienes y servicios materiales de este Contrato, diferentes a los honorarios médicos por servicios profesionales, que son establecidos convencionalmente a través de listas de precios establecidas con los Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora. Estos precios toman en consideración la calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

El monto máximo de los Gastos Médicos cubiertos por esta Póliza diferentes a los honorarios médicos por servicios profesionales, brindados por proveedores con los que la Institución Aseguradora no tenga establecido un convenio, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

El catálogo del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado es descriptivo más no limitativo, por lo que, si un servicio o insumo médico no se encuentra incluido, el Asegurado podrá solicitar a la Institución Aseguradora que le proporcione dicho valor, siempre y cuando el Padecimiento generador del gasto médico, el insumo o el servicio no se encuentre expresamente excluido.

El Catálogo del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado se actualizará al menos cada 12 (doce) meses y estará disponible en el portal de clientes de la Institución Aseguradora o a través de los números telefónicos de la Institución Aseguradora.

Inicio de Cobertura

Fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios del contrato de seguro.

El Asegurado perderá su antigüedad en caso de que la Póliza se cancele o no se renueve.

Institución Aseguradora

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

Maternidad

La función reproductiva de la mujer que comprende la gestación y el embarazo. El embarazo inicia con la fecundación y termina con el nacimiento.

Médico

Profesional de la salud, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión mediante cédula profesional. En el caso de Médico especialista, deberá contar, adicionalmente, con la certificación vigente por el Consejo de la

Especialidad de que se trate. Para el uso de dispositivos médicos de alta especialidad, el Médico especialista deberá contar con evidencia oficial o institucional que avale su entrenamiento en el uso del dispositivo médico de alta especialidad. El Asegurado elige de manera libre y voluntaria a su médico tratante.

El Asegurado debe cerciorarse que sus Médicos tratantes cuentan con cédula profesional, cédula de especialidad, así como las correspondientes certificaciones y entrenamientos médicos que resulten necesarios para ejercer la especialidad de que se trate.

Pago Directo

Pago de los gastos médicos cubiertos por un Siniestro Amparado que la Institución Aseguradora realiza de manera directa a los Prestadores de Servicios Médicos elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.

Este servicio se podrá otorgar siempre y cuando la Institución Aseguradora cuente oportunamente con la información y documentación necesaria para verificar la procedencia del Siniestro.

En el caso de optar por el beneficio de Pago Directo, necesariamente el monto de gasto hospitalario deberá superar el monto del Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza y se pagará de acuerdo con los convenios establecidos por la Institución Aseguradora.

La Institución Aseguradora únicamente es responsable del pago por Reembolso al Asegurado de los gastos médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

Periodo al Descubierto

Intervalo de tiempo entre el momento en el cual cesan los efectos automáticamente de este Contrato por la falta de pago de primas y la fecha de su Rehabilitación.

Periodo de Espera

Es el tiempo ininterrumpido que debe transcurrir entre la fecha de alta del Asegurado en la Póliza y la fecha a partir de la cual se cubrirán ciertas Enfermedades.

Politraumatismo

Traumatismo que afecta dos o más órganos o que produce al menos una lesión con graves repercusiones circulatorias, respiratorias o metabólicas que pone en peligro la vida del paciente.

Las causas más habituales son accidentes de tráfico, ahogamiento, lesiones intencionadas, quemaduras y caídas.

Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora

Hospitales, médicos, laboratorios y gabinetes, farmacias y prestadores de equipo médico con los que la Institución Aseguradora ha celebrado Convenios de Pago Directo, lo que no excluye, ni limita el derecho del Asegurado de elegir libre y voluntariamente a los Hospitales, médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y cualquier otro prestador de servicios cuyo objeto sea brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud.

Dichos Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora podrán sufrir modificaciones por parte de la Institución Aseguradora en cualquier momento y podrán ser consultados en el directorio de Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora en el portal de la Institución Aseguradora (**www.mnyl.com.mx**). La Institución Aseguradora no está obligada a contar con Prestadores de Servicios Médicos en convenio en todas las áreas geográficas de la República Mexicana.

En caso, de que el Asegurado elija de manera libre y voluntaria continuar su atención médica con algún Prestador de Servicios Médicos que ya no se encuentre en convenio con la Institución Aseguradora, el pago de los Gastos Médicos Amparados se cubrirá vía Reembolso.

Prima

Contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Contratante.

Pruebas Moleculares

Método de laboratorio en el que se utiliza una muestra de tejido, sangre o líquido corporal para verificar si hay ciertos genes, proteínas u otras moléculas que son signo de una enfermedad o afección, como el cáncer.

Reembolso

Es la restitución, por parte de la Institución Aseguradora, de los Gastos Médicos erogados por el Asegurado por la atención de un Siniestro Amparado después de aplicar las condiciones contratadas, siempre que sean procedentes.

Región Anatómica

Áreas del cuerpo humano que están definidas por puntos de referencia de estructuras que son evidentes y fácilmente palpables o visibles. Regiones principales: cabeza, cuello, tórax, abdomen, pelvis, extremidad superior, extremidad inferior.

Residencia

Ciudad o población, dentro de la República Mexicana, declarada en la solicitud como domicilio permanente de los Asegurados de la Póliza.

Para efectos de este Contrato, solamente estarán cubiertos los Asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante y/o el Asegurado Titular tienen la obligación de notificar por escrito a la Institución Aseguradora el lugar de residencia de los Asegurados cuando estos residan en un lugar diferente al del Asegurado Titular.

Si alguno de los Asegurados permanece más de 12 (doce) meses continuos fuera de territorio nacional, cesarán automáticamente los efectos del contrato en el momento en que se cumplan los plazos antes citados, respectivamente.

La Institución Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la Residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

Segunda Opinión Médica

Servicio que otorga la Institución Aseguradora a través de Evento Programado, a petición del Asegurado a efecto de que se corrobore el diagnóstico y/o tratamiento del médico tratante, por medio de médicos especialistas que no participarán de ninguna manera en la atención médica del Asegurado.

Segunda Valoración Médica

A solicitud de la Institución Aseguradora y mediante Evento Programado, el Asegurado deberá acudir con médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que son designados por la Institución Aseguradora, a efecto de corroborar el diagnóstico y tratamiento del Siniestro.

Este servicio se otorga sin costo adicional.

Para aquellos Padecimientos que se enuncian en las Condiciones Generales que requieran una Segunda Valoración, ésta deberá realizarse previo a la atención médica.

Siniestro

Cualquier Accidente, Enfermedad o Maternidad presentado por el Asegurado y que sea cubierto por la Póliza y que no esté expresamente excluido.

Suma Asegurada

Monto máximo de responsabilidad que la Institución Aseguradora asumirá durante todo el tiempo de la Póliza o sus renovaciones vigentes con la Institución Aseguradora, por cada Siniestro Amparado, serán las cantidades que se especifiquen en la Carátula de la Póliza y/o en las presentes Condiciones Generales como Suma Asegurada para cada beneficio.

Tabulador

Lista de procedimientos y atenciones médicas, que podría recibir el Asegurado para la atención de un Siniestro Amparado y especifica el monto máximo a pagar por la Institución Aseguradora para cada uno de estos.

Terapia Génica

Tratamiento médico que implica la modificación de genes en las células del cuerpo con el objetivo de corregir mutaciones genéticas. Puede consistir en la introducción, reparación o reemplazo de material genético, así como para fortalecer el sistema inmunológico.

Tope de Coaseguro Único

Es el monto máximo de participación por Asegurado por concepto de Coaseguro para cada Siniestro Amparado.

Tratamiento Médico

Conjunto de acciones destinadas a tratar y restaurar la salud de las personas. Esto incluye la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.

Tratamientos de Infertilidad y/o Esterilidad

Conjunto de técnicas y procedimientos diseñados para ayudar al diagnóstico y/o corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad que sufra el Asegurado.

Tratamientos Médicos o Quirúrgicos de Naturaleza Experimental y/o de Investigación

Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de Enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica nacional e internacional y/o que se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o cualquier fase de un experimento clínico.

Urgencia Médica

Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el Asegurado, que ponga en peligro su vida o la viabilidad de un órgano, como resultado de algún Accidente o Enfermedad amparados y por los que se requiera atención médica inmediata.

III. Gastos Médicos Amparados

Los Gastos Médicos Amparados son todos aquellos gastos médicamente necesarios para la atención de un Siniestro Amparado en términos de estas Condiciones Generales, consistentes en:

a. Honorarios profesionales de médicos, anestesiólogos, terapeutas y enfermeras, según el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido. Los honorarios del médico tratante derivados de consultas postoperatorias efectuadas dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes al tratamiento quirúrgico están incluidos dentro de dicho monto máximo.

b. La prestación de servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias para la atención médica.

c. La adquisición de Medicamentos y materiales de tipo médico o quirúrgico.

Todos los Gastos Médicos Amparados, deberán estar debidamente documentados con comprobantes fiscales expedidos con apego a la legislación fiscal del lugar donde se emitan.

Los Gastos Médicos Amparados se detallan a continuación:

III. 1. Servicios Médicos Profesionales

a. Honorarios del médico tratante por tratamientos médicos y quirúrgicos. Para fines de este Contrato se considera

médico tratante al profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio libre de su profesión, que puede ser médico general, médico especialista, alópata u homeópata, que cuente con cédula profesional de la especialidad para realizar los procedimientos médicos correspondientes, elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.

b. Honorarios del anestesiólogo. Se cubrirán hasta por el 30% (treinta por ciento) de lo pagado al cirujano. Para fines de este Contrato se entiende por anestesiólogo al médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia, elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.

c. Honorarios de los médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% (veinte por ciento) de lo pagado al (los) médico(s) cirujano(s). Para fines de este Contrato se considera médico ayudante a la persona que reúne los requisitos legales señalados en la definición de médico tratante y actúa en auxilio de cualquiera de éstos, subordinadamente en una intervención quirúrgica, elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.

d. Honorarios del instrumentista se cubrirán únicamente dentro de la factura hospitalaria.

e. Honorarios por consultas de acuerdo a lo especificado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

f. Honorarios por tratamientos médicos intrahospitalarios. En caso de requerir más de una consulta por día, éstas deberán estar médicamente justificadas de acuerdo al estado de salud y evolución del asegurado amparadas por nota en el expediente y deberán ser aprobadas por la Institución Aseguradora.

En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:

a. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio y/o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido para cada una de éstas.

b. Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% (cien por ciento) de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% (cincuenta por ciento) del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

c. Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 25% (veinticinco por ciento) de lo tabulado para la cirugía principal. Los honorarios médicos del anestesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% (treinta y dos por ciento) de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

d. 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% (cien por ciento) de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

e. En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% (cien por ciento) cada una.

f. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.

g. Cuando en una misma intervención quirúrgica u hospitalización se traten dos Enfermedades o Lesiones de las cuales solamente una está cubierta, se pagará:

- Honorarios Médicos del Siniestro Amparado al 100% (cien por ciento).
- 60% (sesenta por ciento) de la factura hospitalaria total cuando el Siniestro amparado sea el de mayor costo y/o complejidad.
- 30% (treinta por ciento) de la factura hospitalaria cuando el Siniestro Amparado no sea el de mayor costo y/o complejidad.

III. 2. Servicios de Hospital

Se considera como Hospital a toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de

pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las 24 (veinticuatro) horas del día y que son elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.

Para efectos de este Contrato, **no se considera hospital a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.**

El monto máximo a pagar para cada uno de los conceptos en este apartado será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado en territorio nacional de acuerdo al plan que se identifica en la Carátula de la Póliza.

a. Cuarto de hospital sencillo, privado, estándar, con baño, en caso de atención en el extranjero se otorgará por día hasta un máximo de US $650 (seiscientos cincuenta dólares) vía reembolso, previa comprobación de los gastos realizados.

b. Sala de operación, de recuperación y de urgencias.

c. Unidad de terapia intensiva. En caso de atención en el extranjero se otorgará por día hasta un máximo de US $1,200 (un mil doscientos dólares), previa comprobación de los gastos realizados.

d. Medicamentos, materiales de curación, insumos quirúrgicos y cualquier otro bien de tipo médico.

e. Adquisición y aplicación de sueros, aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo estudios hechos a posibles donadores de sangre.

f. Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

III. 3. Tratamientos Especializados y de Rehabilitación

Honorarios por los tratamientos tales como radioterapia, quimioterapia, hidroterapia e inhaloterapia, ordenados por el médico especialista elegido libre y voluntariamente por el propio Asegurado y que sean necesarios para el tratamiento de un Siniestro Amparado y que no se encuentre expresamente excluido dentro de la cláusula “VII. Exclusiones Generales”.

Se cubrirán hasta 30 (treinta) sesiones de rehabilitación física, auditiva, cardíaca y/o neurológica, indicada por médico especialista y necesaria para la recuperación de funciones orgánicas y que no se encuentren expresamente excluidas dentro de la cláusula “VII. Exclusiones Generales”, por Siniestro Amparado bajo Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. La cobertura aplica para 1 (una) sesión por día. En su caso, para la cobertura de sesiones adicionales, deberán ser previamente valoradas y autorizadas por la Institución Aseguradora.

No serán cubiertos los gastos erogados por servicios de estancia en instituciones especializadas de rehabilitación y/o servicios complementarios.

III. 4. Honorarios de Enfermeras

Enfermera es la persona que está legalmente autorizada para ejercer la profesión de enfermería elegida libre y voluntariamente por el propio Asegurado y que gestiona las indicaciones terapéuticas del médico tratante en la atención al Asegurado por un Siniestro Amparado. Se cubrirán como máximo 720 (setecientas veinte) horas de atención de un Siniestro Amparado, siempre que estos servicios sean médicamente necesarios y prescritos por el médico tratante para cuidados extrahospitalarios únicamente.

No se cubrirán los servicios relacionados con cuidados de acompañamiento e higiene personal del Asegurado.

III. 5. Tratamientos Homeopáticos y Quiroprácticos

Se cubrirán siempre que sean necesarios y prescritos por el médico tratante y aplicados respectivamente por médicos homeópatas y quiroprácticos titulados, elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado. Deberá comprobarse que estos tratamientos ayudarán a la recuperación de la salud del Asegurado.

III. 6. Medicamentos

Se entiende por Medicamento al fármaco, principio activo o al conjunto de ellos, integrado en una forma farmacéutica y destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades para diagnosticar, tratar, aliviar o curar Enfermedades, síntomas o estados patológicos; para fines de la cobertura deberá ser prescrito por el médico tratante.

La adquisición de Medicamentos prescritos por el médico tratante y/o médico especialista necesarios para el tratamiento de un Siniestro Amparado, será cubierta por la Institución Aseguradora, siempre y cuando se acompañe la factura de la farmacia con la receta correspondiente.

Se cubren los Medicamentos que cuenten con permiso vigente expedido por COFEPRIS y demás autoridades sanitarias y administrativas mexicanas, para su distribución y venta en territorio nacional.

III. 7. Servicios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología

Éstos quedarán cubiertos cuando sean necesarios y prescritos por el médico tratante en un Siniestro amparado, siempre y cuando tengan relación con el mismo. El Asegurado es quien elige libre y voluntariamente al prestador de estos servicios.

III. 8. Prótesis, Equipo Ortopédico y Similares

La adquisición de equipo de prótesis ortopédico que complemente una función fisiológica (como el movimiento, la locomoción y la estabilización) prescrito por el médico tratante y que sea necesario para el tratamiento de un Siniestro Amparado, quedará cubierta en los siguientes términos:

El monto máximo a pagar será el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado. El Pago Directo se podrá autorizar únicamente cuando los equipos se adquieran con Prestadores de Servicios en Convenio con la Institución Aseguradora, elegidos libre y voluntariamente por el Asegurado.

Para prótesis que incluyan mecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de US $15,000 (quince mil) dólares. El límite máximo para la adquisición de neuro estimuladores y desfibriladores automáticos, endoprótesis e implantes cardiovasculares es de US $60,000 (sesenta mil) dólares por Asegurado, para cubrir el costo total de la prótesis.

En caso de cirugía en la que se requiera la colocación de cualquier material protésico u ortopédico será indispensable solicitar copia del expediente clínico del hospital en donde se constate la colocación del mismo.

Siempre que derivado de un Siniestro Amparado por la Institución Aseguradora se requieran de estos insumos médicos, se cubrirán únicamente cuando cuenten con permiso vigente expedido por COFEPRIS y demás autoridades sanitarias y administrativas mexicanas, para su distribución y venta por parte del distribuidor autorizado designado por el fabricante. Solamente se cubrirán reemplazos de estos insumos médicos, cuando haya transcurrido el tiempo de su vida útil indicado por el fabricante dentro de la ficha técnica del insumo médico que se trate. No se cubrirán reposiciones posteriores a la adquisición a consecuencia de deterioro por mal uso de equipos.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE PRÓTESIS, EQUIPO ORTOPÉDICO Y SIMILARES.

No se cubrirá la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la presente Póliza.

III. 9. Equipo para Recuperación Extrahospitalaria

Compra o renta de equipos para la recuperación extrahospitalaria del Asegurado, indispensable para el tratamiento y recuperación de un Siniestro Amparado, prescritos por el médico tratante.

En caso de compra además se requerirá previa autorización de la Institución Aseguradora para equipo tal como, cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico ordenado por el médico tratante e indispensable para el tratamiento y recuperación de una Enfermedad o Accidente Amparados, lo que no excluye, ni limita el derecho del Asegurado de elegir libre y voluntariamente a cualesquier prestador de servicios cuyo objeto sea brindar los insumos señalados en la presente cláusula para la recuperación y restablecimiento de su salud.

El monto máximo a pagar será el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado.

No se cubrirán reposiciones posteriores a la adquisición a consecuencia de deterioro por mal uso de equipos.

La adquisición de equipo autorizado se determinará de acuerdo con el tiempo de vida útil indicado por el fabricante dentro de la ficha técnica.

Para equipos que incluyan mecanismos electrónicos y/o computarizados se pagarán con base al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado con un tope máximo de US $15,000 (quince mil) dólares.

III. 10. Equipamiento Médico

Se cubren los dispositivos de asistencia ambulatoria que favorezcan la rehabilitación o restitución de la función perdida a consecuencia de un evento agudo.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE EQUIPAMIENTO MÉDICO

No se cubrirá el uso de dispositivos de asistencia ambulatoria para Enfermedades crónicas que sean exclusivamente para la movilización de un paciente sin posibilidad de recuperar la función.

III. 11. Segunda Opinión Médica

En caso de que se requiera una intervención quirúrgica o tratamiento médico a consecuencia de un Siniestro Amparado, la Institución Aseguradora ofrece al Asegurado, sin costo en territorio nacional, una segunda opinión médica emitida por especialistas que no participarán de ninguna manera en la atención del Siniestro Amparado.

La solicitud para una segunda opinión médica deberá hacerse con al menos 5 (cinco) días hábiles previos a la fecha de la cirugía.

III. 12. Tecnología de Oxigenación de Membrana Extracorpórea (ECMO)

Quedarán cubiertos los gastos médicos derivados del uso de la Tecnología de Oxigenación de Membrana Extracorpórea (ECMO), siempre y cuando:

a. Se trate de una Enfermedad o Padecimiento cubierto por la póliza.

b. Se de aviso a la Institución Aseguradora antes de su colocación.

c. Cuente con Segunda Valoración Médica que determine su procedencia.

d. Se indemnizará con base al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado.

Es requisito que el hospital y médico especialista tratante elegidos libre y voluntariamente por el Asegurado cuenten con certificación vigente emitida por la Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) y demás instituciones aceptadas como autoridades en la materia, para el uso, manejo y colocación del equipo.

IV. Coberturas Básicas

IV. 1. Maternidad

Esta cobertura aplica únicamente para las Aseguradas bajo las siguientes condiciones:

- Mujeres que se embaracen entre los 15 (quince) y 44 (cuarenta y cuatro) años de edad,
- Siempre y cuando, al momento del nacimiento, la madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza o en alguna otra Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual y/o Familiar con esta Institución Aseguradora.
- Para efectos de esta cobertura no aplica el beneficio de Eliminación o Reducción de Periodos de Espera.

Mediante esta cláusula quedan cubiertos los siguientes beneficios:

a. Beneficio de Maternidad.

b. Complicaciones del Embarazo.

c. Recién Nacido.

IV. 1. A. Beneficio de Maternidad

Se cubrirá el Beneficio de Maternidad en los términos y condiciones que se señalan más adelante y tendrá como límite máximo la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para el Beneficio de Maternidad, siempre que presente la historia clínica completa, incluyendo los antecedentes ginecobstétricos de la madre Asegurada:

IV. 1. A. 1. Beneficio de Maternidad año 1 (uno) a 3 (tres):

Del 1er (primer) al 3er (tercer) año de vigencia ininterrumpida del Contrato, la indemnización por parto o cesárea será la Suma Asegurada especificada en la Carátula de la Póliza para el Beneficio de Maternidad al momento del nacimiento.

Por su parte, el Territorio, Coaseguro y Deducible serán los contratados 10 (diez) meses antes del nacimiento. En ningún caso aplicará este beneficio si el Deducible contratado en cualquiera de estos años es mayor a la Suma Asegurada.

Al surtir efecto el Beneficio de Maternidad a que refiere el presente apartado no aplicará Deducible ni Coaseguro.

a. Beneficio de Maternidad previo al nacimiento

El pago anticipado de este Beneficio podrá solicitarse durante la etapa prenatal, la Suma Asegurada será la especificada en la Carátula de la Póliza para el Beneficio de Maternidad al momento de la solicitud, misma que deberá estar sustentada con el ultrasonido ginecológico, el cual deberá ser posterior a la semana 20 (veinte) de gestación y debe contener la siguiente información:

- Datos de la madre Asegurada.
- Semanas de gestación.
- Firma del médico especialista.
- Historia clínica completa, incluyendo los antecedentes ginecobstétricos de la madre Asegurada.

Una vez que se otorgue el pago anticipado de este Beneficio, no podrá otorgarse nuevamente al ocurrir el parto o cesárea.

b. Beneficio de maternidad posterior al nacimiento

Si la solicitud de pago de este Beneficio se presenta con posterioridad al nacimiento, los gastos cubiertos por el beneficio de maternidad que se señalan más adelante tendrán como límite máximo la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para el Beneficio de Maternidad, siempre que el nacimiento se acredite mediante el certificado y/o acta de nacimiento correspondiente, en donde conste que el nacimiento ocurrió dentro del territorio estipulado en la Carátula de la Póliza 10 (diez) meses antes del nacimiento, así como historia clínica completa, incluyendo los antecedentes ginecobstétricos de la madre Asegurada.

IV. 1. A. 2. Beneficio de Maternidad 4° (cuarto) año en adelante:

En la etapa prenatal estarán cubiertos los siguientes gastos:

Consultas para el cuidado médico de la madre Asegurada y del producto, estas serán pagadas una vez ocurrido el nacimiento.

En la atención del parto o cesárea estarán cubiertos los siguientes gastos:

- Honorarios profesionales de:

a. Cirujano.

b. Anestesiólogo.

c. Ayudante (únicamente en cesárea).

- Servicios hospitalarios médicamente necesarios para la atención.
- Cuidados rutinarios del recién nacido sano por pediatra o neonatólogo, incluyendo tamiz metabólico.
- En la etapa postnatal estarán cubiertos los siguientes gastos:
- Consultas por cuidado médico del recién nacido sano con un máximo de 4 (cuatro) consultas durante los 30 (treinta) días posteriores al nacimiento.
- Consultas rutinarias de la madre Asegurada con un máximo de 4 (cuatro) consultas durante los 30 (treinta) días posteriores al nacimiento.

Las condiciones y alcance para el pago de este beneficio serán las siguientes:

A partir del 4to (cuarto) año de vigencia continua con la Institución Aseguradora las condiciones y alcance para el pago de este beneficio serán las siguientes:

Al surtir efecto la indemnización:

- Aplicará Deducible y Coaseguro, sin reducción a dichos conceptos descritos en la sección “IX. Bases para determinar la Indemnización”.
- Cuando el nacimiento ocurra fuera de territorio Nacional, el monto máximo de la indemnización será de US $ 6,000 (seis mil) dólares.
- Se otorgará el monto de la Suma Asegurada correspondiente al tercer año Póliza cuando el monto de la indemnización sea menor, disponible únicamente para Pólizas emitidas antes del 1 de junio del 2026.
- El nacimiento deberá ocurrir conforme lo estipulado en la Carátula de la Póliza 10 (diez) meses previos al nacimiento y acreditarse con el acta de nacimiento correspondiente.

Las Pólizas a partir del 4to (cuarto) año que decidan utilizar el Beneficio de Maternidad del año 1 (uno) al 3 (tres) a que se refiere el apartado IV.1.A.1 deberán cumplir los siguientes lineamientos:

a. En ningún caso aplicará este beneficio si el Deducible contratado en cualquiera de estos años es mayor a la Suma Asegurada del Beneficio de Maternidad del año 1 (uno) al 3 (tres).

b. No es necesario que se comprueben gastos médicos.

c. No es posible otorgar el beneficio de indemnización anticipada si con anterioridad se solicitó la programación de maternidad con el Beneficio de Maternidad del 4to (cuarto) año en adelante.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DEL BENEFICIO DE MATERNIDAD.

En ningún caso aplicará este beneficio si el Deducible contratado se apega a lo indicado como Deducible en Exceso en la sección “IX. Bases para determinar la Indemnización”.

IV. 1. B. Complicaciones del Embarazo

IV. 1. B. 1. Bajo esta cobertura estarán amparadas las Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio, que, de manera enunciativa más no limitativa, se indican a continuación:

- Embarazo molar.
- Embarazo extrauterino.
- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Placenta accreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.
- Sepsis puerperal.
- Aborto o legrado no voluntario

Esta cobertura aplica siempre y cuando, al momento en que ocurra el Siniestro, la madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza, mediante el presente Contrato.

IV. 1. B. 2. Las condiciones y alcance para el pago de este beneficio son las siguientes:

a. El territorio será el que se indica en la Carátula de la Póliza 10 (diez) meses antes del nacimiento.

b. La Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro serán los indicados en la Carátula de la Póliza al momento del Siniestro.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

1. **Abortos y legrados uterinos punibles y/o cuando sean voluntarios y sus complicaciones o si la Asegurada omitió el aviso a la Institución Aseguradora de Reproducción Asistida a que refieren las presentes condiciones generales si se sometió a dicho tratamiento conforme lo establecido en la cláusula IV. 2. A. Obligaciones de la madre Asegurada, y;**
2. **Cuando ocurra el nacimiento durante el tratamiento de las complicaciones de embarazo, no se otorgará posteriormente el Beneficio de Maternidad.**

IV. 1. C. Recién Nacido

Esta cobertura aplica únicamente para los hijos biológicos y gestados por la madre Asegurada, que esta tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza y que la maternidad haya sido cubierta por la Institución Aseguradora, mediante el presente Contrato.

IV. 1. C. 1. Bajo esta cobertura únicamente estará amparado lo siguiente:

a. Los nacimientos prematuros.

b. Las Enfermedades con las que se nace y/o se contraen en el útero materno y/o por tener origen genético, así como las lesiones que sufra durante su periodo de gestación.

c. El paquete de recién nacido, cuando el hospital lo proporcione.

IV. 1. C. 2. Las condiciones y alcance para el pago de este beneficio son las siguientes:

a. El territorio será el que se indica en la Carátula de la Póliza 10 (diez) meses antes del nacimiento.

b. La Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro serán los indicados en la Carátula de la Póliza al momento del Siniestro.

La solicitud de inclusión del Recién Nacido deberá presentarse en un periodo máximo de 30 (treinta) días a partir del nacimiento, dentro de este periodo quedará asegurado sin selección médica. El monto de la Prima que corresponda a esta cobertura deberá ser pagada dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de alta.

En caso de que el nacimiento del Recién Nacido ocurra a partir del 4º (cuarto) año de vigencia de la Póliza de la madre Asegurada, la inclusión será sin pago de Prima hasta la renovación del presente Contrato siempre y cuando la madre Asegurada permanezca el mismo periodo de tiempo dentro de la Póliza.

En caso de que la solicitud de inclusión del menor se presente posterior a los 30 (treinta) días a partir del nacimiento será sujeto al proceso de selección médica, por lo que la Institución Aseguradora se reserva el derecho de aceptar al Recién Nacido en la Póliza con base en las condiciones de salud que presente al momento de la solicitud.

En caso de ser aceptado, deberá cubrir el importe de la Prima correspondiente y los gastos a cargo de la Institución Aseguradora quedarán cubiertos de acuerdo con los límites y condiciones que se establecen en Condiciones Generales.

IV. 2. Circuncisión

Queda amparada la Circuncisión siempre y cuando sea médicamente necesaria para Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, con un tope de US $400 (cuatrocientos) dólares para todos los gastos, sin aplicación de Deducible y Coaseguro. Para aquellos Asegurados no nacidos en vigencia, la Circuncisión quedará cubierta cuando sea consecuencia de una Enfermedad o Accidente Amparado y sea prescrito por el médico tratante, aplicando el Deducible y Coaseguro correspondiente.

IV. 3. Enfermedades Congénitas y Genéticas para Nacidos Fuera de Vigencia

A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua, se cubrirán las Enfermedades Congénitas y/o Genéticas de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, siempre que previo al inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua no se hubiera presentado alguno de los siguientes supuestos:

a. Que no se haya realizado diagnóstico médico,

b. Que la Enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado y/o los padres del Asegurado y/o el Contratante,

c. Que no se hayan efectuado gastos por dichas Enfermedades.

IV. 4. Nariz y Senos Paranasales

IV. 4. A. Por Accidentes

Serán amparadas las lesiones que sufra el Asegurado, siempre y cuando la atención ocurra durante los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores al Accidente.

Se aplicarán 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado, **excepto que la lesión sea consecuencia de un politraumatismo.**

IV. 4. B. Por Enfermedad

A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua con la Institución Aseguradora, los tratamientos médicos y quirúrgicos quedarán amparados si se derivan de Enfermedades cubiertas por la presente Póliza.

Se aplicarán 25 (veinticinco) puntos porcentuales adicionales al Coaseguro contratado.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE NARIZ Y SENOS PARANASALES.

Se excluyen los tratamientos, cirugías y complicaciones de Nariz y Senos Paranasales cuando se deriven de un Padecimiento preexistente no declarado en la solicitud inicial.

IV. 5. Trasplantes

La Institución Aseguradora indemnizará al Asegurado por los gastos amparados en que incurra por trasplantes de órganos y tejidos.

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido al Asegurado, a partir del 1er (primer) gasto que se efectúe por dicho cultivo, así como los servicios prestados durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido al Asegurado, este incluye la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido.

Todos los eventos deberán seguir los protocolos para trasplantes estipulados por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA). Se cubren los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al Asegurado.

IV. 6. Accidentes Dentales

Únicamente se cubrirán los tratamientos para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, cuando se deriven de lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un Accidente amparado, siempre y cuando la atención ocurra durante los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores al Accidente.

La atención deberá ser autorizada previamente por la Institución Aseguradora mediante la presentación de los estudios correspondientes y proporcionada por un médico especialista.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA ACCIDENTES DENTALES.

1. **Se excluyen los tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier Enfermedad.**

2. Se excluyen piezas o prótesis con componentes de metales preciosos.

IV. 7. Hernias

A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continúa se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de Hernias, incluidas las hernias de disco, siempre que previo al inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua no se hubieran presentado alguno de los siguientes supuestos:

a. Que no se haya realizado diagnóstico médico,

b. Que la Enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado,

c. Que no se hayan efectuado gastos por dichas Enfermedades,

d. En adición a lo anterior, las hernias abdominales incluyendo las inguinales, patologías discales, así como hernias de disco se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE HERNIAS.

Queda excluida, independientemente de la causa que lo origine, la diástasis de músculos rectos abdominales, incluyendo hernia ventral y/o el procedimiento de abdominoplastia excepto cuando la hernia sea a consecuencia de un Padecimiento cubierto por la Institución Aseguradora.

IV. 8. Deportes o Actividades Peligrosas

Se cubren los tratamientos necesarios a consecuencia de lesiones derivadas de Deportes o Actividades Peligrosas, siempre y cuando no sean practicados de manera profesional.

Se entiende por actividad profesional cuando el Asegurado recibe una remuneración económica por su práctica.

IV. 9. Protección Patrimonial

En caso de fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular a consecuencia de un Siniestro Amparado, la Institución Aseguradora cubrirá las Primas de su cónyuge, concubina o concubinario e hijos menores de 25 (veinticinco) años que hayan estado cubiertos dentro de la misma Póliza con las mismas condiciones que tenían, salvo por las actualizaciones que tenga el producto año con año, así como del mismo Asegurado Titular en el caso de invalidez total y permanente, por un periodo de 5 (cinco) años a partir de la primera Prima pendiente de pago una vez ocurrido el Siniestro Amparado.

En dicho caso, la Póliza se renovará de manera automática en condiciones congruentes con las originalmente contratadas, conforme lo estipulado en la Cláusula de Renovación.

Si durante el periodo de pago de Primas a cargo de la Institución Aseguradora cualquiera de los hijos del Asegurado Titular cumple 25 (veinticinco) años de edad, serán dados de baja a la renovación inmediata siguiente.

Una vez transcurridos los 5 (cinco) años en los que la Institución Aseguradora haya cubierto el importe de las Primas, los Asegurados de la Póliza podrán continuar con la cobertura pagando las Primas correspondientes y sin selección médica para los integrantes originalmente cubiertos.

La presente cobertura se otorgará siempre y cuando el Asegurado Titular sea mayor de 18 (dieciocho) años y menor de 60 (sesenta) años de edad.

EXCLUSIÓN PARTICULAR PARA PROTECCIÓN PATRIMONIAL.

No se otorgará el beneficio de esta cobertura si la muerte o invalidez del Asegurado Titular es derivado de un Siniestro no amparado por esta Póliza.

IV. 9. A. Invalidez Total y Permanente

Para los efectos de esta cláusula se entiende como invalidez total, la pérdida de facultades o aptitudes del Asegurado a consecuencia de un Siniestro Amparado, que lo imposibilite para desempeñar cualquier actividad remunerada o lucrativa

que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social. Para los efectos de este Contrato se entenderá como invalidez total, la perdida de una estructura o función corporal del Asegurado como consecuencia de una Enfermedad o Lesión que limite y restrinja la ejecución de acciones o tareas propias de la ocupación declarada.

Se presumirá que la invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo mayor o igual a 4 (cuatro) meses a partir de la fecha en que haya sido diagnosticada por el médico especialista. Se considera que el Asegurado padece de invalidez total y permanente desde la fecha en que sufra la pérdida completa e irremediable de:

a. La vista en ambos ojos.

b. Las dos manos o los dos pies.

c. Una mano y un pie.

d. Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

a. Pérdida de una mano, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella.

b. Por la pérdida de un pie, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.

c. Por pérdida de la vista, la carencia absoluta e irreparable de la visión.

IV. 9. B. Pruebas

La Institución Aseguradora tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. Asimismo, la Institución Aseguradora podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de 1 (una) vez al año, para efectos de esta cobertura, exigir que se compruebe que continúa el estado de invalidez del Asegurado.

En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Institución Aseguradora quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.

IV. 10. Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos

Esta cobertura ampara la urgencia médica originada por las complicaciones de los tratamientos médicos o quirúrgicos no cubiertos en las exclusiones generales, los cuales se enlistan a continuación, hasta la recuperación de la salud del Asegurado o el agotamiento de la Suma Asegurada:

a. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.

b. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso.

c. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie.

d. Tratamientos quiroprácticos y de acupuntura.

e. Tratamientos dentales derivados de cualquier Enfermedad.

f. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación.

g. Tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual.

IV. 11. Rodilla, hombro y/o columna

La cirugía de rodilla, de hombro y/o de columna deberá ser previamente autorizada por la Institución Aseguradora como un Evento Programado o bien tramitarse vía Reembolso, estando sujeta además a las exclusiones y periodos de espera aplicables descritos en las presentes Condiciones Generales.

IV. 12. Terapias Génicas y Drogas Huérfanas

La Institución Aseguradora cubrirá los Gastos Médicos Procedentes derivados del uso de Terapias Génicas o Drogas Huérfanas, siempre que: i. sean utilizadas para el tratamiento de una Enfermedad o Padecimiento cubierto por la Póliza, ii. sea médicamente necesario, no experimental y cumpla con lo estipulado en la presente cláusula, y iii. sea prescrito por el médico tratante de la especialidad que corresponda elegido libre y voluntariamente por el Asegurado.

El Asegurado deberá reunir los siguientes requisitos:

- El tratamiento e intervención de que se trate deberá ser previamente autorizado por la Institución Aseguradora como Evento Programado, con una anticipación mínima de 10 (diez) días hábiles a la fecha prevista del inicio del tratamiento.
- Cuente con Segunda Valoración Médica, emitida por médico especialista designado por la Institución Aseguradora, que confirme la necesidad del uso del tratamiento prescrito.
- El tratamiento se encuentre aprobado por COFEPRIS con al menos 5 (cinco) años contados a partir de su aprobación.

El Deducible será el contratado. Por su parte, el Coaseguro y el Tope de Coaseguro contratado en la Cobertura Básica y establecido en la Carátula de la Póliza aplicará para los primeros US $250,000 (Doscientos cincuenta mil dólares) erogados por la atención del tratamiento o intervención que ampara esta cobertura para cada Siniestro Amparado, una vez que se rebase dicha cantidad se aplicará un Coaseguro sin tope al excedente de 30% (treinta por ciento).

La indemnización se realizará de acuerdo con la zona contratada, sin posibilidad de reducción o eliminación del Deducible y Coaseguro en términos de lo descrito en la cláusula “IX. Bases para determinar la Indemnización”.

PARTICULARES PARA ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado se encuentre fuera de territorio nacional, y requiera el uso de Terapias Génicas o Drogas Huérfanas la cobertura quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- El tratamiento e intervención de que se trate deberá ser previamente autorizado por la Institución Aseguradora como Evento Programado, con una anticipación mínima de 10 (diez) días hábiles a la fecha prevista del inicio del tratamiento, salvo que exista imposibilidad médica debidamente justificada por el médico tratante.
- Cuente con información suficiente, emitida por médico tratante que confirme la necesidad del uso del tratamiento prescrito diagnóstico definitivo, que incluya al menos: historial clínico, justificación médica del uso del tratamiento solicitado y evidencia clínica que respalde su eficacia.
- El tratamiento se encuentre aprobado por la autoridad sanitaria en el país en que será aplicada.

EXCLUSIONES PARTICULARES

1. Cuando exista un tratamiento alternativo con eficacia igual o superior al que solicite el Asegurado.

2. Tratamientos experimentales o sin permiso vigente por la autoridad sanitaria en el país de atención, para su distribución y venta.

IV. 13. Asistencia en el Extranjero

IV. 13. A. Urgencia Médica en el Extranjero

Cuando el Asegurado se encuentre de viaje en el extranjero por un periodo máximo de 3 (tres) meses continuos y se cumpla con la definición de Urgencia Médica para efectos del presente Contrato, la Institución Aseguradora cubrirá los gastos procedentes en que se incurra hasta por la Suma Asegurada que se especifica para este beneficio en la Carátula de la Póliza.

La Institución Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la Residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

Las condiciones para la indemnización de este beneficio serán:

a. El Deducible será el especificado en la Carátula para esta cobertura, y

b. No aplicará Coaseguro, y

c. Por concepto de cuarto de hospital semiprivado se otorgará por día hasta el equivalente a US $500 (quinientos) dólares vía reembolso.

d. Por concepto de unidad de terapia intensiva se otorgará por día hasta el equivalente a US $1,000 (un mil) dólares vía reembolso.

Es obligación del Asegurado permitir a la Institución Aseguradora el acceso a toda la información médica necesaria para el dictamen y pago del Siniestro; de no cumplirse esta condición, la Institución Aseguradora queda eximida de toda obligación.

La Institución Aseguradora podrá solicitar la Documentación que considere necesaria para corroborar la Residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional. Cuando termine el estado de urgencia, se seguirán pagando los servicios médicos necesarios en territorio nacional y conforme a las condiciones de Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro de la cobertura básica contratada.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO.

En ningún caso se cubrirán gastos en el extranjero por:

1. **IV.1. Maternidad (A. Beneficio de Maternidad, B. Complicaciones del Embarazo y C. Recién Nacido).**
2. **Enfermedades y Lesiones Preexistentes.**
3. **Siniestro Amparado inicialmente ocurrido en la República Mexicana.**
4. **Cualquier tratamiento de rehabilitación en el extranjero.**

IV. 13. B. Servicios en el extranjero a través de Asistencia Alfa Medical

La Institución Aseguradora ofrece los siguientes servicios cuando el Asegurado se encuentre en el extranjero:

IV. 13. B. 1. Transferencia de Fondos

Previo depósito por el Asegurado de la cantidad a transferir entre US $ 300 (trescientos) y hasta US $10,000 (diez mil) dólares para pago de honorarios médicos, gastos de hospital o de medicamentos o bien en caso de robo.

IV. 13. B. 2. Asistencia en Caso de Robo o Pérdida de Pasaporte, Visa o Boletos de Avión.

Se proveerá la información necesaria y procedimiento a seguir con las autoridades competentes con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

IV. 13. B. 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 en aerolínea comercial, se asesorará al Asegurado para la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes y se le brindará ayuda para la localización y reenvío al domicilio del Asegurado en caso de que fuesen encontrados.

IV. 13. B. 4. Transmisión de Mensajes Urgentes

Se brindará el servicio de transmisión de mensajes urgentes al Asegurado que sea consecuencia directa de cualquiera de los servicios de asistencia.

IV. 14. Ambulancia Terrestre o Aérea

IV. 14. A. Mediante Asistencia Alfa Medical

Se cubren los servicios de traslado domicilio-hospital- domicilio, hospital-hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios y sin importar que la Enfermedad o Lesión esté cubierta por la presente Póliza.

La Institución Aseguradora pagará al prestador del servicio, siempre y cuando, el Asegurado lo solicite a través de Asistencia Alfa Medical.

El personal de servicios de ambulancia podrá solicitar al Asegurado, el acceso a su historial clínico, para conocer su situación.

Si la solicitud es denegada, el Prestador de Servicios en convenio con la Institución Aseguradora no podrá gestionar el servicio y por tanto la Institución Aseguradora quedará liberada de la obligación de cubrir el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.

IV. 14. B. Mediante Terceros

Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre mediante terceros, únicamente cuando se trate de una Urgencia Médica, de un Siniestro Amparado y el Asegurado se encuentre fuera de su población de residencia permanente e imposibilitado para solicitarlo a Asistencia Alfa Medical. La indemnización se efectuará vía reembolso y atendiendo al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el tipo de Prestador de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora y zona donde se otorga el servicio.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE AMBULANCIA TERRESTRE O AÉREA.

1. **No se cubrirán los servicios de ambulancia proporcionados cuando estos se otorguen fuera del Territorio indicado en la Carátula de la Póliza.**
2. **No se cubrirán los gastos de ambulancia terrestre o aérea si no se cumple con lo estipulado en la sección procedimiento para uso de tu Póliza.**
3. **En ningún caso se cubrirán los servicios de ambulancia aérea mediante terceros.**
4. **El Prestador de Servicios en convenio con la Institución Aseguradora no podrá gestionar el servicio cuando el Asegurado que lo requiera se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan a acceder a él o que pongan en riesgo la vida de las personas que pudiesen proporcionar el servicio de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotas, inaccesibles, de muy difícil o peligroso acceso y por lo tanto la Institución Aseguradora quedará liberada de la obligación de cubrir el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.**

IV. 15. Servicios de Asistencia Alfa Medical

IV. 15. A. Orientación médica a domicilio

A solicitud del Asegurado, Asistencia Alfa Medical gestionará el envío de un médico a su domicilio para evaluación y atención de Enfermedades o Lesiones que no se consideren como Urgencia Médica.

Este servicio opera en la ciudad de Residencia permanente del Asegurado y hasta el kilómetro 100 (cien) contado desde el centro de dicha ciudad.

La primera consulta a domicilio será sin costo para el Asegurado, a partir de la segunda el costo será a cargo del Asegurado con tarifa preferencial.

El Asegurado podrá conocer el costo de la consulta al momento de solicitar el servicio a los números telefónicos de la Institución Aseguradora.

IV. 15. B. Orientación médica telefónica

A solicitud del Asegurado, Asistencia Alfa Medical gestionará orientación 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 requiera de la presencia de un médico. Este servicio opera en toda la República Mexicana.

Los servicios descritos en los apartados IV.12.C, IV.12.D y IV.12.E siguientes procederán cuando el Asegurado se encuentre a más de 100 kilómetros de su ciudad de Residencia permanente y requiera hacer uso de ellos a consecuencia de un Accidente o Urgencia Médica mientras se encuentre de viaje.

Estos servicios deberán solicitarse previamente a Asistencia Alfa Medical para que puedan ser otorgados.

IV. 15. C. Pago de boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje

En caso de Hospitalización imprevista del Asegurado derivada de un Accidente o Enfermedad amparados por la Póliza y cuya Hospitalización se estime por una duración superior a 5 (cinco) días, Asistencia Alfa Medical pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado:

a. 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 y

b. Hospedaje hasta un máximo de US $ 120 (ciento veinte) dólares, por día durante 10 (diez) días naturales consecutivos por Siniestro.

Los servicios anteriores se otorgarán hasta un máximo de 2 (dos) Siniestros por año y Póliza.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE ASISTENCIA ALFA MEDICAL.

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.

IV. 15. D. Gastos de hotel por convalecencia

Si la prescripción del médico tratante implica que el Asegurado debe de prolongar su estadía fuera del hospital, Asistencia Alfa Medical gestionará los gastos necesarios siempre y cuando convalide la prescripción, y sea inmediatamente después de haber sido dado de alta:

a. En un hotel escogido por el Asegurado,

b. Este beneficio está limitado a US $ 120 (ciento veinte) dólares, por día.

c. Los servicios anteriores se otorgarán hasta un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por Siniestro, hasta 2 (dos) Siniestros por año y Póliza.

IV. 15. E. Traslado a domicilio por convalecencia

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, Asistencia Alfa Medical 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.

Para fines de esta cobertura se entenderá por gasto suplementario toda erogación realizada por el Asegurado que no esté cubierta por las condiciones generales de la Póliza, se cubrirán 2 (dos) eventos por Asegurado durante la vigencia de la Póliza.

IV. 15. F. Orientación nutricional y Psicológica

El Asegurado podrá llamar al número de Asistencia Alfa Medical y solicitar orientación de tipo nutricional y psicológica, de manera ilimitada durante la vigencia de la Póliza con una duración máxima de la llamada de 25 (veinticinco) minutos.

IV. 15. G. Asistencia Funeraria

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Siniestro Amparado, la Institución Aseguradora, a solicitud del Asegurado, gestionará las siguientes Asistencias Funerarias:

- Asistencia Alfa Medical proporcionará información y concertará una cita con las agencias funerarias en convenio en las principales ciudades de la República Mexicana.
- Asistencia Alfa Medical proporcionará la siguiente asesoría en los siguientes trámites:

a. Asesoría para obtener certificado de defunción ante la Secretaría de Salud.

b. Asesoría para obtener acta de defunción ante el registro civil.

c. Asesoría en la tramitación de la dispensa de la necropsia, cuando las circunstancias y la ley lo permitan.

d. Orientación sobre traslado del cuerpo, velación en capilla funeraria o velación en domicilio particular, cremación o inhumación conforme al presupuesto del Beneficiario fallecido.

e. Asesoría para notificación a acreedores para liberación de deudas.

f. En caso de muerte en la vía pública, fallecimiento violento o que se relacione con algún delito, se dará asesoría para realizar la denuncia ante el Ministerio Público y el servicio médico forense, así como los trámites necesarios para la liberación del cuerpo, y en su caso la demanda contra el responsable.

- A solicitud del Asegurado, Asistencia Alfa Medical proporcionará servicio de tanatología durante una crisis o duelo.

IV. 15. H. Servicio de Asesoría Médica Virtual

A solicitud del Asegurado, Asistencia Alfa Medical gestionará el servicio de Asesoría Médica Virtual de un médico general o especialista a través de los números de teléfono de Asistencia Alfa Medical y/o en la página **www.mnyl.com.mx**, de manera ilimitada durante la vigencia de la Póliza.

Los servicios amparados por este beneficio son:

- Consulta médica virtual con un Médico General o Especialista.
- Seguimiento virtual a tratamiento con un Médico General o Especialista.
- Prescripción médica a distancia, siempre y cuando, se trate de medicamentos que no requieren receta física, en caso de que el asegurado requiera medicamentos con receta física, se sugerirá la atención a través de Asistencia Médica a domicilio.
- Proceso de segunda valoración.

IV. 16. Dental Básica

Para efectos de esta cobertura los servicios de atención serán proporcionados por el odontólogo seleccionado previamente por el Asegurado, que forme parte de la Prestadora de Servicios dentales en convenio con la Institución Aseguradora, siempre y cuando los mismos sean requeridos como consecuencia de una Enfermedad amparada.

Únicamente se cubren los siguientes servicios dentales:

Servicios Dentales	Eventos	Participación del Asegurado
Consulta de diagnóstico	Sin límite	Copago 0%
Consulta Periodontal	2	
Raspado por arcada (manual y/o con ultrasonido), profilaxis incluida (por arcada) (tratamiento no quirúrgico)	2	
Limpieza Dental	2	
Aplicación Tópica de Flúor	2	
Radiografía Interproximal	Sin límite	
Radiografía Periapical	Sin límite	

Selladores	Sin límite	

El objetivo de esta cobertura es ampliar los beneficios que se brindan en los productos del ramo de Gastos Médicos Mayores Individual, por lo que incluye como parte de la cobertura Básica para todas las Pólizas de Gastos Médicos Mayores Individual con el límite de eventos especificados en la tabla anterior.

No aplicará el servicio de asistencia a que hace referencia este beneficio adicional en caso de que el Asegurado reciba tratamiento en un establecimiento distinto a los designados por los Prestadores de Servicios Dentales en convenio.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DENTAL BÁSICA.

1. **Cualquier otro tratamiento, servicio o insumo no enunciado anteriormente.**
2. **No se cubren medicamentos prescritos a consecuencia de diagnósticos o tratamientos odontológicos.**
3. **No se cubre ningún procedimiento o tratamiento preventivo o que no sea requerido en virtud de una Enfermedad amparada por la Póliza.**

V. Preexistencia Declarada

A partir del inicio del 4to (cuarto) año de cobertura ininterrumpida de la Póliza mediante el contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual con la Institución Aseguradora, quedarán cubiertas las Enfermedades y Lesiones preexistentes, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

a. Se encuentre específicamente declarada en la solicitud para la contratación de la Póliza de seguro.

b. No se hayan erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o presentado signos y síntomas durante un periodo de 3 (tres) años continuos de vigencia en la Póliza con la Institución Aseguradora.

c. No estén expresamente excluidas.

d. No se trate de estados o condiciones crónico-degenerativas como cardiovasculares, respiratorios, diabetes mellitus y/o trastornos metabólicos, hipertensión arterial, así como autoinmunes, insuficiencia renal, cáncer, hepatopatías, SIDA/VIH, osteomusculares, afecciones de la columna, enfermedades del Sistema Nervioso Central, Periférico y afecciones vasculares cerebrales.

VI. Enfermedades y Lesiones con Periodos de Espera

Una vez transcurrido el periodo de espera que se indica en esta sección para cada una de las Enfermedades y Lesiones enlistadas, quedarán amparadas.

VI. 1. A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua:

a. Hemorroides.

b. Insuficiencia Venosa.

c. Enfermedad en amígdalas y adenoides.

d. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla, **excepto fracturas óseas.**

e. Enfermedad en Nariz y senos paranasales.

f. Enfermedades de columna vertebral denominadas cifosis, lordosis o escoliosis, las anteriores son de manera enunciativa, mas no limitativa, se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica y con programación del evento, y con apego a lo dispuesto en la cláusula IV. 7. Hernias, para hernias de disco.

g. Enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (por ejemplo, Hallux Valgus).

h. Enfermedades de vesícula y vías biliares.

i. Litiasis en vías urinarias.

j. Enfermedades ácido-pépticas, incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico.

k. Enfermedades en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno).

l. Enfermedades del aparato reproductor femenino (incluye cáncer).

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE RODILLA.

Se excluyen tratamientos con aloinjerto osteocondral, así como tratamientos, cirugías y complicaciones de rodilla cuando se deriven de un Padecimiento preexistente no declarado en la solicitud inicial.

VI. 2. Las Enfermedades o Lesiones amparadas no enunciadas en los incisos anteriores, tendrán un periodo de espera de 30 (treinta) días contados a partir del inicio de cobertura para cada Asegurado.

No obstante, lo anterior, a partir del 1er (primer) día de vigencia quedarán cubiertos los accidentes amparados, así como cualquiera de las siguientes enfermedades, siempre y cuando no sean preexistentes:

a. Apendicitis aguda.

b. Intoxicación alimentaria.

c. Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso.

d. Golpe de calor (insolación).

e. Trombosis pulmonar de origen traumático.

f. Derrame cerebral de origen traumático.

g. Infarto agudo al miocardio sin Enfermedad coronaria.

VII. Exclusiones Generales

Las Exclusiones Generales del presente Contrato de seguro aplicarán adicionalmente a las Exclusiones Particulares de cada cobertura.

El presente Contrato de seguro en ningún caso cubre gastos ocasionados por el tratamiento, recaída, complicaciones y secuelas de:

VII. 1. Honorarios, insumos, medicamentos y/o servicios médicos cuando el Asegurado mismo o sus familiares directos brinden esos servicios, o tengan participación social o accionaria en las empresas que presten dichos servicios.

VII. 2. Accidentes o Enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar o de combate al narcotráfico, de seguridad o vigilancia, siempre que sean a consecuencia de dicha actividad.

VII. 3. Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.

VII. 4. Lesiones o Enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un Siniestro Amparado.

VII. 5. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado.

VII. 6. Lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.

VII. 7. Accidentes sufridos mientras el Asegurado participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.

VII. 8. Tratamientos contra el alcoholismo y/u otras toxicomanías.

VII. 9. Enfermedades derivadas por la ingestión de bebidas alcohólicas o por el uso de estupefacientes o psicotrópicos, excepto cuando hayan sido prescritos por su médico tratante, y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.

VII. 10. Lesiones del Asegurado derivadas de Accidentes por la ingesta de bebidas alcohólicas cuando tenga un grado de alcohol mayor al aplicable de acuerdo con la localidad o por el uso de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable, excepto cuando hayan sido prescritos y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.

VII. 11. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso.

VII. 12. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie.

VII. 13. Tratamientos con hormona de crecimiento, independientemente de la causa de la prescripción.

VII. 14. Tratamientos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético.

VII. 15. Cirugía para el cambio de género, tratamientos asociados y complicaciones.

VII. 16. Tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual excepto que sean consecuencia directa de un Siniestro Amparado.

VII. 17. Tratamientos para evitar y/o procurar la procreación, tales como Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad y/o cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y orígenes.

VII. 18. Los gastos relacionados con la atención del o los recién nacidos y de la madre Asegurada cuando se haya sometido a un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.

VII. 19. Check Up (comprobación del estado de salud) y estudios de revisión general.

VII. 20. Tratamientos y estudios psiquiátricos y/o psicológicos de cualquier tipo independientemente de la causa que lo hubiere originado o prescrito, incluyendo estudios y/o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, autismo, trastornos de la conducta, del aprendizaje o lenguaje, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, como sus complicaciones. Así mismo quedan excluidos los Medicamentos inductivos del sueño.

VII. 21. Estudios o tratamientos que no cuenten con la aprobación de Autoridades de Salud Nacionales e Internacionales (que no cuenten por lo menos con nivel de evidencia 1 (uno) del Centro de Medicina Basada en Evidencias de la Universidad de Oxford).

VII. 22. Tratamientos de acupuntura.

VII. 23. Cuidado podiátrico.

VII. 24. Zapatos ortopédicos, plantillas y similares.

VII. 25. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la presente Póliza.

VII. 26. Enfermedades de refracción ocular.

VII. 27. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos.

VII. 28. SIDA/VIH, salvo lo estipulado en la cláusula VIII.1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por Virus de Inmunodeficiencia Humana (SIDA/VIH).

VII. 29. Cámara Hiperbárica.

VII. 30. Enfermedades y Lesiones preexistentes salvo lo dispuesto en la cláusula V. Preexistencia Declarada.

VII. 31. Siniestros Amparados en el extranjero que administre o pague un tercero no autorizado para hacerlo.

VII. 32. Trasplante de órganos cuando existan tratamientos o procedimientos quirúrgicos alternos que garanticen la recuperación de la salud del Asegurado.

VII. 33. Reemplazo de órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.

VII. 34. Fórmulas lácteas, multivitamínicos suplementos, complementos alimenticios y protectores solares.

VII. 35. Tratamientos profilácticos y/o preventivos.

VII. 36. Aplicación de osteoconductores, osteoinductores y/o estimuladores de la osteointegración (plasma rico en plaquetas, matriz ósea desmineralizada, injertos óseos, proteína morfogenética) así como substancias de uso preventivo en eventos quirúrgicos.

VII. 37. El mantenimiento y/o sustitución por uso del equipo de recuperación extrahospitalaria, salvo lo dispuesto en la cláusula III.9. Equipo para Recuperación Extrahospitalaria.

VII. 38. Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.

VII. 39. Sesiones de rehabilitación adicionales a las 30 (treinta) cubiertas en III. Gastos Médicos Amparados que no sean previamente autorizadas por la Institución Aseguradora.

VII. 40. Cirugías con cualquier tipo de asistencia robótica, excepto prostatectomía, histerectomía, nefrectomía y colectomía, estos procedimientos se indemnizarán siempre y cuando: i) el médico especialista tratante cuente con certificación vigente, con base a lo establecido por la Asociación Mexicana de Cirugía Robótica y demás instancias aceptadas como autoridades en la materia y ii) sea un Evento Programado, previamente autorizado por la Institución Aseguradora. Será indemnizado conforme al Gasto Usual, Razonable Acostumbrado vigente aplicable.

VII. 41. Medicamentos que no cuenten con permiso vigente expedido por COFEPRIS y demás autoridades sanitarias y administrativas mexicanas, facultadas para su distribución y venta en territorio nacional.

VII. 42. Pruebas moleculares, polimorfismos, mutaciones genéticas y mapeo genómico.

VII. 43. Tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier Enfermedad.

VII. 44. Tratamientos con aloinjerto osteocondral, salvo lo dispuesto en la cláusula VI. 1. A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua.

VII. 45. Terapias Génicas y Drogas Huérfanas, salvo lo dispuesto en la cláusula IV. 12. Terapias Génicas y Drogas Huérfanas.

VIII. Coberturas Opcionales

La contratación de las coberturas enunciadas en esta cláusula se indicará en la Carátula de la Póliza, así como el monto de la Prima correspondiente. A dichas Coberturas Opcionales les serán aplicables las exclusiones y los periodos de espera establecidos en la Cobertura Básica, así como los tiempos transcurridos para el cumplimiento de los mismos.

Las Coberturas Opcionales tendrán el siguiente alcance:

VIII. 1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA/VIH)

Para la contratación de esta cobertura, el Asegurado deberá solicitarla a la Institución Aseguradora y cumplir con los requisitos de selección, una vez aceptada por la Institución Aseguradora, esta cobertura será otorgada sin costo en Prima y se indicará en la Carátula de Póliza.

La Institución Aseguradora indemnizará al Asegurado por los tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). Las condiciones y el alcance para el pago de esta cobertura serán las siguientes:

- Cuando los primeros Gastos Médicos, diagnóstico, signos o síntomas se presentan dentro de los primeros 60 (sesenta) meses de vigencia continua en esta Póliza con la cobertura de VIH contratada, la Suma Asegurada de esta cobertura será de $25,000 (veinticinco mil) dólares por concepto de Suma Asegurada máxima para esta cobertura por Asegurado.
- Cuando los primeros Gastos Médicos, diagnóstico, signos o síntomas inicien a partir de 6to (sexto) año de vigencia continua en esta Póliza con la cobertura de VIH contratada, la Suma Asegurada de esta cobertura será la Suma Asegurada de la Cobertura Básica indicada en la Carátula de Póliza.

VIII. 2. Protección por Fallecimiento

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un Siniestro Amparado, la Institución Aseguradora indemnizará las siguientes coberturas: Seguro para Gastos Funerarios y Traslado por Fallecimiento.

VIII. 2. A. Seguro para Gastos Funerarios

A causa de un Siniestro Amparado la Institución Aseguradora pagará la Suma Asegurada para esta cobertura misma que se indica en la carátula de la Póliza. Tratándose de Asegurados menores a 12 (doce) años de edad, dicha Suma Asegurada tendrá un límite de 60 (sesenta) UMAs mensuales (Unidad de Medida y Actualización). Se hace la aclaración que, si al momento de la contratación inicial, en las Condiciones Generales se estableció el límite en salarios mínimos para esta Cobertura, el límite se conservará en salarios mínimos.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Suma Asegurada para esta cobertura se pagará al beneficiario designado; a falta de éste se pagará en el siguiente orden:

1. Cónyuge, concubina o concubinario, a falta de éste se pagará a:

2. Hijos en igual proporción, a falta de éstos se pagará a:
3. Padres en igual proporción.

En caso de fallecimiento del Asegurado distinto al Asegurado Titular, la Suma Asegurada se pagará:

1. Al Beneficiario designado y a falta de éste,
2. Al Asegurado Titular.

Enfermedad Terminal: En caso de que a algún Asegurado mayor a 1 (un) año de edad le sea diagnosticada una Enfermedad Terminal, la Institución Aseguradora previa solicitud, pagará al Asegurado Titular un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada de esta cobertura y se pagará el 50% (cincuenta por ciento) restante en la forma en que se establece en los dos enunciados anteriores, una vez ocurrido el fallecimiento.

VIII. 2. B. Traslado por Fallecimiento

En caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra a más de 100 (cien) kilómetros de su ciudad permanente de residencia a causa de un Siniestro Amparado, la Institución Aseguradora, previa solicitud, prestará a través de Asistencia Alfa Medical uno de los siguientes servicios de traslado por fallecimiento:

a. Traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad que hubiere sido la de Residencia permanente del Asegurado, o
b. Inhumación de los restos del Asegurado en el lugar donde se haya producido el deceso, o
c. Traslado de dichos restos hasta el lugar de inhumación en cualquier otra ciudad, dentro de la República Mexicana, que no hubiere sido la de Residencia permanente del Asegurado.

Cuando se elija una de las opciones b) o c), 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 1er (primer) inciso, por lo que los costos excedentes quedarán a cargo del solicitante del servicio y deberán ser pagados antes de la prestación del servicio.

La Institución Aseguradora prestará cualquiera de los servicios a los que se refiere esta cobertura siempre y cuando el fallecimiento haya sido a consecuencia de un Siniestro Amparado aun cuando no se hayan realizado Gastos Médicos por este.

La Institución Aseguradora gestionará los trámites legales y administrativos que se requieran para el cumplimiento de esta cobertura.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO.

1. **No se cubren los gastos por fallecimientos de Asegurados menores a 1 (un) año de edad.**
2. **No se cubren los gastos de traslado por fallecimiento ocurridos a menos de 100 (cien) km. de la ciudad permanente de residencia del Asegurado.**
3. **No se cubren servicios no coordinados a través de Asistencia Alfa Medical.**

VIII. 3. Eliminación de Deducible por Accidente

La Institución Aseguradora no aplicará el Deducible contratado en caso de Accidente amparado, siempre y cuando la primera atención se reciba durante los 30 (treinta) días siguientes a la ocurrencia del Accidente.

Esta cobertura aplicará bajo las siguientes condiciones:

a. Los Gastos Médicos procedentes excedan de $3,000 (tres mil pesos 00/100 M.N.).
b. Para todos los Asegurados incluidos en la Póliza.
c. Únicamente para Deducibles básicos.
d. Accidentes ocurridos y atendidos dentro de la República Mexicana.

Se aplicará Coaseguro a los gastos excedentes una vez que el monto total del Accidente amparado exceda el Deducible básico contratado.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE.

Este beneficio no aplicará en gastos relacionados con Nariz y Senos paranasales aun y cuando sean derivados de un accidente.

VIII. 4. Alfa Medical Cash por Diagnóstico

En caso de que el Asegurado que haya contratado la presente cobertura sea diagnosticado con alguna Enfermedad Grave, según se define más adelante, la Institución Aseguradora entregará la Suma Asegurada indicada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

La cobertura no se extinguirá por la ocurrencia del primer Siniestro, sin embargo, la Institución Aseguradora no estará obligada a pagar nuevamente la Suma Asegurada, cuando una nueva Enfermedad Grave ocurra como consecuencia de una Enfermedad Grave previamente cubierta por la Institución Aseguradora. Aplicarán las exclusiones y los periodos de espera establecidos en la cobertura básica, así como los tiempos transcurridos para el cumplimiento de los mismos.

Definiciones Particulares de la Cobertura Alfa Medical Cash por Diagnóstico

Diagnóstico

El dictamen sobre una Enfermedad o Lesión del mismo, que efectúe el médico tratante, que además sea un médico especialista en la materia correspondiente a la Enfermedad, y que se basa en elementos como evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio y antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

Enfermedad Grave

Son aquellos padecimientos o tratamientos médicos cubiertos dentro de la cobertura de este Beneficio Adicional, y consisten únicamente en los que se detallan a continuación:

1. Infarto agudo al miocardio.
2. Cirugía de derivación cardíaca.
3. Cirugía de la aorta torácica.
4. Reemplazo de válvula cardíaca.
5. Cáncer.
6. Isquemia/infarto cerebral.
7. Alzheimer.
8. Esclerosis Múltiple.
9. Ceguera.
10. Enfermedad de Parkinson.
11. Parálisis (lesión de la médula espinal).
12. Quemadura de tercer grado.
13. Insuficiencia renal crónica.
14. Trasplante de órganos.
15. Politraumatismo.

1. Infarto agudo al miocardio

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a La Institución Aseguradora, la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que el Asegurado padece o padeció, durante el periodo de cobertura de este beneficio, un infarto agudo al miocardio.

b. Comprobar los nuevos cambios cardiológicos a consecuencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados Electrocardiograma, Troponina "I".

Se excluye cualquier otra Enfermedad coronaria aguda que no haya provocado la muerte del músculo cardíaco.

2. Cirugía de derivación cardíaca

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora, la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al Asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio, una cirugía de derivación cardíaca a consecuencia de un padecimiento cubierto por la cobertura básica.

b. Comprobar los nuevos cambios cardiológicos a consecuencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Angiografía Coronaria; que demuestre el grado de obstrucción, el sitio de la obstrucción y el número de obstrucciones.
- Arteriografía por Resonancia Magnética.

Se excluyen la angioplastia coronaria en todas sus formas, así como la cirugía de derivación cardíaca a causa de un politraumatismo.

3. Cirugía de la aorta torácica

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al Asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio, una cirugía de la aorta torácica a consecuencia de un padecimiento cubierto por la cobertura básica.

b. Comprobar los nuevos cambios de la aorta a consecuencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Angiografía.
- Aortograma.
- Ultrasonografía.
- Resonancia Magnética.
- Tomografía Axial Computarizada.

Que demuestren la porción de la arteria aorta afectada y el tamaño de la lesión.

Se excluyen la cirugía de la aorta torácica a causa de un politraumatismo, la cirugía de cualquier arteria distinta a la aorta torácica; así como cualquier cirugía donde no exista la extirpación y el reemplazo de la porción arterial afectada.

4. Reemplazo de válvula cardíaca

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al Asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio, un reemplazo de válvula cardiaca a consecuencia de un padecimiento

cubierto por la cobertura básica.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Ecocardiografía, que demuestre la disfunción valvular y su forma.
- Cateterismo cardiaco, que demuestre la Enfermedad valvular.
- Resonancia Magnética Cardiaca, que demuestre la anormalidad valvular.

Se excluye el reemplazo de válvula cardíaca a causa de un politraumatismo, así como la valvulotomía cardíaca cerrada, la valvuloplastía cardíaca abierta sin reemplazo valvular, valvuloplastía percutánea y la reparación valvular cardíaca.

5. Cáncer

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Oncología.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Estudio Histopatológico.
- Marcadores Tumorales.
- Resonancia Magnética.
- Tomografía Axial Computarizada.
- Tomografía por Emisión de Positrones.
- Ecografía.
- Estudios con radionúclidos.

Que la Enfermedad demuestra la invasión al tejido a su alrededor y diseminación (invasión) a otros órganos.

Comprobar la ausencia de SIDA/VIH mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen:

1. **Tumores malignos (cáncer) que no hayan invadido tejidos circundantes o se hayan diseminado a otros órganos (cáncer in situ).**
2. **Cualquier cáncer de la piel.**
3. **Cualquier cáncer con la presencia de SIDA/ VIH.**

6. Isquemia/infarto cerebral

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada, Angiografía Cerebral.

c. Que la Enfermedad demuestra un permanente déficit neurológico.

Se excluyen la isquemia cerebral transitoria, las lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos derivadas de un politraumatismo, así como cualquier derrame e infarto cerebral producido por el uso de alcohol o drogas.

7. Alzheimer

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.

b. Demostrar que múltiples déficits cognitivos están presentes, uno de los cuales debe ser alteración de la memoria.

Además de los problemas con la memoria, una o más de los siguientes deben aparecer:

- Afasia: deterioro de las habilidades del lenguaje.
- Apraxia: dificultad para ejecutar actividades motoras, a pesar de que el movimiento, los sentidos y la capacidad de entender lo que se pregunta todavía están intactos.
- Agnosia: un deterioro de la capacidad para reconocer o identificar los objetos, a pesar de que las capacidades sensoriales están intactas

a. Los problemas con el funcionamiento ejecutivo, como la planificación de tareas, la organización de proyectos, o la realización de los objetivos en la secuencia apropiada.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Resonancia magnética (IRM), que identifique cambios en la estructura cerebral y en sus funciones, y que descarte la presencia de Accidentes cerebrovasculares, tumores u otros problemas causantes de demencia síntoma similar a Enfermedad de Alzheimer.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC), por las razones expuestas en IRM.
- Tomografía con Emisión de Positrones (PET), en la que se producen imágenes de cambios químicos a medida que ocurren en los receptores cerebrales de la dopamina.

Se excluye expresamente cualquier otro tipo de demencia.

8. Esclerosis Múltiple

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.

b. Comprobar la Enfermedad mediante los exámenes denominados Imagen de resonancia magnética y líquido cefalorraquídeo.

c. Demostrar que el deterioro de la función motora (relativa al movimiento) y sensitiva (relativa a la sensibilidad) esté presente de manera ininterrumpida.

d. Demostrar que los síntomas sean persistentes

Se excluye cualquier otro padecimiento que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares a esclerosis múltiple, sin serlo.

9. Ceguera

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Oftalmología.

b. Demostrar mediante los siguientes estudios el grado de ceguera:

- Estudio oftalmológico con lámpara de hendidura.
- Examen de agudeza visual.

Se excluyen la ceguera unilateral, la ceguera reversible de cualquier tipo, así como la ceguera a causa de un politraumatismo.

10. Enfermedad de Parkinson

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.

b. Demostrar que la Enfermedad ha avanzado hasta presentar en forma permanentemente deterioro de la función motora asociada con temblor, rigidez de movimientos y la inestabilidad postural.

c. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados imagen de resonancia magnética, tomografía con emisión de positrones y pruebas genéticas.

Se excluye cualquier otra causa que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares comúnmente denominado Parkinsonismo.

11. Parálisis (lesión de la médula espinal)

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

- Tomografía computarizada de la columna vertebral.
- Resonancia magnética de la columna vertebral.
- Mielografía de la médula espinal.
- Prueba para evaluar las vías del nervio.
- Punción lumbar para obtener líquido cefalorraquídeo.

Se excluyen cualquier otro tipo de parálisis cuyo origen es diferente a una lesión de la médula espinal, así como la parálisis que tenga como origen un politraumatismo.

12. Quemadura de Tercer Grado

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Traumatología.
- Flujometría cutánea con láser Doppler.
- Imagen por resonancia magnética.
- Biopsia de piel.
- Fotografías para determinar el porcentaje corporal afectado por la quemadura.

Se excluyen cualquier otro grado de quemadura y cuando el porcentaje afectado del cuerpo es menor al 30% (treinta por ciento) de la superficie corporal total.

13. Insuficiencia Renal Crónica

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en nefrología.

b. Comprobar la presencia de la Enfermedad mediante los exámenes denominados:

c. Biopsia Renal que demuestre:

- Fibrosis Intersticial + Pérdida Tubular.
- Esclerosis Glomerular.
- Hipercelularidad Glomerular.
- Angioesclerosis de arterias y arteriolas.
- Múltiples quistes.

d. Ecografía, resonancia magnética y tomografía axial computarizada, que demuestren:

- Anormalidad en la simetría del tamaño renal.
- Cambios parenquimatosos característicos.
- Anormalidad en la diferenciación cortico – medular.
- Masas sólidas o quísticas.
- Cálculo del Índice de Filtración Glomerular (IFG) Nitrógeno ureico en sangre.
- Examen de Orina (determinación de albúmina y proteínas).

Se excluyen las etapas 1 (IFG 90 o +), 2 (IFG 60 a 89) y 3 (IFG 30 a 59) de la Enfermedad renal crónica, la insuficiencia renal aguda, y cuando la insuficiencia renal es a causa de un politraumatismo.

14. Trasplante de Órganos

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista.
- Comprobar la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos.
- Haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo por un órgano sano (único o en combinación) tales como corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón.
- Haberse sometido a la recepción de médula ósea, páncreas sanos.
- Comprobar la ausencia del Virus de SIDA/VIH mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen:

1. **Cualquier Trasplante de órganos, partes de órganos, tejidos o células distintos a corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón.**
2. **Cualquier Recepción de órganos, partes de órganos, tejidos o células distintas a médula ósea o páncreas.**
3. **El trasplante de corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón con la presencia de SIDA/VIH.**
4. **La recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas con la presencia de SIDA/VIH.**
5. **Trasplantes de órganos a consecuencia de un politraumatismo.**

15. Politraumatismo

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

a. Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Traumatología.

b. Radiografías de las zonas afectadas.

c. Tomografía axial computarizada.

Se excluyen las lesiones traumáticas originadas por quemaduras de cualquier tipo y grado.

16. Fallecimiento del Asegurado

En caso de que el Asegurado haya acreditado la existencia de una Enfermedad Grave cubierta por este Beneficio Adicional, pero fallezca antes de recibir la Suma Asegurada correspondiente, la misma se pagará al beneficiario designado por el Asegurado en la Póliza.

En caso de que no exista un beneficiario designado o que este hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la Institución Aseguradora pagará la Suma Asegurada a la o las personas que acrediten ubicarse en el supuesto más cercano de los que se describen a continuación:

a. Cónyuge.

b. Hijos, del mayor al menor.

c. Madre.

d. Padre.

e. A la sucesión legal correspondiente.

De acuerdo al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, la Institución Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La Institución Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con la Enfermedad o Accidente amparado, la reclamación o las pruebas aportadas. El ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que la Institución Aseguradora practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta Póliza.

El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá 30 (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. Serán aplicables a este Beneficio Adicional en lo conducente, todos los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual se agrega. En caso de discrepancia entre lo dispuesto en el presente Beneficio Adicional y las Condiciones Generales de la Póliza, respecto de alguna cobertura contenida en el Beneficio Adicional, prevalecerá lo dispuesto en este.

VIII. 5. Dental Premium

Para efectos de esta cobertura los servicios de atención serán proporcionados por el odontólogo seleccionado previamente por el Asegurado, que forme parte de la Prestadora de Servicios dentales en convenio con la Institución Aseguradora siempre y cuando los mismos sean requeridos como consecuencia de una Enfermedad amparada.

Únicamente se cubren los siguientes servicios dentales:

Servicios Dentales	Eventos	Participación del Asegurado
Consulta de diagnóstico	Sin límite	**Copago 0%**
Consulta Periodontal	2	

Raspado por arcada (manual y/o con ultrasonido), profilaxis incluida (por arcada) (tratamiento no quirúrgico)	2	
Limpieza Dental	2	
Aplicación Tópica de Flúor	2	
Radiografía Interproximal	Sin límite	
Radiografía Periapical	Sin límite	
Selladores	Sin límite	
Mantenimiento de tratamiento Periodontal	Sin límite	
Curetaje y Alisado Subgingival	Sin límite	
Restauración de Resina en Diente Anterior y Posterior 1, 2 y 3 Caras	Sin límite	
Pulpotomía	Sin límite	**Copago 30%**
Extracción simple		
Extracción de raíz residual		
Extracción de diente semi-incluido		
Extracción de diente incluido/impactado		
Extracción simple de dientes deciduos		
Tratamiento endodóntico unirradicular		
Tratamiento endodóntico Birradicular		
Tratamiento endodóntico con 3 o más canales		
Tratamiento de ápice incompleto		
Retratamiento endodóntico unirradicular		
Retratamiento endodóntico Birradicular		
Retratamiento endodóntico con 3 o más canales		

El objetivo de esta cobertura es ampliar los beneficios que se brindan en los productos del ramo de Gastos Médicos Mayores Individual, por lo que se puede contratar como cobertura opcional con costo para todas las Pólizas de Gasto Médicos Mayores Individual con el límite de eventos especificado en la tabla anterior.

No aplicará el servicio de asistencia a que hace referencia este beneficio adicional, en caso de que el Asegurado reciba tratamiento en un establecimiento distinto a los designados por los Prestadores de Servicios Dentales en convenio.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DENTAL PREMIUM.

1. **Cualquier otro tratamiento, servicio o insumo no enunciado anteriormente.**
2. **No se cubren medicamentos prescritos a consecuencia de diagnósticos o tratamientos odontológicos.**
3. **No se cubre ningún procedimiento o tratamiento preventivo o que no sea requerido en virtud de una Enfermedad amparada por la Póliza.**

IX. Bases para Determinar la Indemnización

Para que el Asegurado pueda reclamar la indemnización es necesario que el total de los Gastos Procedentes hayan rebasado el Deducible contratado. Los Honorarios Médicos y Quirúrgicos a indemnizar serán determinados multiplicando la base de Honorarios Médicos y Quirúrgicos de acuerdo con el territorio donde se lleve a cabo la atención médica, por el factor correspondiente de cada procedimiento. El resultado de este cálculo se encontrará disponible en el portal público

de la Institución Aseguradora **www.mnyl.com.mx**. Los Gastos Procedentes distintos a los Honorarios Médicos y Quirúrgicos serán indemnizados de acuerdo con el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado de la zona donde se reciba la atención.

El monto del Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado está basado en los precios de mercado vigentes de los Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora.

IX. 1. Gastos a Cargo del Asegurado

IX. 1. A. Deducible Básico/Deducible en Exceso

Esta obligación a cargo del Asegurado iniciará en el momento en que se efectúa el primer Gasto Procedente hasta el total de la cantidad señalada por concepto de Deducible en la Carátula de la Póliza.

El Asegurado podrá presentar su reclamación hasta que los Gastos Procedentes hayan rebasado el Deducible contratado debiendo presentar original de todos los gastos incurridos.

Particulares para Deducible en Exceso

El Asegurado deberá presentar original de todos los gastos incurridos o copia de la indemnización pagada por otra Aseguradora o por la Institución Aseguradora a efecto de acreditar que los gastos erogados excedieron el Deducible en Exceso.

El cambio de Deducible en Exceso a alguna de las opciones vigentes de Deducible Básico podrá solicitarse por escrito por el Contratante y/o Asegurado Titular dentro de los treinta (30) días siguientes a la baja comprobada de la otra Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo con Deducible Básico que tenga contratada con esta o con alguna otra institución de seguros, conservando el mismo Coaseguro y Suma Asegurada. Las opciones vigentes se encuentran publicadas en el portal público de la Institución Aseguradora en **www.mnyl.com.mx.**

En caso de aceptación de cambio de Deducible quedarán cubiertos todos los siniestros que hayan ocurrido a partir de la contratación inicial con vigencia ininterrumpida de una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con la Institución Aseguradora, por ningún motivo la Institución Aseguradora reconocerá los Padecimientos iniciados previos a la contratación de la Póliza inicial para la continuación del pago de Siniestros.

IX. 1. B. Deducible Anual y Deducible Único

El Contratante podrá elegir cualquiera de las opciones de esquema de Deducible que se detallan a continuación:

1. Deducible Único

En caso de que el Asegurado decida contratar el Deducible Único, éste se aplicará por única ocasión al inicio de cada Accidente o Enfermedad Amparados.

2. Deducible Anual

Es la obligación anual a cargo del Asegurado, una vez que los Gastos Procedentes hayan superado el Deducible contratado:

a. Pólizas con Deducible Básico contratado, el Deducible Anual se aplicará a partir de la siguiente vigencia para los complementos de cada Siniestro Amparado. El monto aplicable como Deducible Anual será de US $ 400 (cuatrocientos) dólares para Asegurados menores a 60 (sesenta) años de edad, y US $775 (setecientos setenta y cinco) para Asegurados de 60 (sesenta) años o más de edad, para quienes aplicará este esquema de deducible en automático.

b. Para las Pólizas con Deducible en Exceso, el Deducible Anual será de 5,000 UDI (Cinco mil Unidades de Inversión). Se aplicará a partir de la siguiente vigencia para los complementos de cada Siniestro Amparado. Para efectos de este Contrato el valor de la UDI (Unidad De Inversión) será el vigente al momento en que se efectúe el gasto.

c. Para Pólizas con Deducible en Exceso que hayan realizado el cambio a Deducible Básico, el monto aplicable como Deducible Anual será el vigente para Deducibles Básicos.

IX. 1. C. Coaseguro Único

Del total de los Gastos Procedentes, una vez descontado el Deducible correspondiente, el Asegurado participará con el porcentaje indicado como Coaseguro en la Carátula de la Póliza.

El Coaseguro aplicado en el extranjero es independiente al aplicado para reclamaciones de gastos en territorio nacional y cada uno tendrá su tope correspondiente.

La Participación del Asegurado por concepto de Coaseguro no excederá el monto indicado en la Carátula de la Póliza como Tope de Coaseguro, sujeto a las siguientes consideraciones:

Para Pólizas con Coaseguro contratado igual a 0% (cero por ciento):

a. Se aplicará un Coaseguro del 10% (diez por ciento) cuando la atención médica no sea proporcionada por los Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora.

b. Se aplicará un Coaseguro de 10% (diez por ciento) a todos los gastos que el Asegurado presente a través de Reembolso.

Atención médica en el extranjero

Cuando la atención médica en el extranjero sea gestionada por la Institución Aseguradora aplicarán las siguientes condiciones:

a. El Coaseguro contratado con un mínimo de 10% (diez por ciento), y

b. El Tope de Coaseguro será de US $ 10,000 (diez mil) dólares.

Cuando la atención médica en el extranjero NO sea gestionada por la Institución Aseguradora aplicarán las siguientes condiciones:

c. El Deducible será el contratado, y

d. El Coaseguro contratado con un mínimo de 20% (veinte por ciento), y

e. El Tope de Coaseguro será de US $ 20,000 (veinte mil) dólares.

f. En caso de Reembolso, se ajustarán los honorarios al Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos correspondientes a la zona contratada.

Es obligación del Asegurado permitir a la Institución Aseguradora el acceso a toda la información médica necesaria para el dictamen y pago del Siniestro; de no cumplirse esta condición, la Institución Aseguradora queda eximida de toda obligación.

La Institución Aseguradora podrá solicitar la Documentación que considere necesaria para corroborar la Residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

IX. 1. D. Indemnización de acuerdo con el territorio correspondiente

Las condiciones y alcance que aplicarán para la indemnización de un Siniestro Amparado serán las vigentes a la fecha del primer gasto, o a la fecha de presentación de los primeros signos y síntomas sujetándose a lo siguiente:

a. Los Honorarios Médicos y Quirúrgicos aplicables serán de acuerdo con el territorio donde se realice la atención.

b. El Deducible básico/Deducible en exceso, Deducible Anual/Deducible Único, Coaseguro y Suma Asegurada de acuerdo con lo descrito en las Condiciones Generales aplicables.

Para el pago de complementos las condiciones anteriores aplicarán, siempre y cuando el Asegurado mantenga una Póliza vigente, con las mismas condiciones contratadas al momento de presentarse el Siniestro.

La indemnización corresponderá al Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado del territorio donde se prestó la atención médica.

En caso de que el médico tratante elegido libre y voluntariamente por el propio Asegurado no pertenezca a los Prestadores de Servicios Médicos en convenio con la Institución Aseguradora, la obligación de pago de la Institución

Aseguradora se limitará a los montos que correspondan de conformidad con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos vigentes para este Contrato

IX. 1. E. Periodo de beneficio

La Institución Aseguradora pagará los gastos complementarios por cada Siniestro Amparado, incurridos durante la vigencia de la Póliza y que sean necesarios para el restablecimiento de la salud del Asegurado serán aplicables las condiciones al momento en que se haya generado el primer gasto.

Lo anterior tendrá como límite lo que ocurra primero entre:

1. El agotamiento de la Suma Asegurada, o
2. El monto de los gastos procedentes durante la vigencia de la Póliza y hasta por 30 (treinta) días naturales posteriores al término de la misma, o
3. La recuperación de la salud o vigor vital respecto al Siniestro Amparado que haya afectado al Asegurado, o
4. En caso de terminación anticipada del Contrato, los gastos procedentes hasta 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de tal terminación.

IX. 2. Proceso de Indemnización

IX. 2. A. Información del Asegurado en Caso de Reclamación

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 (cinco) días para dar el aviso correspondiente, el cual deberá ser por escrito, lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso la reclamación deberá presentarse a la Institución Aseguradora tan pronto como cese el impedimento.

Las reclamaciones que efectúe el Asegurado o beneficiario al amparo de esta Póliza deberán ser presentadas en las formas que le proporcione la Institución Aseguradora. 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.

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 CIE (Código Internacional de Enfermedades) y CPT (Código de Procedimientos y Tratamientos) vigentes.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que estén en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución Aseguradora relativas a la realización de la Enfermedad o Accidente amparados 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 aplicables vigentes. Estos documentos quedarán en poder de la Institución Aseguradora una vez pagada la indemnización correspondiente.

Solo en aquellos casos en que no se pueda determinar las circunstancias de la realización y consecuencias del sinestro, la Institución Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro Amparado.

La Institución Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con el Siniestro Amparado, la reclamación o las pruebas aportadas.

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

De igual manera, las obligaciones de la Institución Aseguradora quedarán extinguidas de pleno derecho y sin que medie declaración judicial, cuando el Contratante, Asegurado, el Beneficiario o los representantes de estos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulen o declaren inexactamente hechos relacionados con el Siniestro que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones, así como en caso de que la Institución Aseguradora cuente con información que acredite que la reclamación proviene de Enfermedades, Accidentes o gastos médicos inexistentes, presente información falsificada o alterada para sustentar su reclamación, cuando el procedimiento reclamado sea médicamente innecesario, o bien cuando exista un uso no justificado de las Coberturas que otorga esta Póliza. Lo anterior con independencia de las acciones civiles o penales que correspondan a la Institución Aseguradora.

En tal virtud el ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que la Institución Aseguradora practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta Póliza.

El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá 30 (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. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la Institución Aseguradora o comprobado en juicio.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la Institución Aseguradora pagará la indemnización que resulte procedente a la persona que evidencie, a través de las facturas correspondientes, haber efectuado los Gastos Médicos Mayores que se reclamen, en caso contrario se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

IX. 2. B. Moneda

Las indemnizaciones del presente Contrato se realizarán en pesos mexicanos; las referencias en dólares establecidas en estas Condiciones Generales se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio (dólar de los Estados Unidos de América por peso mexicano), estipulado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación para la moneda y la fecha en la que el Asegurado haya recibido los servicios médicos.

IX. 2. C. Responsabilidad de la Institución Aseguradora

En consideración a que el Asegurado ejerce su derecho y responsabilidad de elegir libremente a los prestadores de servicios que requiera para la atención médica de un Siniestro Amparado, la obligación de la Institución Aseguradora se limita a pagar los servicios que dichos prestadores de servicios le proporcionen al Asegurado, siempre en estricto apego y cumplimiento a lo dispuesto en el presente Contrato de Seguro.

Por lo anterior, al ejercer su derecho y responsabilidad de elección libre y voluntaria del Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia, médicos y cualesquier otro prestador de servicios cuyo objeto sea brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, la relación se establece entre el Asegurado y cualquiera de los Prestadores de Servicios Médicos antes mencionados y tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que la Institución Aseguradora en ningún caso será responsable ante el Asegurado, beneficiarios o causahabientes de cualquier daño, responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otra índole que sufra como consecuencia de la atención médica de un Siniestro Amparado con dichos prestadores de servicios, derivado precisamente de dicha libertad de elección y de que no existe una relación de dependencia o de subordinación entre la Institución Aseguradora y los Prestadores de Servicios Médicos.

El contenido de esta cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional y servicio de asistencia contratado.

X. Cláusulas Generales

X. 1. Contrato

Esta Póliza es prueba del Contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Institución Aseguradora y, en su caso, de sus renovaciones. Se emite en consideración a la solicitud y a las declaraciones previamente formuladas por el Contratante y/o Asegurado Titular para la apreciación del riesgo.

A.Bases del Contrato

Mediante este Contrato la Institución Aseguradora se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención requerida como consecuencia de un Siniestro Amparado.

Este Contrato de seguro está constituido por:

a. La Carátula de la Póliza.

b. Condiciones Generales.

c. En su caso, las cláusulas adicionales o endosos, debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Institución Aseguradora.

d. La solicitud inicial y cuestionario médico.

e. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración o modificaciones al mismo.

B.Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante y/o Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Institución Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de Seguro, de acuerdo a lo establecido en el artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Si el Contrato de Seguro se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado de acuerdo a lo establecido en el artículo 9° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario, de acuerdo a lo establecido en el artículo 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8°, °9 y 10° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Institución Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro.

La Institución Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del Contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia Institución Aseguradora conozca la omisión o inexacta declaración.

C.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 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

D.Cambio de Condiciones

El Contratante y/o Asegurado Titular podrán solicitar por escrito a la renovación de la Póliza los siguientes cambios a las condiciones del contrato: i. cambio de Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro dentro del mismo producto, ii. cambio de producto o iii. alta o baja de coberturas adicionales.

Dichos cambios estarán sujetos a la evaluación de riesgo y los procesos de suscripción correspondientes de la Institución Aseguradora y por lo tanto a su previa autorización.

En caso de que los cambios modifiquen las condiciones originalmente contratadas, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando dichos cambios los contemplen.

Los gastos complementarios de cada Siniestro Amparado erogados a partir de los cambios a las condiciones del contrato se realizarán conforme a las condiciones vigentes al momento de dicha erogación.

E. Modificaciones al Contrato

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y/o Asegurado Titular, según corresponda y la Institución Aseguradora.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ningún agente de seguros ni ninguna otra persona no autorizada por la Institución Aseguradora, podrá cambiar o modificar las condiciones o beneficios del Contrato.

F. 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 (Servicio de Experiencia del Asegurado (SEA)) 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 2 (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 Aseguradora 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.

G. Comisiones

“Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.”

H. Notificaciones

Cualquier comunicación relacionada con este Contrato de Seguro deberá presentarse por escrito a la Institución Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en la Carátula de esta Póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado la Institución Aseguradora.

Las notificaciones que la Institución Aseguradora deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará en el último domicilio o correo electrónico declarado en la solicitud inicial o solicitud de cambio a la Institución Aseguradora, o bien a través de los medios electrónicos que esta última ponga a su disposición. Las notificaciones así realizadas se considerarán válidas y harán prueba plena.

I. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisiones o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución Aseguradora haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro Amparado, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, 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 suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución Aseguradora.

J. Indemnización por Mora

En caso de que la Institución Aseguradora 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 aquél en que se haga exigible la obligación.

El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá 30 (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.

K. Otros Seguros

Al presentar una reclamación, el Asegurado deberá declarar a la Institución Aseguradora la existencia de otros seguros, en cuyo caso el monto de la indemnización que corresponda en ningún caso excederá el monto de los gastos incurridos.

El Asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora fotocopia de la reclamación presentada ante otra Institución de Seguros, comprobante de los gastos médicos, finiquito que en su caso le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

X. 2. Vigencia

El periodo de seguro convenido es de 1 (un) año, cuyas fechas y horario de inicio y terminación son:

A.Inicio de Vigencia

A las 12:00 horas del 1er (primer) día del periodo de seguro contratado, indicado en la Carátula de la Póliza.

B.Terminación de Vigencia

A las 12:00 horas del último día del periodo de seguro contratado e indicado en la Carátula de la Póliza, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta Póliza.

C. Terminación Anticipada

1. A petición del Contratante y/o Asegurado

En caso de terminación o cancelación anticipada del Contrato solicitada por el Contratante y/o Asegurado Titular, la Institución Aseguradora devolverá al contratante el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la Prima neta pagada no devengada correspondiente sin incluir el derecho de Póliza, siempre y cuando no exista un Siniestro Amparado abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada. La devolución de la prima se hará dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la solicitud, a la cuenta bancaria que designe el Contratante para tal efecto.

Procedimiento aplicable en caso de terminación anticipada del Contrato:

El Contratante y/o Asegurado Titular podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato por escrito identificándose plenamente en las oficinas de la Institución o por la misma vía por la que éste hubiere sido contratado, dicha cancelación en ningún caso podrá ser anterior a la fecha en que la Institución reciba el aviso correspondiente.

La Institución Aseguradora, una vez constatada la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio a dicha solicitud y realizará la devolución de la prima neta pagada no devengada correspondiente sin incluir el derecho de Póliza que, en su caso, pudiera corresponder dentro de los 30 (treinta) días hábiles posteriores.

En todo caso, la Institución Aseguradora no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del Contrato sin que exista una causa justificada.

2. Por parte de la Institución Aseguradora

Cuando la Institución Aseguradora rescinda el Contrato por causa de agravación del riesgo, la terminación surtirá efectos a los 15 (quince) días de haber sido recibida la notificación por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiarios.

En caso de cesación de los efectos del Contrato por: (i) falta de pago de la Prima o la fracción correspondiente dentro del plazo convenido; (ii) por omisión en el aviso de agravación del riesgo o (iii) en caso de que el Contratante y/o Asegurado provoquen una agravación esencial del riesgo no mediará notificación alguna.

Tratándose de omisiones o inexactas declaraciones del Contratante y/o Asegurado, la Institución Aseguradora comunicará en forma auténtica al Contratante, Asegurado o a sus Beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

En cualquiera de los casos mencionados anteriormente no aplicará devolución de Prima.

X. 3. Obligaciones del Contratante y del Asegurado

A. Residencia

El Contratante y/o el Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a la Institución Aseguradora el lugar de Residencia de los Asegurados que residan en un domicilio diferente al del Asegurado Titular.

La institución Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la Residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

B. Renovación

Al término de la vigencia del presente Contrato, el Contratante o Asegurado Titular podrán renovarlo en cualquiera de los productos que la Institución Aseguradora tenga vigentes en ese momento, sujeto a lo establecido en el inciso D. Cambio de Condiciones de la cláusula X.1. Contrato.

La Institución Aseguradora podrá modificar en cada renovación entre otros, los valores de Prima, Deducible, Coaseguro y Tope de Coaseguro.

Los valores actualizados correspondientes a la Renovación serán informados al Contratante o Asegurado Titular con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la Renovación de la Póliza.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado Titular decida no renovar la presente Póliza, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución Aseguradora dentro del mismo periodo conforme al procedimiento descrito en la cláusula C. Terminación Anticipada, numeral 1. A petición del Contratante y/o Asegurado Titular, de estas condiciones generales.

Siempre que no se hayan solicitado cambios a las condiciones originalmente contratadas, la renovación respetará la antigüedad de los Asegurados con la Institución Aseguradora para los siguientes efectos:

1. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad,
2. Los periodos de espera no se afectarán,
3. Los límites de edades de aceptación para las coberturas previamente contratadas y vigentes no se modificarán.

En cada renovación la Prima que deberá pagarse será la que resulte de acuerdo con las tarifas que tenga la Institución Aseguradora vigentes a la fecha de dichas renovaciones establecidas en la nota técnica que la Institución Aseguradora tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La renovación de la presente póliza se otorgará en condiciones congruentes con las originalmente contratadas, no obstante, no se debe entender como una prórroga en cuanto a su vigencia.

A la renovación serán aplicables los términos y condiciones que la Institución Aseguradora tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de dicha renovación, sin que ello signifique modificación a las limitantes de las Coberturas Básicas, a los Periodos de Espera o a la Edad Máxima de Aceptación. Las condiciones para el pago Siniestros Amparados se determinarán según con lo estipulado en la cláusula de Periodo de Beneficio.

C. Cambio de Póliza Familiar a Póliza Individual

Cualquier Asegurado con mayoría de edad que desee terminar anticipadamente su participación dentro de la Póliza tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual o Familiar en

cualquiera de los productos que la Institución Aseguradora tenga vigentes, de acuerdo a la política establecida por la Institución Aseguradora en ese momento, con Reconocimiento de Antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y cuando el trámite se realice dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a que el Asegurado deje la cobertura de la Póliza Familiar, en cuyo caso, se reconocerá la antigüedad derivada de su continuidad con la Institución Aseguradora, desde su ingreso a la Póliza.

D. Edad Máxima de Aceptación

Los límites de edad de aceptación para este Contrato y todas las coberturas son desde el nacimiento hasta los 64 (sesenta y cuatro) años. En caso de renovación y ya contar la cobertura solicitada no aplicarán estos límites. Para los Asegurados que se encuentran en una Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectiva con la Institución Aseguradora y decidan ejercer el derecho de conversión a una Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual con la Institución Aseguradora la edad de aceptación estará sujeta a los límites establecidos por la Institución Aseguradora.

D. 1. Comprobación de Edad

Si al momento de celebrar este Contrato el Asegurado presenta pruebas fehacientes de su edad, la Institución Aseguradora no podrá exigirle con posterioridad nuevas pruebas. Si por su edad algún Asegurado queda fuera de los límites fijados por este Contrato, la Institución Aseguradora podrá rescindir los beneficios de esta Póliza para este Asegurado.

La Institución Aseguradora devolverá al Contratante el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la Prima pagada no devengada de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la Póliza, sin incluir el derecho de Póliza. Dicha devolución se realizará dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que la Institución Aseguradora rescinda los beneficios de la Póliza con motivo de esta causa. La Institución Aseguradora podrá ejercer esta acción a partir de la fecha en que conozca el hecho.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, la Institución Aseguradora devolverá al Contratante el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la Prima que hubiese pagado en exceso calculada a partir de la fecha en la que la Institución Aseguradora tenga conocimiento. El nuevo monto de la Prima se fijará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima inferior a la de su edad real, la Institución Aseguradora solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato, en términos del Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

E. Pago de Primas

El Contratante se obliga a pagar a la Institución Aseguradora la Prima, el derecho de Póliza e impuesto al valor agregado que se indican en la Carátula de la Póliza. En cada renovación la Prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor, registradas en nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La Prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución Aseguradora.

La frecuencia de pago estipulada para el periodo de seguro será la señalada en la Carátula de la Póliza.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre sin que la Institución Aseguradora hubiera pagado algún beneficio, se devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la Prima pagada no devengada sin incluir el derecho de Póliza (del año Póliza en curso) a partir de la fecha de fallecimiento, siempre y cuando el fallecimiento sea reportado dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de fallecimiento del Asegurado.

En caso de haber pagado algún beneficio no existirá devolución alguna.

F. 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.

G. Periodo de Gracia

Si no hubiere sido pagada la Prima o la fracción que corresponda en caso de pago en parcialidades, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, **los efectos de este Contrato cesarán automáticamente por falta de pago a las 12:00 horas del último día de este plazo, en términos de lo estipulado en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

En caso de que se presente un Siniestro Amparado durante el transcurso del Periodo de Gracia, la indemnización de los Gastos Procedentes que hayan sido erogados en éste, se dará en forma de Reembolso descontando la Prima o la fracción pendiente de pago, en términos de lo estipulado en el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

H.Rehabilitación

Si el Contratante no pagara la Prima o fracción correspondiente dentro del Periodo de Gracia establecido, su Póliza quedará cancelada. En este caso, el Contratante podrá dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día de Periodo de Gracia, solicitar por escrito la rehabilitación de su Póliza aplicando las políticas de aceptación y sujeto a la aprobación por parte de la Institución Aseguradora.

Los efectos de este Contrato se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago de la Prima o fracción siempre y cuando la solicitud de rehabilitación se realice dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día del Periodo de Gracia.

Esta Póliza sólo podrá ser rehabilitada una vez dentro de un mismo periodo de seguro.

Una vez transcurrido el Periodo de Gracia, la Póliza quedará cancelada y en Periodo al Descubierto. En ningún caso la Institución Aseguradora indemnizará los Siniestros que ocurran durante el Periodo al Descubierto.

I. Lugar de Pago

El Contratante deberá realizar el pago total de la Prima o las fracciones que correspondan a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución Aseguradora, pago referenciado en bancos y establecimientos afiliados, cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante, entre otros medios que se pongan a su disposición, cuyas referencias para realizar el pago se encontrarán en el Recibo de Pago de Prima.

El comprobante de la operación, el recibo sellado por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto la Institución Aseguradora entregue el recibo correspondiente.

J. Agravación del Riesgo

El Contratante y el Asegurado Titular serán solidariamente responsables de dar aviso a la Institución de cualquier agravación esencial del riesgo de cualquiera de los Asegurados en la Póliza durante el periodo del seguro, tales como cambios de actividad profesional, actividades deportivas, entre otras.

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

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga…” **(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

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

Las obligaciones de la Institución quedarán extinguidas si demuestra que el (los) Contratante(s), Asegurado(s), Beneficiario(s) o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

La Institución consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos.

Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

K. Inclusión de Nuevos Asegurados

Para la inclusión de Asegurados adicionales durante la vigencia de la Póliza, se aplicará lo siguiente:

a. Cuando al momento del nacimiento, la madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza y el Beneficio de Maternidad haya sido cubierto, mediante Contrato de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual celebrado con la Institución Aseguradora; la solicitud de inclusión del menor deberá presentarse en un periodo máximo de 30 (treinta) días a partir del nacimiento, quedando Asegurado desde el día de su nacimiento sin requisitos de suscripción médica.

b. En cualquier otro caso deberá presentarse la solicitud de inclusión y la Institución Aseguradora se reserva el derecho de aceptar al solicitante en la Póliza con base en las políticas vigentes establecidas por la Institución Aseguradora.

En particular para Deducibles en Exceso se debe entregar el certificado de la Póliza colectiva que declara el alta del Recién Nacido.

L. Subrogación de Derechos

En caso de Siniestro, la Institución Aseguradora se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan a los Asegurados.

El Asegurado, se obligan a presentar formal querella 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 la Institución Aseguradora para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si la Institución Aseguradora lo solicita, a costa de esta, el Asegurado, 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 se impide la subrogación, la Institución Aseguradora quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Institución Aseguradora 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.

M. Rescisión del Contrato

De acuerdo con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8°, 9° y 10° de la referida Ley, facultará a la Institución Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque tal omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del Siniestro.

N. Examen Médico

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de Enfermedades y/o Lesiones, la Institución Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un Examen Médico y/o pruebas de laboratorio, lo cual será realizado por la Institución Aseguradora sin costo y/o solicitar información médica para la valoración del riesgo.

Al Asegurado que se haya sometido al Examen Médico y/o a las pruebas de laboratorio a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de Enfermedad y/o Lesión alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado Examen Médico.

El trámite de programación se deberá realizar con al menos 5 (cinco) días hábiles de anticipación.

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**

Uso de Medios Electrónicos

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado, conforme a los derechos que a cada uno le correspondan, podrán hacer uso de los medios electrónicos que la Institución Aseguradora tenga disponibles. Los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos pueden consultarse en la página electrónica de la Institución Aseguradora situada en **www.mnyl.com.mx/terminos-y-condiciones.aspx**

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decidan hacer uso de los Medios Electrónicos que la Institución Aseguradora tenga disponibles, deberá leer y aceptar los Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos correspondientes, pudiendo celebrar entre otras las siguientes operaciones:

1. Autenticación del Usuario y desbloqueo de Factores de Autenticación;
2. Reactivación o desactivación temporal de Operaciones Electrónicas;
3. Contratación y/o cancelación de seguros;
4. Solicitud, aceptación o emisión de endosos;
5. Alta y modificación del medio de notificación;
6. Modificación de contraseñas o NIP (Números de Identificación Personal);
7. Consulta o envío vía correo electrónico de pólizas o endosos;
8. Designación y/o modificación de beneficiarios;
9. Pago de primas y domiciliación de pago de primas.

El Contratante y/o Asegurado deberán identificarse mediante el uso del Factor de Autenticación correspondiente.

Dependiendo el tipo de operación y/o servicio que lleve a cabo, el Contratante y/o Asegurado podrá requerir de algún otro Factor de Autenticación; dichos Factores son personales e intransferibles, por lo que el Contratante y/o Asegurado se obligan a mantener en todo momento sus cuentas, contraseñas personales, claves de acceso y números confidenciales en un lugar seguro.

Las notificaciones y/o confirmaciones que se generen como consecuencia de las operaciones electrónicas que efectúe el Contratante y/o Asegurado serán enviadas al correo electrónico registrado por el Contratante y/o Asegurado, o bien mediante mensajes SMS al número telefónico proporcionado por estos o por cualquier otro medio acordado entre las partes.

Medios para el Pago de Prima

El importe de la Prima convenida podrá ser cubierta a través de los siguientes medios:

1. Cargo Automático a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE.
2. Pago vía Telefónica al número COBRATEL 800 439 3639. con cargo a tarjeta de crédito, débito y cuenta CLABE.
3. Pago en bancos y establecimientos de convenio.
4. Pago en línea.

Para mayor detalle puede consultar nuestro portal en **www.mnyl.com.mx** o llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT) al número 800 5054 000.

Estos medios de pago pueden sufrir cambios y modificaciones.

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 7, Col. Juárez, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06600, Ciudad de México, Lada sin costo 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, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México.

Teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080
www.condusef.gob.mx
asesoria@condusef.gob.mx

Podrás tener acceso a tu contrato de seguro a través del Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS) de la CONDUSEF.

Las 24 horas del día y los 365 días del año:
En la Ciudad de México **55 53 26 95 00**
Del Interior de la República **800 906 2100**

Emergencias Médicas:

En la Ciudad de México **55 53 26 95 00**
Del Interior de la República **800 906 2100**
Desde Estados Unidos de América **1 877 639 4639**

Servicio de Ambulancia Traslado por Fallecimiento

Servicios de Asistencia en el Extranjero y Asistencia Alfa Medical:

Ciudad de México: **55 28 81 47 62**
Del Interior de la República: **800 265 7590**
Desde Estados Unidos: **877 777 7182**
Resto del Mundo: **305 938 0264**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 04 de septiembre de 2026, con el número CNSF-S0038-0212-2026/CONDUSEF-007342-03.

Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente.
Bajo el Registro: BADI-S0038-0007-2026
De Fecha: 11 de febrero de 2026.

Cobertura de Protección por Fallecimiento.
Bajo el Registro: BADI-S0038-0026-2017
De Fecha: 08 de Mayo de 2017.

Alfa Medical Cash por Diagnóstico.
Registro Número: BADI-S0038-0029-2016
De Fecha: 10 de Mayo de 2016.

Cobertura Dental Premium.
Bajo el Registro: BADI-S0038-0046-2017
De Fecha: 28 de Junio de 2017.

Cobertura Dental Básica.
Bajo el Registro: BADI-S0038-0045-2017
De Fecha: 28 de Junio de 2017

Derechos como contratante, Asegurado y/o beneficiario de un Seguro

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un Seguro?

Cuando se contrata un Seguro de vida o de accidentes y enfermedades (Gastos Médicos Mayores o Accidentes Personales), es muy importante que conozcas los derechos que tienes como Asegurado al momento de adquirir tu protección, en caso de ocurrir algún siniestro cubierto por la Póliza de Seguro contratada e inclusive previo a la contratación.

Saber y entender bien tus derechos permitirá tener conocimiento claro del alcance de tu cobertura, así como, saber qué hacer y cómo proceder ante una eventualidad.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos cuando contratas un Seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil.

Como contratante tienes derecho antes y durante la contratación del Seguro a:

Solicitar al Asesor o a los empleados y apoderados de las personas morales que intervengan en la contratación, la identificación que los acredite como tales.

1. Durante la vigencia de la Póliza, podrás solicitar por escrito a Seguros Monterrey New York Life informe el importe de comisión o compensación directa que corresponde al intermediario o persona moral por su intervención en la contratación del Seguro.
2. Seguros Monterrey New York Life te proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.
3. Recibir de Seguros Monterrey New York Life toda la información que te permita conocer los términos y condiciones pactados en el Contrato de Seguro adquirido, a efecto de que conozcas qué hacer en caso de siniestro.
4. Para el caso de que Seguros Monterrey New York Life te haya practicado algún Examen Médico, podrás exigir que no se aplique la cláusula de preexistencia respecto a la enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se te haya aplicado (este unto aplica únicamente para Pólizas de Gastos Médicos Mayores y Accidentes Personales)

En caso de que ocurra el siniestro tienes derecho

Recibir de Seguros Monterrey New York Life el pago de la indemnización que resulte procedente de conformidad con los términos y condiciones pactados en el Contrato aunque la Prima del Contrato de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando el periodo de gracia para el pago de la Prima de Seguro no hubiere vencido; en todo caso, Seguros Monterrey New York Life tendrá derecho a compensar las primas y los préstamos sobre las Pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Podrás cobrar una indemnización por mora en términos de ley a Seguros Monterrey New York Life, en caso de falta de pago oportuno de la indemnización que resulte procedente de conformidad con los términos y condiciones pactadas en el Contrato.

En caso de controversia, si las partes no se sometieron a su arbitraje, podrás solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), la emisión de un dictamen técnico.

¿Sabes cuándo se puede dar por terminado tu Contrato?

1. Cuando solicitas por escrito a Seguros Monterrey New York Life La cancelación de tu Póliza.
2. Cuando no pagas la Prima pactada dentro del término convenido o dentro del periodo de gracia.
3. Cuando se cumpla la fecha de fin de vigencia o vencimiento establecidas en la Carátula de tu Póliza.
4. Cuando Seguros Monterrey New York Life rescinda unilateralmente el Contrato por causa justificada (omisiones, inexactas declaraciones, entre otras).

Unidad Especializada de Atención a Usuarios de
Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

Paseo de la Reforma 342 piso 7, Col. Juárez,
Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06600, Ciudad de México,

Lada sin costo **800 505 4000**

Horario de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 hrs.

clientes@mnyl.com.mx

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

En el cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 28 de Julio del 2015, con el número CGEN-S0038-0150-2015, CGEN-S0038-0151-2015/CONDUSEF-G-00277-002

Alfa Medical Internacional®

Para atención y servicios médicos:
800 906 2100

Para mayor información o consulta de términos y condiciones, visita:
www.mnyl.com.mx

Síguenos en nuestras redes:

www.mnyl.com.mx

NEW YORK LIFE SEGUROS MONTERREY