

El instrumento que te
permite proteger a los tuyos
y afianzar tu seguridad



Condiciones Generales **Opta Medical**

Marzo 2025

Condiciones Generales

Índice

I. Objeto del seguro	3
II. Definiciones	3
III. Gastos Médicos Amparados	7
IV. Coberturas Básicas	11
IV. 1. Maternidad	11
IV. 2. Enfermedades Congénitas y Genéticas para Nacidos Fuera de Vigencia	12
IV. 3. Deportes Peligrosos	13
IV. 4. Síndrome de Prader-Willi	13
IV. 5. Cirugía Reconstructiva	13
IV. 6. Trasplantes	13
IV. 7. Adherencias Pélvicas y Endometriosis	13
IV. 8. Daño Psiquiátrico y Psicológico	13
IV. 9. Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos	14
IV. 10. Asistencia Alfa Medical	15
IV. 11. Servicios en el Extranjero a través de Asistencia Alfa Medical	16
IV. 12. Cobertura Franja Fronteriza	17
IV. 13. Rodilla, hombro y/o columna	18
V. Padecimientos con Periodo de Espera	18
V. 1. Padecimientos preexistentes	18
V. 2. Cobertura de VIH	19
V. 3. Padecimientos con 24 meses de Espera	19
VI. Exclusiones	19
VII. Coberturas Opcionales	22
VII. 1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero	22
VII. 2. Cobertura de Enfermedades Graves en el Extranjero	23
VII. 3. Cobertura de Protección por Fallecimiento	24
VII. 4. Cobertura de Reducción de Deducible por Accidente	25
VII. 5. Incremento al Tabulador de Honorarios Quirúrgicos	25
VIII. Bases para determinar la Indemnización	26
VIII. 1. Gastos a cargo del Asegurado	26
VIII.1. Indemnizaciones	27
IX. Cláusulas Generales	30
IX. 1. Contrato	30
IX. 2. Vigencia	32
IX. 3. Obligaciones del Contratante y del Asegurado	33
Derechos como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario de un Seguro	38

I. Objeto del seguro

A través del Seguro de Gastos Médicos Mayores Opta 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, que produzca una Lesión o Enfermedad en el Asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por algún 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.

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 este puede solicitar modificaciones a la Póliza.

Carátula de 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, el cual se actualizará en línea cada 12 (doce) meses.

Coaseguro

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.

Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que, para efectos de este, 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, este está integrado por:

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

Drogas Huérfanas

Se considera Droga Huérfana 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

Es un documento que forma parte del Contrato de Seguro que modifica los términos originales de la Póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

Enfermedad

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un médico profesionalista legalmente autorizado, que provenga de alteraciones patológicas 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.

Enfermedad Congénita y Genética

Padecimiento con el que se nace y/o se contrae en el útero materno y/o 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 Padecimiento 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, este 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 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, autoriza el Pago Directo de los Gastos Médicos Amparados de un Siniestro Amparado.

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 pactadas 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 o a través de los números telefónicos de la Institución Aseguradora.

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.

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 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 aplicando únicamente en servicios de hospitalización 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 Descubierta

Es el tiempo durante el cual cesan los efectos de este Contrato por la falta de pago de Primas.

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.

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 sin previo aviso.

La Institución Aseguradora no está obligada a tener convenios con Prestadores de Servicios Médicos en todas las áreas geográficas de la República Mexicana.

Prima

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

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.

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 vivan 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 vivan en un lugar diferente al del Asegurado Titular.

Para el o los Asegurados que hubieren contratado un beneficio adicional con cobertura en el extranjero, dicho beneficio en el extranjero cesará en sus efectos al cumplirse el plazo establecido fuera de territorio nacional en la Cobertura Adicional correspondiente, continuando la cobertura nacional.

Si alguno de los Asegurados permanece más de 12 (doce) meses continuos fuera de territorio nacional, cesarán automáticamente los efectos del contrato.

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 Valoración Médica

A solicitud de la Institución Aseguradora, el Asegurado deberá corroborar el diagnóstico y tratamiento del Siniestro por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que son designados por la Institución Aseguradora. Este servicio se otorga sin costo alguno. Para aquellos padecimientos que se enuncian en las Condiciones Generales que requieran una Segunda Valoración, esta deberá realizarse previo a la atención médica.

Siniestro

Cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea 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 que la Póliza o sus renovaciones se encuentran vigentes, por cada Siniestro Amparado, en los términos y Condiciones Generales y se especifica en la Carátula de la Póliza.

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 o internacional y que se encuentra bajo estudio, investigación, periodo 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 su integridad corporal, como resultado de algún Accidente o Enfermedad Amparados y por lo 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 accidente, enfermedad y/o evento cubierto en términos de estas Condiciones Generales, consisten en:

- Honorarios profesionales de médicos, anestesiólogos, terapeutas y enfermeras, según el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecidos.
- 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.
- La prestación de servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias para la atención médica.
- 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:

1. Servicios Médicos Profesionales

- 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 la cédula profesional de especialidad para realizar los procedimientos médicos correspondientes, elegidos libre y voluntariamente por el propio Asegurado para su atención médica.
- 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.
- 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.

En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el segundo ayudante instrumentista se limitará hasta un 10% (diez por ciento) del monto total cubierto al cirujano principal.

- Honorarios del instrumentista se cubrirán únicamente dentro de la factura hospitalaria.
- Honorarios por consultas de acuerdo a lo especificado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- Honorarios por tratamientos médicos intrahospitalarios.

En caso de requerir más de una consulta por día, estas deberán estar médicamente justificadas de acuerdo con el 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 estas.
- 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 cubierto 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.

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.
- b. Sala de operación, de recuperación y de urgencias.
- c. Unidad de terapia intensiva.
- 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.

3. 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.

4. Medicamentos

Se entiende por Medicamento al fármaco, principio activo o 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.

5. 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.

6. Honorarios de Enfermeras

Se cubrirán como máximo 30 (treinta) días naturales de atención por una Enfermedad o Accidente Amparado, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante para cuidados extrahospitalarios o bien, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado. El límite máximo de Suma Asegurada por este concepto es de 37 (treinta y siete) UMAs por día.

7. 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 \$170,000 (ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.)

El límite máximo para la adquisición de neuro estimuladores y desfibriladores automáticos, endoprótesis e implantes cardiovasculares es de \$500,000 (quinientos mil pesos 00/100 M.N) por Asegurado, para cubrir el costo total de la prótesis.

En caso de cirugía en el que se requiera de 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.

Únicamente se cubren los insumos médicos que 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, respetando el tiempo de vida útil indicado por el fabricante dentro de la ficha técnica, siempre y cuando el padecimiento sea consecuencia de un Siniestro Amparado por la Institución Aseguradora.

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.

8. 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, sujetos a una Segunda Valoración Médica.

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 usado para este fin, 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 los hospitales, clínicas, sanatorios, médicos, laboratorios, gabinetes o farmacias y cualesquier otro prestador de servicios cuyo objeto sea brindar atención médica 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 o mal uso de equipos. La adquisición de equipo autorizado se determinará respetando 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 \$170,000 (ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.).

9. Tratamientos de Inhaloterapia, Terapia Radioactiva o Quimioterapia

Cuando se reciban en un hospital, clínica o sanatorio y por médico tratante o especialista y bajo prescripción del médico tratante.

10. Rehabilitación Física

Tratamientos de medicina de rehabilitación física cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, que éstos sean prescritos por el médico tratante y se realicen en centros especializados para rehabilitación física.

Cuando la Institución Aseguradora lo considere conveniente, podrá solicitar una Segunda Valoración Médica y pedirá al Asegurado se presente para su evaluación.

11. Ambulancia Terrestre y Aérea 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.

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 mediante 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 éstos se otorguen fuera del Territorio indicado en la Carátula de la Póliza.

2. En ningún caso se cubrirán los servicios de ambulancia aérea mediante terceros.

- 3. 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.**

12. Drogas Huérfanas

La Institución Aseguradora cubrirá los gastos médicos derivados del uso de Drogas Huérfanas, en los siguientes términos:

- Se trate de una enfermedad o padecimiento cubierto por la Póliza.
- Que sea medicamento necesario y prescrito por el médico tratante de la especialidad que corresponda.
- Cuento con Segunda Valoración Médica que determine su Procedencia.
- No sea considerado experimental.

13. 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:

- Se trate de una enfermedad o padecimiento cubierto por la Póliza.
- Se de aviso a la Institución Aseguradora antes de su colocación.
- Cuento con Segunda Valoración Médica que determine su procedencia.
- Se indemnizará con base al GURA (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:

- Siempre y cuando, al momento del nacimiento, la madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en el plan Opta Medical.

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

Estarán cubiertos los gastos que erogue la Asegurada con motivo de:

- Atención médica que reciba a consecuencia del parto normal o cesárea, incluyendo óbito fetal, sin aplicar Deducible, ni Coaseguro, cuando el Deducible contratado en la Póliza sea igual o menor a \$50,000.00 (cincuenta mil pesos). En caso de que el Deducible contratado en la Póliza sea mayor que esta cantidad, se aplicará el Deducible y Coaseguro establecido en la Carátula de la Póliza para la cobertura básica.

IV. 1. A. 1. Las condiciones para el pago de este beneficio son las siguientes:

- El Beneficio de Maternidad se pagará conforme a los términos y condiciones que haya tenido contratado 10 (diez) meses antes de la fecha del parto, siempre que presente la historia clínica completa, incluyendo los antecedentes gineco-obstétricos de la madre Asegurada.
- El monto de la Suma Asegurada será el correspondiente a lo indicado en la Carátula de la Póliza.

VI. 1. B. Complicaciones del Embarazo

VI. 1. B. 1. Bajo esta cobertura quedarán Amparados únicamente los gastos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tales como:

1. Embarazo molar, deberá presentarse estudio histopatológico.
2. Embarazo extrauterino, deberá presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico.
3. Preeclampsia.
4. Eclampsia.
5. Puerperio patológico.
6. Placenta accreta.
7. Placenta previa, deberá presentarse Ultrasonografía.

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

El Siniestro se pagará conforme a los términos y condiciones del plan vigente al momento del Siniestro.

VI. 1. B. 2. A. Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- a. El beneficio máximo es la Suma Asegurada contratada en la Póliza para la Cobertura Básica.
- b. El Deducible y Coaseguro estipulados estarán a cargo del Asegurado.

VI. 1. C. Recién Nacido

El recién nacido quedará Asegurado en la Póliza desde la fecha de nacimiento sin selección médica. Para tal fin, el Asegurado Titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a la Institución Aseguradora el nacimiento dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del mismo.

VI. 1. C. 1. Bajo esta cobertura estarán Amparados:

8. Los nacimientos prematuros.
9. Los padecimientos congénitos ya sea con tratamiento in útero o al nacimiento.
10. Las enfermedades o accidentes que sufra el recién nacido a partir de su nacimiento.

VI. 1. C. 2. Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- a. El beneficio máximo es la Suma Asegurada contratada para la Póliza.
- b. El Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de la Póliza estarán a cargo del Asegurado.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE RECIÉN NACIDO

No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

Abortos y legrados uterinos punibles y/o cuando sean voluntarios y sus complicaciones.

IV. 2. 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:

- a. No se haya realizado diagnóstico Médico,
- b. La Enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado y/o los padres del Asegurado y/o Contatante
- c. No se hayan efectuado gastos por dichas Enfermedades.

IV. 3. Deportes Peligrosos

Se cubren los tratamientos necesarios a consecuencia de lesiones derivadas de deportes o actividades peligrosas, siempre y cuando no sea practicado de manera profesional.

No se cubrirán los siguientes deportes peligrosos: box, lucha libre, artes marciales y demás deportes de contacto.

IV. 4. Síndrome de Prader-Willi

Se cubren los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de control de peso solo si son indispensables a consecuencia del Síndrome de Prader-Willi.

IV. 5. Cirugía Reconstructiva

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), solo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.

IV. 6. 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. 7. Adherencias Pélvicas y Endometriosis

Sólo se cubrirán previa valoración por parte del médico designado por la Institución Aseguradora, siempre y cuando sea consecuencia de un Siniestro amparado.

IV. 8. Daño Psiquiátrico y Psicológico

El Asegurado quedará cubierto por daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación: Si a juicio de su médico tratante y derivado del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o psicólogo, requiera tratamiento psiquiátrico o psicológico a consecuencia de alguno de los siguientes eventos, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de cobertura del Asegurado:

1. Haber sufrido algún Accidente y que este haya sido cubierto al amparo de la presente Póliza.
2. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando estén amparadas por la Póliza:

- a. Cáncer
 - b. Accidente vascular cerebral
 - c. Infarto del miocardio
 - d. Insuficiencia renal
 - e. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
 - f. Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
3. En caso de haber sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
- a. Robo con violencia,
 - b. Secuestro, o
 - c. Violación.

Para los puntos 1 (uno) y 2 (dos) es indispensable presentar el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Para el punto 3 (tres) adicionalmente se deberá presentar copia certificada de la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes .

Los Gastos Amparados por este beneficio son:

- a. Honorarios del médico psiquiatra o psicólogo por un máximo de 20 (veinte) consultas dentro del lapso de un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 9.25 (nueve punto veinticinco) UMAs máximo por consulta.
- b. Todos los Medicamentos que sean médicamente necesarios para su tratamiento, durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica o psicológica, hasta un máximo total de 924 (novecientos veinticuatro) UMAs.
- c. Este beneficio solo se brindará dentro de la República Mexicana.

Los diversos trastornos incluidos en este beneficio no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA POR DAÑO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO

Quedan excluidos de este beneficio:

- 1. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los numerales 1 (uno), 2 (dos) y 3 (tres) de esta cobertura.**
- 2. Los padecimientos ocurridos con anterioridad.**
- 3. Los gastos erogados posteriores al término de la vigencia en caso de interrupción de continuidad de la cobertura.**

IV. 9. 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. 10. Asistencia Alfa Medical

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 1er (primer) 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.

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 en relación con 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 C, D y E procederán cuando el Asegurado se encuentre a más de 100 (cien) 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.

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.
- b. Hospedaje hasta un máximo de US \$120.00 (ciento veinte dólares americanos), 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.

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 elegido por el Asegurado.
- b. Este beneficio está limitado a US \$120.00 (ciento veinte dólares americanos), 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.

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 este 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.

F. Orientación nutricional y psicológica

El Asegurado podrá llamar al número de Asistencia Alfa Medical y solicitar orientación de tipo nutricional y psicológica.

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.

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

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. 11. Servicios en el Extranjero a través de Asistencia Alfa Medical

I. Transferencia de Fondos

Previo depósito por el Asegurado de la cantidad a transferir entre US \$300.00 (trescientos dólares americanos) y hasta US \$10,000.00 (diez mil dólares americanos) para pago de Honorarios Médicos, gastos de hospital o de Medicamentos o bien en caso de robo.

J. Asistencia en Caso de Robo o Pérdida de Pasaporte, Visa o Boletos de Aviación

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.

K. 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.

L. 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. 12. Cobertura Franja Fronteriza

En caso de contratación de esta cobertura, la Institución Aseguradora responderá por los gastos médicamente necesarios que el Asegurado erogue en la Franja Fronteriza por la atención de una Enfermedad o Accidente Amparado. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada	La contratada en la cobertura básica
Deducible	El doble del contratado en la cobertura básica
Coaseguro	El contratado para la cobertura básica más 20 puntos porcentuales
Tope de Coaseguro	Opera el Tope de Coaseguro estipulado para la cobertura básica

Se entiende por Franja Fronteriza las ciudades fronterizas de Estados Unidos con México, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica que consta de 20 (veinte) millas, es decir 32.19 (treinta y dos punto diecinueve) km de ancho, cuyo límite sur es la frontera con México.

Gastos médicos cubiertos y las Exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada. Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero, siempre y cuando los gastos procedentes hayan rebasado el Deducible en Franja Fronteriza y el padecimiento haya iniciado en la vigencia de esta cobertura.

El Deducible y Coaseguro son aplicables en su totalidad, según los montos y porcentajes contratados, tanto por Reembolso como en Pago Directo.

El Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se aplicará en el extranjero, será el tabulador de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atiende la urgencia médica (UCR por sus siglas en inglés "Usual, Customary & Reasonable").

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en la Carátula de la Póliza, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua para esta cobertura.

En caso de que la madre asegurada no tenga por lo menos diez meses de cobertura continua, no quedará amparada por este beneficio.

Los gastos médicos cubiertos y las Exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

En caso de que la madre asegurada no tenga por lo menos diez meses de cobertura continua, no quedará amparada por este beneficio.

Los gastos médicos cubiertos y las Exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

Los gastos médicamente necesarios efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de

esta Póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en la cláusula “Moneda”.

Para esta cobertura no aplica la cobertura de Reducción del Deducible por Accidente.

IV. 13. 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.

V. Padecimientos con Periodo de Espera

V. 1. Padecimientos preexistentes

A. Preexistencia declarada

A partir del inicio del 3er (tercer) año de cobertura continua de la Póliza Opta Medical con la Institución Aseguradora, podrán quedar cubiertos los padecimientos preexistentes que hayan sido declarados en la contratación de la Póliza, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- El padecimiento se encuentre específicamente declarado en la solicitud para la contratación de la Póliza de Seguro.
- El padecimiento no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y/o síntomas durante un periodo de 2 (dos) años continuos de vigencia en la Póliza Opta Medical con la Institución Aseguradora.
- No se trate de Padecimientos excluidos expresamente en las condiciones generales del seguro en la cláusula de Exclusiones Generales.
- Una vez transcurrido el Periodo de Espera de 2 (dos) años completos ininterrumpidos de cobertura en la Póliza, el Asegurado deberá solicitar la inclusión de la cobertura del padecimiento preexistente declarado, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o Enfermedad excluida, este dictamen médico debe ser emitido por un médico especialista en el padecimiento declarado.

La Institución Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones del plan de la cobertura básica.

B. Preexistencia no declarada

A partir del sexto año de cobertura continua de la Póliza Opta Medical con la Institución Aseguradora, quedan cubiertos los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados en la contratación de la Póliza, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- El padecimiento no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y síntomas durante un periodo de 5 (cinco) años continuos de vigencia en la Póliza Opta Medical con la Institución Aseguradora.
- No se trate de Padecimientos excluidos expresamente en las Condiciones Generales del seguro en la cláusula de Exclusiones Generales.

Una vez transcurrido el Periodo de Espera de cinco años ininterrumpidos de cobertura en la Póliza, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de padecimientos preexistentes declarados adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluida, este dictamen médico debe ser emitido por un médico especialista en el padecimiento declarado.

La Institución Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los Padecimientos Preexistentes NO declarados estarán cubiertos bajo las condiciones del plan de la cobertura básica con los siguientes límites de Suma Asegurada:

Antigüedad	Suma Asegurada Máxima
5 - 9 años	\$275, 000.00
10 años y más	\$500, 000.00

Para los casos de los incisos a y b de este beneficio no opera la Eliminación o Reducción de Periodo de Espera.

V. 2. Cobertura de VIH

La Institución Aseguradora, se obliga a indemnizar al Asegurado por los tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta cobertura aplica siempre y cuando el Asegurado haya contado con cobertura continua durante 4 años en el plan Opta Medical.

Para la determinación de la enfermedad se requerirá la prueba serológica Elisa, así como la suplementaria de Western Blot.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE VIH.

Esta cobertura no aplica si el diagnóstico de SIDA se hace dentro del periodo de 4 (cuatro) años o con anterioridad a él.

V. 3. Padecimientos con 24 (veinticuatro) meses 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:

- Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán sometidos a dictamen médico para validar su procedencia.
- Los padecimientos de las glándulas mamarias, de útero y ovarios; en este caso, será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que la Institución Aseguradora, requiera para su valoración.
- Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.
- Las operaciones de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertas, siempre y cuando no se trate de cirugía estética.
- La reclamación será procedente solo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento.
- Las circuncisiones, siempre y cuando no sean de carácter profiláctico.

Cuando el Asegurado tenga al menos un mes de cobertura continua en la Póliza, mediante Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en el plan Opta Medical celebrado con la Institución Aseguradora, se cubrirán las enfermedades presentadas.

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:

1. Apendicitis aguda
2. Intoxicación alimentaria
3. Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
4. Golpe de calor (insolación)
5. Trombosis pulmonar profunda
6. Enfermedad vascular cerebral
7. Infarto agudo al miocardio

VI. Exclusiones

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

1. **Enfermedades y lesiones preexistentes, salvo lo estipulado en el apartado V. Padecimientos con Periodo de Espera.**

2. **Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta Póliza, salvo lo estipulado en la cobertura de “Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no cubiertos”.**
3. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.**
4. **Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren específicamente cubiertas por esta Póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido concebido ni tampoco a los que presente la madre. Salvo lo estipulado en el apartado de cobertura de maternidad.**
5. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo lo estipulado en la cobertura de “Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos”.**
6. **Tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en la cobertura “Daño psiquiátrico y psicológico”.**
7. **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 padecimientos el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.**
8. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné salvo por lo estipulado en la cobertura de “Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos”.**
9. **Tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad, a excepción de los necesarios para el tratamiento del Síndrome de Prader-Willi.**
10. **Tratamiento médico o quirúrgico por nacimiento prematuro, malformaciones o padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza o no reportados durante los 30 (treinta) días naturales posteriores a su nacimiento, o cuya madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual Opta Medical en la Institución Aseguradora al momento del nacimiento. Lo anterior salvo por lo expresamente establecido en la Cobertura de Padecimientos Congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.**
11. **Tratamiento médico o quirúrgico ocasionado por nacimiento prematuro, malformaciones o padecimientos congénitos de los Asegurados, cuando tales eventos ocurran como consecuencia de alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de uno o ambos padres. Lo anterior salvo por lo expresamente establecido en la Cobertura de Padecimientos Congénitos para nacidos**

fuera de la vigencia de la Póliza.

12. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual Opta Medical, así como los gastos requeridos para su detección. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuatro años del Periodo de Espera, no se cubrirá cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.
14. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en la cobertura “Urgencia de Complicaciones de Tratamientos Médicos y Quirúrgicos no Cubiertos”.
15. Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado 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.
16. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado.
17. Lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.
18. 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.
19. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o por la práctica incluso amateur, de box, lucha libre o artes marciales.
20. Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de un Siniestro Amparado.
21. 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, quien deberá contar con cédula profesional que lo acredite como médico legalmente autorizado para prescribir dichas sustancias y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.
22. Lesiones del Asegurado derivadas de accidentes al encontrarse bajo el efecto de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable, excepto cuando hayan sido prescritos por su médico tratante, quien deberá contar con cédula profesional que lo acredite como médico legalmente autorizado para prescribir dichas sustancias y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.
23. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.
24. Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los Medicamentos o tratamientos prescritos por éstos.
25. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.

26. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de este en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.
27. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.
28. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra).
29. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos.
30. 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.
31. Curas de reposo.
32. Check Up (comprobación del estado de salud), pruebas moleculares, polimorfismos, mutaciones genéticas, mapeo genómico, estudios de revisión general.
33. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero.
34. Gastos de donantes para el trasplante de órganos, salvo lo estipulado en la cobertura de “Trasplantes”.
35. Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo estipulado en la cobertura de “Adherencias pélvicas y endometriosis”.
36. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.
37. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
38. Fórmulas lácteas, multivitamínicos suplementos, complementos alimenticios y protectores solares.
39. Zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
40. Enfermedades de refracción ocular.
41. 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.
42. Cirugía para el cambio de género, tratamientos asociados y complicaciones.
43. Trasplante de órganos cuando existan tratamientos o procedimientos quirúrgicos alternos que garanticen la recuperación de la salud del Asegurado.
44. Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.

VII. Coberturas Opcionales

VII. 1. Cobertura de Emergencia 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.

El Deducible será el especificado en la Carátula de Póliza para esta cobertura y no aplicará Coaseguro.

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 la urgencia médica, se seguirán pagando los servicios médicos necesarios en territorio nacional, y conforme a las condiciones de Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro del plan básico.

Los Gastos Médicos Cubiertos y las Exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, salvo lo expresamente dispuesto en este apartado.

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado. Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán cubiertos vía Reembolso, el cual se realizará con base a lo estipulado en el punto denominado "Moneda" de estas mismas Condiciones Generales.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO.

- 1. Maternidad (VI. 1. A. Beneficio de Maternidad, VI. 1. B. Complicaciones del Embarazo y VI. 1. C. Recién Nacido).**
- 2. Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- 3. Tratamientos de rehabilitación.**
- 4. Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

VII. 2. Cobertura de Enfermedades Graves en el Extranjero

En caso de contratar esta cobertura, la Institución Aseguradora se obliga a indemnizar al Asegurado los Gastos Médicos Amparados en que incurra por su atención en el extranjero a consecuencia de las enfermedades y padecimientos enumerados a continuación, los cuales se considerarán para efectos de esta cláusula como "Enfermedades Graves":

- Cáncer (excluido el cáncer de piel).
- Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares.
- Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto).
- Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón.

Quedan excluidos expresamente los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis.

No se cubren padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en el apartado V. Padecimientos con Periodo de Espera en el Punto 1. Padecimientos preexistentes.

Para hacer uso de esta cobertura el Asegurado tiene que dar aviso a la Institución Aseguradora, por lo menos 10 (diez) días hábiles antes de la atención médica, quien después de realizar el análisis del Siniestro, seleccionará y referirá al Asegurado con los médicos y hospitales con los que la Institución Aseguradora tenga convenio para atender el Siniestro, coordinando su enlace, admisión hospitalaria y atención médica. Quedando en todo caso a la elección

libre y voluntaria del Asegurado acudir con ellos o con cualquier otro. El análisis mencionado en el párrafo anterior se llevará a cabo por parte de un médico autorizado o designado por la Institución Aseguradora, quien determinará la probable existencia de una de las Enfermedades Graves Amparadas por esta cobertura.

Suma Asegurada	La contratada en la cobertura básica
Deducible	El Contratado para la cobertura básica
Coaseguro	Se aplicará un Coaseguro del 10% cuando el Coaseguro contratado para la cobertura básica sea igual o menor a 10% (diez por ciento) En caso de que el Coaseguro contratado para la cobertura básica sea mayor al 10% (diez por ciento) se aplicará el Coaseguro que corresponda a la cobertura básica
Tope de Coaseguro	Operará el Coaseguro máximo que se tenga estipulado en la Cobertura Máxima

Los gastos efectuados por el Asegurado en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado de "Moneda".

VII. 3. Cobertura de Protección por Fallecimiento

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

A. Seguro para gastos funerarios

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Asegurados mayores a un año, a causa de un Accidente o Enfermedad Amparados en términos de esta Póliza, la Institución Aseguradora pagará la Suma Asegurada para gastos funerarios que se indica en la Carátula de la Póliza; tratándose de Asegurados entre 1(uno) y 12 (doce) años de edad, esta Suma Asegurada no podrá ser mayor 2,217 (dos mil doscientos diecisete) UMAs.

La Institución Aseguradora, pagará la Suma Asegurada para gastos funerarios a que se refiere esta cobertura, aun cuando no se hayan realizado gastos médicos, si de la información con que se cuente del fallecimiento, se desprende que en caso de que el Asegurado hubiese sobrevivido al Accidente o Enfermedad, los gastos médicos derivados de los mismos se hubiesen encontrado Amparados.

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

En caso de que al Asegurado o a cualquiera de los Asegurados mayores de un año de edad, le sea diagnosticada una Enfermedad Terminal, se pagará al Asegurado un anticipo del 50% (cincuenta por ciento) de la Suma Asegurada para gastos funerarios que se indica en la Carátula de la Póliza y se pagará el restante 50% (cincuenta por ciento) en la forma establecida en la presente cobertura, una vez ocurrido el fallecimiento.

Condiciones para el pago

Será condición indispensable para el pago de la Suma Asegurada de esta cláusula, que el fallecimiento ocurra a causa de un Accidente o Enfermedad Amparados por esta Póliza y que sean procedentes en términos de esta Póliza. Sin importar que:

- No se eroguen gastos para la atención médica del Asegurado.
- El cúmulo de gastos a erogar en la atención médica del Asegurado, no rebase el Deducible estipulado en la Carátula de la Póliza.

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 ocurrido 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.**

VII. 4. Cobertura de Reducción de Deducible por Accidente

En caso de contar con esta cobertura, la Institución Aseguradora cubrirá los gastos por concepto de Deducible en caso de Accidente Amparado por la Póliza.

La Suma Asegurada de esta cobertura será igual al monto del Deducible básico contratado con un máximo de \$15,000.00 (quince mil pesos).

En el caso de que el Deducible contratado y establecido en la Carátula de la Póliza sea mayor a \$15,000.00 (quince mil pesos), la Institución Aseguradora responderá por los primeros \$15,000.00 (quince mil pesos) del Deducible quedando a cuenta del Asegurado la diferencia.

El Deducible para esta cobertura es de \$500.00 (quinientos pesos). En caso de que el monto total del Accidente Amparado exceda el Deducible contratado para la cobertura básica, se aplicará el Coaseguro contratado a los gastos excedentes.

Además de lo indicado en el apartado de Exclusiones de las presentes Condiciones Generales, se excluye la Reducción de Deducible por Accidente, cuando se contrate la cobertura de Franja Fronteriza y el Accidente cubierto ocurra en la Franja Fronteriza.

VII. 5. Incremento al Tabulador de Honorarios Quirúrgicos

Mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente a esta cobertura se obtendrá el siguiente beneficio:

- Incremento en la base de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.

Se incrementa el Tabulador Médico contratado, en caso de intervención quirúrgica, los Honorarios Médicos serán cubiertos de acuerdo al Tabulador Médico y en términos de la cláusula 1. Servicios Médicos Profesionales. Esta cobertura opera para los gastos descritos como honorarios en la sección III. Gastos Médicos Amparados de las presentes condiciones generales, siempre y cuando el Padecimiento esté cubierto y que se origine a partir de la fecha de contratación del presente beneficio adicional. La Institución Aseguradora aceptará el ingreso a esta cobertura a personas desde el 1er (primer) día de nacidas hasta los 64 (sesenta y cuatro) años.

EXCLUSIONES PARTICULARES DEL BENEFICIO DE INCREMENTO EN EL TABULADOR

1. No aplicará el Incremento en el Tabulador Médico para Padecimientos cuyo origen sea previo a la contratación de este beneficio adicional.

VIII. 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 a la zona y tabulador contratados, 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 al 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.

VIII. 1. Gastos a cargo del Asegurado

A. Deducible

Esta obligación a cargo del Asegurado iniciará en el momento en que se efectúa el 1er (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.

A. 1. Deducible por Enfermedad

En toda reclamación por Enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al Deducible contratado, exceptuando los complementos de padecimientos ya reclamados.

A. 2. Deducible por Accidente

En toda reclamación por Accidente se podrá eliminar el Deducible contratado cubriéndose desde el 1er (primer) gasto erogado procedente, siempre y cuando el monto total de la reclamación sobrepase la cantidad que bajo el concepto de Deducible se encuentra impreso en la Carátula de la Póliza, y el 1er (primer) tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, siendo el Deducible contratado como máximo \$50,000.00 (cincuenta mil pesos) y la atención se realice en un hospital de plan contratado o inferior.

En caso de no cumplirse estos requisitos, se aplicará el Deducible contratado.

B. Coaseguro

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.

B. 1. Coaseguro en caso de Accidente

En caso de Accidente, mientras el 1er (primer) tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, no se aplicará Coaseguro. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de dicho periodo, se aplicará el Coaseguro correspondiente estipulado en la Carátula de la Póliza.

B. 2. Coaseguro en Honorarios Médicos

Si el Asegurado acude con Prestadores de Servicios Médicos en Convenio con la Institución Aseguradora dentro del plan contratado o inferior y utiliza el servicio de Pago Directo, se eliminará el Coaseguro sobre los Honorarios Médicos; en caso contrario aplicará el Coaseguro contratado.

B. 3. Coaseguro en otros Conceptos

Aplicará el Coaseguro estipulado en la Carátula de la Póliza a los gastos erogados mencionados en el apartado de II. Gastos Médicos Amparados correspondientes a Medicamentos, servicios de laboratorio, gabinete e imagenología y otros servicios médicos.

B. 4. Tope de Coaseguro

En todos los casos hay un monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de Coaseguro y variará dependiendo del Coaseguro contratado y del nivel de hospital utilizado, como se muestra en el siguiente cuadro:

Coaseguro Contratado	Hospitales: American British Cowdray (ABC), Ángeles del Pedregal, Ángeles de las Lomas	Cualquier otro Hospital a nivel nacional
0%	No Aplica	No Aplica
5%	\$20,000	\$10,000
10%	\$40,000	\$20,000
15%	\$60,000	\$30,000
20%	\$80,000	\$40,000
25%	\$100,000	\$50,000

VIII. 2. Indemnizaciones

A. Indemnización

El pago de cualquier indemnización se llevará a cabo de acuerdo con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos aplicable para el plan Opta Medical.

En caso de Siniestro, las condiciones de Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, tabuladores y hospitales aplicables al pago serán las vigentes a la fecha del primer gasto o fecha de presentación de los primeros signos y síntomas.

Estas condiciones serán las que aplicarán siempre a este siniestro, siempre y cuando el Asegurado mantenga una Póliza vigente por lo menos con las mismas condiciones y plan contratados al momento de presentarse el Siniestro.

La autorización para cambio de plan estará sujeta a la aceptación de la Institución Aseguradora de acuerdo a las políticas vigentes y de suscripción médica.

En caso de que no existan en la zona los servicios médicos y hospitalarios acordes al padecimiento, la Institución Aseguradora deberá proporcionar al Asegurado asistencia o información de los servicios médicos y hospitalarios más próximos a la zona contratada, realizando la indemnización correspondiente de acuerdo con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y al Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado de la zona donde se prestó la atención médica.

En caso de Accidente o Urgencia Médica la indemnización se pagará acorde con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y el Gasto Usual, Razonable y Acostumbrado correspondiente a la zona y al plan donde se prestó la atención médica.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre sin que la Institución Aseguradora pague ningún beneficio, se devolverá el 65% (sesenta y cinco por ciento) de la Prima no devengada por la vigencia en curso, a partir de la fecha de fallecimiento, siempre y cuando el evento sea reportado dentro de los primeros 30 (treinta) naturales posteriores a la fecha del fallecimiento del Asegurado. En caso de haber pagado algún beneficio no podrá existir devolución alguna.

B. Periodo de beneficio

El periodo máximo de beneficio es el tiempo durante el cual quedarán Amparados los gastos erogados por cada padecimiento amparado por la Póliza, los cuales se continuarán pagando siempre y cuando el Asegurado se mantenga vigente en la Póliza y esta se renueve anualmente y sin interrupción alguna, en cuyo caso se pagarán los gastos por cada padecimiento amparado hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, conservando las condiciones del plan vigente en la fecha de inicio de los síntomas y/o signos del padecimiento amparado.

Para poder acceder a este beneficio la Póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan con mayores beneficios en lo que a Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada y hospitales se refiere. Si cambia a un plan menor se le pagarán con las condiciones de Suma Asegurada y tabulador menor, y Deducible y Coaseguro mayor de ambos planes.

El periodo de beneficio iniciará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto.

Cuando no se renueve la Póliza o se cancele, se otorgará un periodo de beneficio máximo que concluirá en la fecha que sea mayor entre las siguientes, siempre que no se hubiera agotado la Suma Asegurada:

- A. La fecha de término de vigencia o cancelación de la Póliza
- B. A los 180 (ciento ochenta) días naturales contados a partir de la fecha en la que se efectúe el primer gasto. Transcurrido dicho periodo, la Institución Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de terminación del periodo de beneficio otorgado.

En el caso de rehabilitación de la Póliza, la Institución Aseguradora no cubrirá los gastos médicos erogados por padecimientos iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta Póliza.

En el supuesto de que por cualquier causa se suspenda la operación del plan de seguro contratado o bien sea suspendida la operación del ramo de Gastos Médicos Mayores y, derivado de cualquiera de estas circunstancias no se renueve la Póliza, los gastos erogados de siniestros procedentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza, serán cubiertos.

Asimismo, las enfermedades que requieran de atención médica futura con posterioridad a la terminación de la vigencia de la Póliza, de acuerdo con la definición de periodo de beneficio descrito.

C. 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 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 médicos mayores erogados 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.

De acuerdo al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la Institución Aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro Amparado 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 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 medicamente 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.

D. Moneda

Las indemnizaciones del presente Contrato se realizarán en pesos mexicanos; en caso de haber contratado alguna cobertura en el extranjero, el Reembolso de los gastos médicos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, el día en que se realice el pago en términos del artículo 8° de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos.

E. 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.

F. 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.

G. Cirugía de corta estancia

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso menor a veinticuatro horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital deberán tramitarse bajo el esquema de Cirugía Programada. En caso contrario dicha cirugía se tramitará por vía Reembolso. En caso de una emergencia, solo podrá operar el servicio de Pago Directo en aquellos casos que justifiquen la permanencia del Asegurado por un lapso mayor a 24 (veinticuatro) horas.

IX. Cláusulas Generales

IX. I. 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

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 Asegurado o el Contratante para la apreciación del riesgo.

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 su(s) cuestionario(s) médico(s).
- 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

(Trascripción del Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no Concordan con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

D. 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.

E. Periodo de Seguro

El periodo de seguro convenido es de 1 (un) año, cuyas fechas y horario de inicio y terminación se indican en la Carátula de la Póliza.

F. Suma Asegurada

La responsabilidad máxima cubierta por esta Póliza para cada Enfermedad o Accidente Amparado, es la cantidad que se especifica en la Carátula de la Póliza como “Suma Asegurada” de la “Cobertura Básica”.

Una vez que los gastos a cargo de la Institución Aseguradora alcancen dicho monto, la responsabilidad de esta cesará por completo para la Enfermedad o Accidente, cubierto en cuestión.

G. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicios a Asegurados (CASA)) 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 esta 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.

H. 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.”

I. 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.

J. 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, 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 solo 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.

K. 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 aquel 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.

IX. 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, 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.

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 este 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 de 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.

IX. 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.

B. Renovación

A partir de la renovación del segundo año con vigencia continua sin que se haya interrumpido la vigencia de la Póliza, [Seguros Monterrey New York Life](#) estará obligada a renovar automáticamente el mismo. Para este efecto la presente cláusula se entenderá vigente en cada Póliza de renovación, aun cuando no figure en ella o se hubiese modificado.

La primera y las últimas renovaciones sucesivas que tenga este Contrato, se sujetarán a las condiciones de cobertura y Primas que [Seguros Monterrey New York Life](#) tenga autorizadas a la fecha de expedición de la Póliza de renovación respectiva, las cuales podrán ser modificadas por [Seguros Monterrey New York Life](#) en relación a la Póliza inmediata anterior.

En el caso de Pólizas con siniestro abierto, para continuar pagando el siniestro, es necesario que el Asegurado mantenga una Póliza vigente al menos con la misma cobertura con la cual inició el siniestro. Lo anterior, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula de "Periodo de Beneficio".

Se entenderá renovado automáticamente el Contrato en los términos de la nueva Póliza, si el Contratante no manifiesta expresamente y por escrito su voluntad de no celebrarlo, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 17 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

C. Edad Máxima de Aceptación

La edad límite de aceptación es de 50 (cincuenta) años de edad. Para efectos de renovación no habrá edad límite de aceptación.

D. 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 no inferiores a un mes, 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 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.

E. Frecuencia de Pago

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 no inferiores a un mes, 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, es la señalada en la Carátula de la Póliza.

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 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 este, se dará en forma de Reembolso descontando la Prima o la fracción pendiente de pago.

H. Rehabilitación

Si el Asegurado no paga la Prima correspondiente dentro del periodo de gracia establecido, su Póliza quedará cancelada.

En este caso, el Asegurado podrá dentro de los 30 (treinta) días siguientes al último día de plazo 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 de plazo de gracia.

Esta Póliza solo 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.

El aviso deberá darse a la Institución dentro de los 30 (treinta) días posteriores a que se lleve a cabo la agravación del riesgo. 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: 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.

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 Contratante y/o alguno de los Asegurados o los representantes de éstos, 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) y/o Asegurado(s) realicen o se relacionen 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) y/o Asegurado(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 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) y/o Asegurado(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 de la Resolución por lo que se expiden 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 Contratante y/o alguno de los Asegurados de que se trate, dejen 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 que la maternidad haya sido cubierta por la Institución Aseguradora, 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 de la siguiente renovación y el menor quedará 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 hijo en la Póliza con base en las políticas vigentes establecidas por la Institución Aseguradora.

L. Subrogación de Derechos

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

El Asegurado, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta Póliza y cooperar con la Institución Aseguradora para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido. Si la Institución Aseguradora lo solicita, a costa de la misma, 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 solo 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 152 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 no haya influido en la realización del siniestro.

N. 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 **800 505 4000**.

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 (CONDUSEF). Av. Insurgentes Sur 762. Col. Alcaldía 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 Ciudad de México: **55 53 26 95 00**
Del Interior de la República **800 906 2100**

Emergencias Médicas:

En Ciudad de México **55 53 26 95 00**
Del Interior de la República **800 522 7696**
Desde Estados Unidos de América **1 877 639 4639**

Servicio de Ambulancia

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 11 de Febrero de 2025 con el número CNSF-S0038-0054-2025/CONDUSEF-006725-01.

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 Profesional de Seguros 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](#) e 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 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 punto aplica únicamente para Pólizas de Gastos Médicos Mayores y Accidentes Personales).

En caso de que ocurra el siniestro tienes derecho a:

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 prestamos 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, México, Ciudad de 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, CONDUSEF-G-00284-002.

Para atención y servicios médicos:
800 906 2100

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

 /SMNYL

 @SMNYL

 /smnyl.oficial

Opta Medical