CONDICIONES GENERALES

GMM Colectivo

EXPERIENCIA PROPIA



Allianz

Allianz México, S.A.
Compañía de Seguros

Condiciones Generales
Gastos Médicos
Mayores Colectivo

Experiencia Propia

Índice

1. OBJETO DEL SEGURO 6

2. DEFINICIONES 6

2.1. Accidente 6
2.2. Accidente Amparado 6
2.3. Asegurado 6
2.4. Asegurado Titular 6
2.5. Certificado Individual 6
2.6. Coaseguro 7
2.7. Colectividad Asegurada 7
2.8. Contratante 7
2.9. Cotización de Renovación 7
2.10. Culpa Grave 7
2.11. Deducible 7
2.12. Dependientes 8
2.13. Dividendos 8
2.14. Emergencia o Urgencia Médica 8
2.15. Endoso 8
2.16. Enfermedad 8
2.17. Enfermedad Amparada 8
2.18. Enfermera 8
2.19. Evento 8
2.20. Experiencia Propia 9
2.21. Fecha de Alta 9
2.22. Fecha de Antigüedad 9
2.23. Gastos Médicos Amparados 9
2.24. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) 9
2.25. Honorarios Médicos 10
2.26. Hospital, Clínica o Sanatorio 10
2.27. Hospitalización 10
2.28. Instrumentista 10
2.29. Médico Tratante 10
2.30. Médico Ayudante 10
2.31. Órtesis o Aparatos Ortopédicos 10
2.32. Padecimientos Congénitos 11
2.33. Padecimientos o Enfermedades Preexistentes 11
2.34. Pago Directo 11
2.35. Periodo al Descubierto 11
2.36. Periodo de Espera 12
2.37. Periodo de Gracia 12
2.38. Póliza 12
2.39 Práctica Profesional de Deporte 12

2.40. Prestadores de Servicios Médicos 12
2.41. Programación De Cirugías 12
2.42. Prótesis 12
2.43. Prótesis Biónica 12
2.44. Reembolso 13
2.45. Renovación 13
2.46. Salud 13
2.47. UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN MENSUAL (UMAM) 13

3. CLÁUSULAS GENERALES 13
3.1. Bases del Contrato 13
3.2. Agravación del Riesgo 13
3.3. Omisiones o Inexactas Declaraciones 14
3.4. Rectificación de la Póliza 15
3.5. Modificaciones Al Contrato 16
3.6. Comunicaciones 16
3.7. Costo de Adquisición 16
3.8. Participación de Utilidades 16
3.9. Deducibilidad 16
3.10. Primacía 16
3.11. Sanciones y Embargos 16

4. VIGENCIA DEL SEGURO 17
4.1. Inicio de Vigencia 17
4.2. Terminación de Vigencia 17
4.3. Cancelación del Contrato 17
4.4. Cancelación Anticipada del Contrato 17
4.5. Rehabilitación de la Póliza 17
4.6. Renovación del Contrato 18

5. SUMA ASEGURADA 18

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE 18
6.1. Primas 18
6.2. Forma de Pago 18
6.3. Vencimiento del Pago de Primas 19
6.4. Lugar de Pago de Primas 19
6.5. Periodo de Gracia 19
6.6. Otros Seguros 19
6.7. Residencia 19
6.8. Edad 20
6.9. Obligación de Asegurar 20
6.10. Movimientos de Asegurados 20
6.11. Convenio de Autoadministración 22

7. COBERTURA BÁSICA 22
7.1. Servicios de Hospital 23
7.2. Servicios Médicos 23
7.3. Gastos Dentro o Fuera del Hospital 24
7.3.1. Exclusiones Particulares de Gastos Dentro y Fuera del Hospital 24
7.4. Cobertura de Trasplantes 24
7.4.1. Exclusiones Particulares de la Cobertura de Trasplantes 25
7.5. Tratamientos Dentales 25
7.6. Tratamiento para Corregir Hallux Valgus 25
7.7. Tratamientos de Nariz y Senos Paranasales 25
7.8. Cobertura de Circuncisión 25
7.9. Cobertura de Padecimientos Congénitos 25
7.10. Tratamiento Contra VIH y Sida 25
7.11. Beneficios por Maternidad 26
7.11.1. Cesárea 26
7.11.2. Complicaciones del Embarazo 26
7.11.3. Complicaciones del Recién Nacido 26
7.12. Deportes o Actividades Peligrosas Incluidas 26

8. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO ADICIONAL 27
8.1. Cobertura de Urgencias en el Extranjero 27
8.1.1. Exclusiones Particulares de la Cobertura de Urgencias en el Extranjero 27
8.2. Cláusula de Cobertura en el Extranjero 27

9. EXCLUSIONES GENERALES 28

10. INDEMNIZACIÓN 31
10.1. Pago Directo 31
10.2. Reembolso 31
10.3. Deducible 31
10.4. Coaseguro 32
10.5. Secuencia en la Indemnización 32
10.6. Periodo de Beneficio 32
10.7. Pago de Indemnizaciones 32
10.8. Competencia 33
10.9. Arbitraje 37
10.10. Moneda 37
10.11. Interés Moratorio 37
10.12. Subrogación 39
10.13. Responsabilidad Civil Profesional 39
10.14. Prescripción 40

1. OBJETO DEL SEGURO

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros, denominada en adelante como Allianz, se obliga a reembolsar al Asegurado los gastos médicos amparados por este contrato que sean erogados para recuperar la salud o vigor vital del Asegurado o sus Dependientes a causa de una enfermedad o accidente amparado por este contrato.

2. DEFINICIONES

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

2.1. Accidente

Se entenderá como accidente todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada y que produzca lesiones corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

2.2. Accidente Amparado

Será todo Accidente que se origine dentro de la vigencia de la Póliza y cuyo primer gasto o primera atención médica ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha del Accidente.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un solo evento. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los noventa días siguientes al Accidente se considerará como Enfermedad.

No se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.

Se considera como un mismo accidente a las lesiones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de este, de su tratamiento o manejo quirúrgico así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

2.3. Asegurado

Persona física, que reside en territorio nacional y que es miembro integrante de la Colectividad Asegurada.

2.4. Asegurado Titular

Asegurado mayor de edad, que es responsable, en primera instancia, de pagar los gastos médicos ocasionados por la atención médica de su propia persona y en su caso la de sus Dependientes económicos; y es miembro integrante de la Colectividad Asegurada.

2.5. Certificado Individual

Allianz expedirá un certificado para cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada que entregará al Contratante, que contendrá entre otros datos:

a. Nombre, teléfono y domicilio de Allianz;
b. Firma del funcionario autorizado de Allianz;
c. Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado;
d. Nombre del Contratante;
e. Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
f. Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado;
g. Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;

h. Nombre de los Beneficiarios;
i. Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los Artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, y
j. En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el Artículo 19 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

2.6. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado, que se aplica al monto de las reclamaciones procedentes, una vez descontado el Deducible en caso de una enfermedad o accidente cubiertos.

En caso de accidentes cubiertos, el Coaseguro contratado se reducirá en 10 puntos porcentuales.

El Coaseguro a aplicar se estipula en la carátula de la Póliza, salvo en los padecimientos donde se manifieste lo contrario en forma específica.

2.7. Colectividad Asegurada

Está formada por la totalidad de los integrantes en servicio activo de una empresa constituida legalmente, persona moral, que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que no se encuentren en proceso de incapacidad o de invalidez a la fecha de su alta en la póliza de Allianz; así como sus Dependientes incluidos en el Registro de los Asegurados de la póliza.

2.8. Contratante

Es aquella persona física o moral que solicitó la celebración del presente contrato para sí o por cuenta de terceros y que tiene como obligación el pago de la Prima, así como de informar a Allianz todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo en materia del seguro.

2.9. Cotización de Renovación

Es el documento informativo que describe, para la nueva vigencia, las características principales de la cobertura: Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, GUA, coberturas adicionales, plan y zona de contratación, así como la prima calculada en base a la metodología registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.10. Culpa Grave

Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada, ejecutada por parte del Asegurado o sus Dependientes.

2.11. Deducible

Cantidad a cargo del Asegurado especificada en la carátula de la Póliza y que se debe cubrir en cada caso de accidente o enfermedad amparada. En caso de accidentes cubiertos el Deducible contratado se reducirá en 3 UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual).

El Deducible a aplicar se estipula en la carátula de la Póliza, salvo en los padecimientos donde se manifieste en forma específica.

2.12. Dependientes

Se entenderá como Dependientes:

a. Al cónyuge o concubinario.
b. Al integrante de sociedad en convivencia.
c. Los hijos que a la fecha de contratación o renovación de la Póliza sean menores de 29 años, solteros y sin ningún ingreso propio por trabajo.

En todos los casos, solo se considerarán Dependientes económicos los residentes en territorio nacional.

2.13. Dividendos

Es el monto que corresponde al Contratante o al Asegurado, en este último caso cuando participen en el pago de la Prima, en Pólizas con participación de utilidades.

2.14. Emergencia o Urgencia Médica

Se considera emergencia médica cuando una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de sus órganos y para lo cual se requiera atención médica inmediata dentro de las primeras 24 hrs. de ocurrida dicha enfermedad o accidente y se ingrese por el área de urgencias de un hospital.

2.15. Endoso

Documento que modifica o adiciona las presentes Condiciones Generales y forma parte de este contrato de seguro.

2.16. Enfermedad

Es la alteración de la salud provocada por agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

2.17. Enfermedad Amparada

Toda alteración en la salud provocada por agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico que sufra el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes, en su caso, cuyo inicio así como el primer gasto o primera atención médica ocurra mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluida en la Póliza o no se encuentre dentro del Periodo de Espera correspondiente.

Se considera como una misma enfermedad todos aquellos padecimientos que se produzcan como consecuencia directa de la enfermedad que les dio origen, de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como sus recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas.

2.18. Enfermera

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos. La enfermera no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)), ni el Asegurado mismo.

2.19. Evento

Para efectos de esta Póliza, se considera evento, a cualquier accidente o enfermedad y sus complicaciones.

2.20. Experiencia Propia

Cuando la Prima de la Colectividad Asegurada esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma o bien de las Pólizas del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial.

2.21. Fecha de Alta

Es la fecha a partir de la cual inician los beneficios de este contrato, y se indica en la Certificado de la Póliza. Esta fecha podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad que en su caso se expida.

2.22. Fecha de Antigüedad

Para efectos de esta Póliza, se considerará como Fecha de Antigüedad la fecha de Alta del Asegurado. La Fecha de Antigüedad podrá modificarse de acuerdo a lo indicado en el Endoso de Antigüedad en caso de que se expida uno. Este concepto aplicará únicamente para reducir o eliminar los Periodos de Espera de los padecimientos cubiertos con Periodo de Espera de conformidad con lo señalado en las presentes Condiciones Generales.

2.23. Gastos Médicos Amparados

Son los gastos efectuados en territorio nacional, estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de accidentes o enfermedades amparadas, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado, originados por:

a. Servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias.
b. Honorarios profesionales de médicos, de anestesiólogos, de terapeutas y de enfermeras.
c. Medicamentos, material quirúrgico y cualquier otro equipo necesario para la recuperación de la salud del Asegurado o sus Dependientes.

Incluyendo el impuesto al valor agregado (I.V.A.) que éstos generen.

2.24. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Para cualquier gasto erogado en territorio nacional:

Es el monto máximo que indemnizará Allianz para cada uno de los gastos incurridos en el diagnóstico y tratamiento de un accidente o enfermedad amparada, el cual se determina con base en estudios periódicos de los precios regionales de los servicios médicos.

Para el Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) se consideran los tabuladores de reembolso.

Dichos tabuladores están disponibles para consulta de los asegurados a través de la página www.allianz.com.mx, en el apartado “Clientes”, en la sección “Tabuladores de Reembolso”.

Dado que estos tabuladores se definieron para procedimientos regulares y habituales, si hay algún procedimiento con complicaciones o tratamiento especial que no se encuentre en el catálogo, Allianz realiza una evaluación del siniestro en particular para determinar el costo correspondiente a indemnizar.

Para efectos de actualizaciones, Allianz revisa periódicamente la información de los tabuladores, ya que pueden existir costos de procedimientos que requieran ser actualizados, nuevos procedimientos para ser incluidos o avances tecnológicos que modifiquen los costos de procedimientos ya considerados.

Para cualquier gasto erogado en el extranjero se considerará como GUA lo siguiente:

a. Para determinar el monto máximo a indemnizar en los diferentes tipos de honorarios médicos en el extranjero, se utilizará la base contenida en el Context4Health Decision Point. Esta base contiene los montos indemnizables por estado, código postal o población para cada procedimiento, tratamiento o atención del que se trate y específicamente se utilizará el correspondiente al percentil 80.

b. El costo razonable y acostumbrado significa la cantidad equivalente al percentil 80 de la base Context4Health-Decision Point. Si no existe suficiente información para algún procedimiento específico, Allianz determinará un cargo permitido sobre la base de los cargos realizados por servicios similares.

c. En caso de trasplante de cualquier órgano, el GUA corresponderá a los costos de los proveedores en convenio previamente autorizados por Allianz en el país del que se trate.

2.25. Honorarios Médicos

Es toda aquella remuneración que obtiene el profesional médico por los servicios que presta al Asegurado o sus Dependientes.

2.26. Hospital, Clínica o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

2.27. Hospitalización

Es la estancia continua en un hospital, clínica o sanatorio, justificada y comprobable para el padecimiento, dicha continuidad será contada a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

2.28. Instrumentista

Enfermera o Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la instrumentación quirúrgica de la cirugía para la atención del Asegurado o alguno de sus Dependientes. El instrumentista no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)), ni el Asegurado mismo.

2.29. Médico Tratante

Médico cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien tiene a su cargo la atención directa del Asegurado o alguno de sus Dependientes. El médico tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)), ni el Asegurado mismo.

2.30. Médico Ayudante

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, quien actúa de manera subordinada al médico tratante en la atención quirúrgica del Asegurado o alguno de sus Dependientes. El médico ayudante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)), ni el Asegurado mismo.

2.31. Órtesis o Aparatos Ortopédicos

Aditamento mecánico que sirve para suplir una función del sistema músculo-esquelético (férulas, zapatos ortopédicos, entre otros).

2.32. Padecimientos Congénitos

Son aquellas enfermedades o malformaciones que tuvieron su origen durante el periodo de gestación, independientemente de que éstas sean evidentes al momento del nacimiento o se manifiesten con posterioridad.

Las diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

2.33. Padecimientos o Enfermedades Preexistentes

Son todos aquellos padecimientos o enfermedades que muestran o presentan una o varias de las siguientes características:

- Se hayan declarado previamente a la celebración de este contrato.
- Se haya realizado un diagnóstico médico previo a la contratación de la Póliza.
- Aquéllos por los que se haya erogado algún gasto previo a la contratación de la Póliza.
- Que mediante un expediente clínico se demuestre la existencia previa al inicio de vigencia de la Póliza.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: el criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se hayan practicado el Asegurado o Dependientes. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos o enfermedades que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidos, cuando así lo determine un perito médico.

Perito Médico: médico legalmente autorizado para el ejercicio profesional, especialista en la materia de controversia y que se encuentre certificado por el consejo médico correspondiente. Este médico será ajeno a las partes en controversia.

Adicionalmente, para el caso de colectivos, los padecimientos preexistentes deben ser declarados por el Asegurado en términos del **Artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:**

Artículo 8º:

“El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

2.34. Pago Directo

Servicio mediante el cual Allianz podrá liquidar directamente al prestador de servicios los gastos cubiertos realizados por el Asegurado dentro del hospital de red, como consecuencia de algún accidente o enfermedad amparada por la Póliza, **siempre y cuando requiera, de forma justificada, de más de 24 hrs. de hospitalización.**

2.35. Periodo al Descubierto

Es aquel lapso de tiempo en el cual los beneficios de la Póliza no tendrán efecto. Inicia al día siguiente de finalizado el período de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la Prima o fracción pactada.

No procederá el pago de reclamaciones ni el servicio de pago directo por accidentes o enfermedades cuyos síntomas o signos se hayan manifestado durante este período.

2.36. Periodo de Espera

Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Póliza para que se pueda cubrir un padecimiento, de acuerdo a las especificaciones de la Póliza y a las Condiciones Generales.

2.37. Periodo de Gracia

Lapso de tiempo con que cuenta el Contratante para pagar la Prima, este periodo es de hasta treinta días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del recibo para cada fracción, de acuerdo a la forma de pago previamente pactada en el contrato.

2.38. Póliza

Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre Allianz, el Contratante, el Asegurado o sus Dependientes. La cual está integrada por la solicitud, carátula, las presentes Condiciones Generales, endosos y cláusulas adicionales agregadas o que en su momento se agreguen al contrato de seguro.

2.39 Práctica Profesional de Deporte

Aquellas actividades físicas por las cuales se recibe una remuneración económica.

2.40. Prestadores de Servicios Médicos

Son todas aquellas personas físicas o morales que se encargan de ofrecer servicios médicos al Asegurado o sus Dependientes, con facultades legales para ofrecer dichos servicios, que incluyen pero no se limitan a: hospital, clínicas, sanatorio, laboratorio médico, farmacia, médico tratante, médico ayudante, instrumentista y enfermera.

2.41. Programación de Cirugías

Servicio mediante el cual el Asegurado o sus Dependientes recibe la autorización de Allianz del pago directo previa a su intervención quirúrgica o tratamiento médico, en cualquier hospital o con cualquier médico con el que Allianz haya establecido convenio, limitándose el Asegurado a cubrir solamente el Deducible, Coaseguro, gastos personales o no cubiertos, que en su caso apliquen.

2.42. Prótesis

Es todo aquel dispositivo artificial destinado a reemplazar parcial o totalmente algún órgano o miembro del cuerpo humano, imitando o supliendo la función de dicho miembro u órgano reemplazado.

2.43. Prótesis Biónica

Es toda prótesis que emula el comportamiento, desempeño morfológico y funcional de cualquier sistema biológico del cuerpo humano, para cuyo funcionamiento es necesario un microprocesador, sensor, programa computacional o tecnología informática.

2.44. Reembolso

Procedimiento mediante el cual Allianz restituye los gastos procedentes relacionados, realizados por el Asegurado a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza y liquidados directamente al prestador de servicios.

2.45. Renovación

La celebración de un nuevo contrato en forma ininterrumpida.

2.46. Salud

Es el bienestar biológico del individuo Asegurado por el presente contrato.

2.47. Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

Es la referencia económica en pesos usada para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, la cual sustituye a la medida de Salario Mínimo General Mensual.

Se tomará como Unidad de Medida y Actualización Mensual, el valor vigente en la Ciudad de México a la fecha de erogación del primer gasto médico cubierto.

3. CLÁUSULAS GENERALES

3.1. Bases del Contrato

La Póliza es prueba fehaciente del contrato de seguro celebrado entre el Contratante, los Asegurados y Allianz.

La solicitud, la Póliza, el Registro de Asegurados, los Certificados Individuales, los Endosos y Cláusulas que se agreguen, así como las Declaraciones del Contratante o de los Asegurados, constituyen prueba del Contrato del Seguro celebrado entre el Contratante, los Asegurados y Allianz, bajo el cual quedan amparados todos los Asegurados que integran esta Póliza.

Allianz expide un certificado por cada integrante del Grupo Asegurado que describe las condiciones bajo las que ha quedado asegurado en la Póliza. Todos los certificados individuales se entregan al Contratante quien a su vez los hará llegar a cada Asegurado, junto con el resumen de las principales coberturas y exclusiones de la Póliza.

El Contratante o en su caso, el Asegurado Titular, estará obligado a manifestar por escrito a Allianz cualquier cambio en la ocupación y residencia del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes,

por lo cual, Allianz se reserva el derecho de adecuar las características y precio del seguro a las nuevas condiciones de ocupación y residencia del Asegurado o de sus Dependientes.

3.2. Agravación del Riesgo

El Asegurado Titular o Contratante deberá declarar a Allianz por escrito, dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento de ello, cualquier cambio en el riesgo originalmente asegurado derivado de un cambio de residencia, ocupación o actividad de alguno o de todos los asegurados que figuren en la póliza, así como de sus Dependientes. Allianz analizará el nuevo riesgo y, en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo. Si el Asegurado Titular o Contratante

no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, o bien, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, no remitiera en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados al siniestro, Allianz no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios 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 Compañía, si el Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fueren condenados mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratantes, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del Acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, para las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato podrán ser restauradas una vez que Allianz tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurados, Dependientes o Beneficiarios dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Allianz 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.

3.3. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El presente contrato o cualquiera de sus renovaciones podrán ser rescindidas de pleno derecho en el momento en que Allianz tenga conocimiento de omisiones o inexactitud en las declaraciones del Contratante para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes, aunque dichas omisiones o inexactitud en las declaraciones no hayan influido en la realización de algún evento considerado en el objeto de este seguro y de acuerdo a lo estipulado en los **Artículos 47, 8, 9, 10, 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> “Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.”

Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

> “El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con

el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

Artículo 9 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 10 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."

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

"Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirán o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el anterior". (Refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).

Del mismo modo, se hace constar lo siguiente:

Transcripción del Artículo 20 fracción II del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 20:

"Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:
Fracción II:
II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio.

En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante."

Cabe mencionar que el cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgos, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo, conforme a lo descrito en la Cláusula 6.10 Movimientos de Asegurados.

3.4. Rectificación de la Póliza

Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 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."

3.5. Modificaciones al Contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos **siempre y cuando se realicen de común acuerdo y por escrito entre el Contratante y Allianz,** a través de cláusulas adicionales y endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas.

El agente de seguros u otras personas no autorizadas por Allianz no podrán en ningún momento cambiar o modificar las Condiciones o beneficios de este contrato.

3.6. Comunicaciones

Toda notificación relacionada con el presente contrato por parte del Contratante o del Asegurado, deberá dirigirse por escrito a Allianz en el domicilio que se presenta en la Carátula de la Póliza.

Será obligación de Allianz comunicar por escrito al Contratante o Asegurado de cualquier cambio de domicilio.

Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de Allianz, por lo tanto, cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta Cláusula, carecerá de validez.

3.7. Costo de Adquisición

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 este contrato. La institución proporcionará dicha

información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

3.8. Participación de Utilidades

El Contratante o el Asegurado, en este último caso cuando participe en el pago de la Prima, podrán participar de las utilidades derivadas de la experiencia propia de la Colectividad Asegurada, **siempre y cuando se haya convenido por escrito y por anticipado a la realización de este contrato,** en los términos establecidos en el endoso respectivo que para este fin expida Allianz.

Allianz se reserva el derecho de convenir o no el otorgamiento de los dividendos, de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas a este respecto.

3.9. Deducibilidad

Las Primas del presente contrato son deducibles de impuestos tanto para personas físicas como morales en términos de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y de las demás disposiciones legales aplicables.

3.10. Primacía

Las condiciones particulares y los endosos tienen prelación sobre las Condiciones Generales.

3.11. Sanciones y Embargos

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura ni indemnizar ninguna reclamación o beneficio que se derive de la presente póliza en la medida que esa cobertura, indemnización o beneficio implicaran que la Compañía

pudiera quedar expuesto a cualquier sanción, prohibición o restricción establecidas en una resolución de las Naciones Unidas y/o en sanciones económicas o mercantiles establecidas por normativas o regulaciones de la Unión Europea, los Estados Unidos de América o por cualquier otra jurisdicción, siempre que el país que imponga la sanción tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en la presente cláusula.

4. VIGENCIA DEL SEGURO

4.1. Inicio de Vigencia

La vigencia de este contrato inicia en la fecha que se indica en la carátula de la Póliza, entrando en vigor desde las 0:00 hrs. de la fecha indicada como inicio de vigencia.

4.2. Terminación de Vigencia

La vigencia de este contrato termina en la fecha que se indica en la carátula de la Póliza, a las 0:00 hrs. del día indicado como fin de vigencia o antes en los casos previstos en estas Condiciones Generales.

4.3. Cancelación del Contrato

Este contrato será cancelado automáticamente si el Contratante no paga la Prima respectiva dentro del plazo señalado en el periodo de gracia para el pago de las Primas.

4.4. Cancelación Anticipada del Contrato

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a Allianz. La cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

Allianz se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Contratante que formule la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Contratante, Allianz no podrá negar el trámite de cancelación cuando éste se realice por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación; tampoco podrá negar o retrasar el trámite de cancelación sin que exista una causa justificada.

En este caso, Allianz devolverá al Contratante el 65% de la prima pagada no devengada correspondiente considerando la Prima del ajuste por movimientos, en su caso, al momento de la cancelación.

Dicha devolución se realizará en un plazo no mayor a 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del Contrato.

4.5. Rehabilitación de la Póliza

En el caso en que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. En caso de que Allianz autorice dicha rehabilitación, ésta se otorgará respetando la vigencia originalmente pactada, bajo los siguientes requisitos:

a. Presentar por escrito una solicitud de rehabilitación.
b. Presentar los requisitos de asegurabilidad que Allianz determine para una nueva evaluación del riesgo.

Allianz comunicará por escrito al Contratante la rehabilitación de la Póliza respetando su vigencia original.

Si el contrato no es rehabilitado y el Contratante decide solicitar una nueva Póliza, todos los accidentes o enfermedades que se presenten antes de la contratación de la nueva Póliza se considerarán como preexistentes.

4.6. Renovación del Contrato

Dentro de los últimos treinta días de vigencia de este contrato, el Contratante deberá dar aviso por escrito a Allianz de su voluntad de renovarlo, y Allianz podrá renovarlo, por periodos de un año, en los términos que señala el artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

La Póliza se renovará en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. La nueva prima será calculada con base en la tarifa vigente, a los beneficios y a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados al momento de la renovación.

No quedarán cubiertos los Asegurados cuya edad a la fecha de renovación estén fuera de los límites estipulados en la Cláusula 6.8 Edad.

Del mismo modo, se hace constar lo siguiente:

Transcripción del Artículo 21 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 21:
"La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la Póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las Primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas."

5. SUMA ASEGURADA

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan el siguiente concepto:

Es el límite máximo de responsabilidad de Allianz, por cada enfermedad o accidente cubierto.
Esta cantidad quedará fija a partir de que se efectúe el primer gasto erogado o se reciba la primera atención, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la Póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada, mientras éstas se mantengan vigentes en forma continua.

6. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

6.1. Primas

En la carátula de la Póliza se estipula la Prima, el derecho de Póliza y el IVA, cantidades que deben ser pagadas por el Contratante para mantener en vigor este contrato en términos de la cláusula 6.5 Periodo de Gracia.

6.2. Forma de Pago

La Prima de este contrato está calculada por todo el año de su vigencia, sin embargo, Allianz concede la posibilidad de pagarla de manera fraccionada en forma semestral, trimestral o mensual, en cuyo caso, el Contratante también deberá pagar el recargo que determine Allianz y el IVA que esto genere.

En la carátula de la Póliza se establece la forma de pago elegida por el Contratante.

6.3. Vencimiento del Pago de Primas

La Prima debe pagarse en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para el caso de forma de pago anual.

Para el caso de pagos fraccionados, se deberá atender en todo momento lo señalado en el punto 6.5 Periodo de Gracia.

6.4. Lugar de Pago de Primas

El pago de la prima o fracción deberá realizarse por el conducto que se especifica en la carátula de la póliza, que incluye pero no se limita a: pago referenciado en bancos, transferencia electrónica de fondos a favor de Allianz y cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante.

Sin perjuicio de lo establecido en los puntos 4.5 Rehabilitación, 6.2 Forma de Pago de Prima y 6.5 Periodo de Gracia de las presentes condiciones generales, el comprobante de la operación, el recibo expedido por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, harán prueba plena de dicho pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo de pago correspondiente al Contratante.

6.5. Periodo de Gracia

Transcripción del primer párrafo del Art. 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Artículo 40:
“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago de parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.”

En caso de que se presente un accidente o enfermedad amparada durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados se dará vía reembolso descontando de la indemnización la Prima o la fracción pendiente de pago.

6.6. Otros Seguros

Si las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las Pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Contratante o Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como de los finiquitos elaborados por la otra compañía, o bien, presentar carta de siniestralidad en papel membretado de la otra compañía.

6.7. Residencia

Esta Póliza cubre únicamente a personas que radiquen en la República Mexicana. En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por un período mayor a tres meses y cuente con algún tipo de cobertura en el extranjero, deberá notificarlo a Allianz previamente, quien analizará el riesgo y establecerá, en caso de aceptación, la Prima correspondiente.

De no darse este aviso, Allianz no cubrirá ningún accidente o enfermedad que sufra el Asegurado en el extranjero después de los primeros 3 meses de estancia fuera de la República Mexicana.

6.8. Edad

Las edades de aceptación y renovación se consideraran con base en la fecha de nacimiento que se tenga al momento de la celebración del contrato.

Para efecto de este contrato, los límites de aceptación son desde su nacimiento hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad durante la vigencia de la Póliza.

La aceptación y renovación para los hijos de los Asegurados estará sujeta a que sean menores de 30 años, dependientes económicos y solteros.

Allianz para comprobar las edades asentadas en esta Póliza, podrá solicitar en cualquier momento pruebas fehacientes, como lo son: acta de nacimiento, pasaporte, cartilla militar o cualquier identificación oficial con fotografía.

Cuando Allianz haya comprobado la edad del Asegurado, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que compruebe que dichas pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, y dicha edad rebase los límites de admisión fijados por Allianz, se rescindirá el contrato y quedará nulo el certificado individual que lo ampara, procediendo a devolverse al Asegurado el 65% de la Prima Pagada correspondiente al periodo no transcurrido de vigencia a la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado se encuentra comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Allianz, pero a consecuencia de la inexactitud en la declaración de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondiera por la edad real, la obligación de Allianz se reducirá en la proporción que existe entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

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

6.9. Obligación de Asegurar

El Contratante se obliga a solicitar seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte del grupo definido en la carátula. Asimismo se obliga a solicitar seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características dentro de los treinta días siguientes a su ingreso al grupo.

En caso de que la participación en el seguro sea voluntaria para cada Asegurado, el alta de las personas que los soliciten, quedará sujeta a la aprobación previa de Allianz.

6.10. Movimientos de Asegurados

Allianz elaborará un registro de los Asegurados, en el cual anotará los siguientes datos para cada uno de ellos: nombre, edad, sexo, fecha de alta, fecha de entrada en vigor, fecha de terminación del seguro, Suma Asegurada, plan, tipo de seguro, número de certificado y coberturas amparadas.

Dichos datos deberán ser proporcionados por el Contratante al momento de la contratación. Del mismo modo, Allianz registrará la Prima de cada Asegurado. El Contratante deberá reportar por escrito a Allianz los movimientos de altas y bajas de Asegurados de acuerdo a lo siguiente:

a. Altas de Asegurados

Mientras se encuentre en vigor, serán incluidos dentro de la presente Póliza, los nuevos miembros de la colectividad definida en la carátula, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a Allianz.

La cobertura para cada uno de los Asegurados o Dependientes que se den de alta iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados, **siempre y cuando la notificación de alta se haya hecho dentro de los treinta días siguientes a la ocurrencia del hecho;** en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionada a la aceptación por parte de Allianz, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada a pedir.

Lo descrito anteriormente operará también para el alta de hijos recién nacidos, los cuales quedarán cubiertos desde el momento de su nacimiento; los cónyuges de los Asegurados que contraigan matrimonio durante la vigencia de la Póliza, los cuales quedarán cubiertos a partir de la fecha del matrimonio civil, **siempre y cuando su aviso de alta se haga dentro de los treinta días siguientes a la fecha de su nacimiento o matrimonio.** Los concubinarios o convivientes en sociedad, quedarán cubiertos a partir de la fecha de su aceptación por parte de Allianz.

La notificación por escrito a Allianz en los casos descritos debe incluir como documentación comprobatoria, ya sea el acta de nacimiento, el acta de matrimonio o el acta de sociedad en convivencia según sea el caso.

En todos los casos anteriores Allianz cobrará la Prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el vencimiento del seguro en curso.

Transcripción del Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 17:
"Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza."

b. Bajas de Asegurados

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas, que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada; para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a Allianz, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación de la Colectividad Asegurada.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Allianz a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a Allianz.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la Póliza, Allianz devolverá al Contratante el 65% de la Prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

Transcripción del Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 18:
"Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido.

En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente."

6.11. Convenio de Autoadministración

Es el convenio que, en su caso, firman el Contratante y Allianz, en el cual se estipulan los procedimientos de administración de la Póliza en lo referente a movimientos de altas o bajas de Asegurados que realizará el propio Contratante.

La administración se llevará a cabo en los términos establecidos en el endoso que en su caso, expida Allianz al respecto.

En todo caso, el Contratante deberá entregar a la Aseguradora la información correspondiente y necesaria, a efectos de lo establecido en el Artículo 23 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Transcripción del Artículo 23 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

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

7. COBERTURA BÁSICA

Si durante la vigencia de la Póliza y a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto en el contrato, el Asegurado incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, Allianz cubrirá el costo de los mismos hasta la Suma Asegurada de acuerdo a las Condiciones y límites estipulados en este contrato, en las cláusulas generales, endosos y cláusulas que se agreguen, **siempre y cuando el Asegurado se encuentre dentro del período de beneficio al momento de ocurrir el accidente o enfermedad y los gastos hayan sido erogados dentro de la vigencia de la Póliza y en la República Mexicana.**

7.1. Servicios de Hospital

1. Cuarto privado estándar con cama extra para un acompañante; no estará cubierto ningún otro gasto del acompañante.
2. Alimentos del paciente.
3. Quirófano, sala de curación, sala de recuperación, sala de terapia intensiva o intermedia.
4. Adquisición y aplicación de sueros.
5. Aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo. **Los estudios hechos a posibles donadores de sangre no serán cubiertos.**

7.2. Servicios Médicos

a. Consultas del médico tratante. Las consultas postoperatorias serán cubiertas hasta un máximo de tres. La atención en terapia intensiva o visitas médicas intra hospitalarias, quedará cubierta con un máximo de 2 consultas al día.
b. Tratamientos quirúrgicos o médicos indicados o realizados por el médico tratante, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención.
    1. 1. Entre los tratamientos médicos se tendrán la radioterapia, la quimioterapia, la hidroterapia, la fisioterapia y la inhaloterapia.
    2. 2. Los tratamientos homeopáticos se cubrirán siempre que sean prescritos por médicos homeópatas con título profesional, con un máximo de 10 sesiones por cada accidente o enfermedad cubierta.
    3. 3. Honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional o certificado de quiropraxia, bajo prescripción del médico tratante, con un monto máximo de 2 UMAM por cada Accidente o Enfermedad cubierto.
c. Los honorarios de anestesiólogos se cubrirán hasta por el 30% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.
d. Los honorarios para el primer ayudante en cirugía se cubrirán hasta por el 20% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.
e. En caso de requerirse un segundo ayudante, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro y de ser autorizado, quedará cubierto con un 10% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.
f. En caso de requerirse un Instrumentista, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro, y de ser autorizado, quedará cubierto con un 5% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.
g. En cada sesión quirúrgica, los gastos médicos amparados no excederán del Gasto Usual y Acostumbrado y de los siguientes límites:
    1. Cuando se practiquen dos o más intervenciones quirúrgicas en la misma sesión y en el mismo campo operatorio, Allianz pagará únicamente el importe de la mayor al 100% del Gasto Usual y Acostumbrado o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.
    2. Sin embargo, si el mismo cirujano efectúa otra intervención en otro campo operatorio en la misma sesión, cada operación se considerará como un evento **siempre y cuando la naturaleza del padecimiento implique el cobro del Deducible y del Coaseguro** independientes para cada evento y sobre los cuales se pagará el 100% del Gasto Usual y Acostumbrado para cada uno de ellos.
    3. Cuando se requiera la intervención de dos o más cirujanos de diferentes especialidades para el tratamiento de una misma persona en una sesión quirúrgica o en sesiones quirúrgicas sucesivas, se pagará de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para cada cirujano en forma individual.
    4. Los politraumatismos se considerarán como un solo evento.
    5. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, durante las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato de la primera cirugía, Allianz cubrirá los gastos procedentes de acuerdo a las condiciones de la Póliza por concepto de hospitalización,

honorarios de ayudantía y anestesiología, quedando a cargo del Asegurado, en su caso, el pago de los honorarios correspondientes al cirujano.

6. Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior y se presentara después de las primeras 24 horas del postoperatorio inmediato de la primera cirugía, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, y será considerada como complemento del siniestro que le dio origen.

7.3. Gastos Dentro o Fuera del Hospital

Los siguientes gastos se cubrirán **siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante:**

1. Laboratorio, gabinete e imagenología.
2. Medicamentos y materiales de curación.
3. Prótesis y/u órtesis, equipo ortopédico y lente intraocular.
4. Prótesis funcional biónica: sólo se cubrirá el primer intento de implementación de este tipo de artefactos.
5. Renta de cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico indicado para la recuperación del paciente, **siempre y cuando el equipo sea de tipo estándar.**
6. Gastos originados por consumo de oxígeno.
7. Estudios de laboratorio que sirvan para diagnosticar una enfermedad amparada **(los estudios no relacionados con el diagnóstico de la enfermedad amparada no se cubrirán).**
8. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, que no sean familiares del Asegurado y sólo cuando sea necesaria bajo prescripción del médico tratante para la convalecencia domiciliaria, hasta tres turnos por día y hasta por treinta días.
9. Servicio de ambulancia terrestre necesaria para el transporte del Asegurado hacia desde el hospital dentro de la localidad donde se efectúe el tratamiento por cada enfermedad o accidente cubierto, **siempre y cuando sea justificado desde el punto de vista médico o indicado por el médico tratante.**

7.3.1. Exclusiones Particulares de Gastos Dentro y Fuera del Hospital

- **Se excluyen las reposiciones de prótesis, órtesis o lentes intraoculares existentes a la fecha del accidente o enfermedad amparada, así como zapatos ortopédicos.**
- **Se excluyen los gastos originados por estudios no relacionados con el diagnóstico de la enfermedad amparada.**
- **Se excluyen las reposiciones de prótesis mamarias y testiculares por cualquier causa.**

7.4. Cobertura de Trasplantes

Estarán cubiertos los trasplantes de órganos conforme a lo estipulado a continuación:

- Se incluyen los servicios médicos y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, a partir del primer gasto que se efectúe por dicho cultivo.
- Se incluyen los servicios médicos prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenido de un donante fallecido: remoción, preservación y transporte.
- Se incluyen los servicios médicos prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido.
- Para cada órgano se cubrirá el primer trasplante con aplicación de Deducible y Coaseguro normal.
- En caso de necesitarse un segundo trasplante del mismo órgano (incluyendo médula ósea) sólo se cubrirá el 50% de los gastos amparados para este evento. **No serán cubiertos los intentos subsecuentes de trasplante del mismo órgano.**

Para esta cobertura, además de lo establecido en la Cláusula 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.4.1. Exclusiones Particulares de la Cobertura de Trasplantes

1. **Se excluyen todos los estudios de compatibilidad entre donante y receptor.**
2. **Cualquier tratamiento médico o quirúrgico del donante, posterior al evento del trasplante, así como sus complicaciones.**
3. **Se excluyen todos los gastos cuando el Asegurado sea el donante.**
4. **Cualquier trasplante de órgano no humano. Lo anterior incluye pero no se limita a: órganos de otra especie animal, órganos mecánicos, transgénicos o transitorios.**
5. **En ningún momento quedará cubierto el costo del órgano trasplantado y los gastos erogados por el donante.**

7.5. Tratamientos Dentales

Sólo estarán cubiertos los tratamientos necesarios para reponer o restaurar las piezas dentales dañadas o perdidas a consecuencia directa de un accidente amparado, **siempre y cuando el daño sea en diente natural, (excepto reposición de prótesis existentes a la fecha del accidente) y el primer gasto se realice dentro de los primeros treinta días posteriores al accidente.**

7.6. Tratamiento para corregir Hallux Valgus

Estará cubierto el tratamiento médico o quirúrgico necesario para corregir Hallux Valgus y sus complicaciones en ambos pies.

7.7. Tratamientos de Nariz y Senos Paranasales

Operación o tratamientos de nariz o senos paranasales, **siempre y cuando no se trate de cirugía estética, serán cubiertas sin periodo de espera, aplicándose un monto máximo de 10 UMAM,** no se aplicará Deducible ni Coaseguro ya sea por accidente o por enfermedad. Para la reclamación de estos eventos será indispensable la presentación de la historia clínica completa y Rayos X preoperatorios.

7.8. Cobertura de Circuncisión

Se cubrirá el tratamiento de circuncisión **solamente cuando sea estrictamente necesaria en caso de enfermedad del Asegurado.**

7.9. Cobertura de Padecimientos Congénitos

Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza, **siempre y cuando el Contratante notifique por escrito a Allianz dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento.**

7.10. Tratamiento contra VIH y SIDA

Se cubrirán los estudios y el tratamiento necesario que requiera el Asegurado afectado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), después de haber cumplido con un periodo de espera de 1,460 días ininterrumpidos contados a partir de la Fecha de Alta del

Asegurado, **siempre y cuando el diagnóstico mediante los estudios serológicos de Elisa y Western Blot sean positivos y posteriores al periodo de espera.**

En caso de que el VIH o SIDA sea diagnosticado como Padecimiento Congénito para un Asegurado nacido durante la vigencia de la Póliza, aplicará lo dispuesto en la Cláusula 7.9. Cobertura de Padecimientos Congénitos de estas Condiciones Generales.

Para este beneficio se podrá reconocer antigüedad generada por el Asegurado conforme a lo estipulado en el Endoso de Antigüedad, con un máximo de 2 años.

7.11. Beneficios por Maternidad

7.11.1. Cesárea

La operación cesárea estará cubierta **siempre y cuando sea absolutamente necesaria para evitar complicaciones a la madre o al producto,** por las condiciones del embarazo. Se otorgará aplicando un monto máximo de 15 UMAM, no se aplicará Deducible ni Coaseguro.

Serán elegibles para esta cobertura únicamente: titulares, cónyuges o concubinas.

7.11.2. Complicaciones del Embarazo

Gastos derivados por complicaciones de embarazo, parto y puerperio:

1. La intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino (indispensable presentar ultrasonografía).
2. Toxicosis gravídica, preclamsia, eclampsia y enfermedades hipertensivas (indispensable presentar estudios que lo comprueben).
3. Mola hidatiforme o embarazo anembriónico (indispensable presentar estudio histopatológico).
4. Puerperio patológico.
5. Alteraciones placentarias (indispensable presentar ultrasonografía).
6. Atonía uterina.

No quedará cubierta ninguna otra complicación del embarazo, salvo las especificadas en los incisos anteriores.

7.11.3. Complicaciones del Recién Nacido

Es necesario dar de alta al recién nacido dentro de los treinta primeros días desde la fecha de su nacimiento, mediante la obligación del pago de la Prima correspondiente.

En caso de presentarse prematurez, todas las alteraciones resultantes de este acontecimiento serán consideradas como un solo evento.

7.12. Deportes o Actividades Peligrosas Incluidas

Se cubren los gastos médicos erogados a consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica recreativa y ocasional de deportes y actividades peligrosas, salvo lo expresamente excluido.

Adicionalmente, por medio de esta cobertura, se cubren los gastos médicos erogados a causa de accidentes provocados por la práctica de motociclismo, excluyendo los provocados por negligencia inexcusable o culpa grave del Asegurado afectado o por la participación de éste en competencias o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.

8. COBERTURAS OPCIONALES CON COSTO ADICIONAL

A solicitud expresa del Contratante, podrán contratarse las siguientes coberturas:

8.1. Cobertura de Urgencias en el Extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, Allianz cubrirá las erogaciones que se originen por una emergencia o urgencia médica en el extranjero, de acuerdo a las condiciones estipuladas en este contrato.

Una vez estabilizada y controlada la condición patológica del paciente, cesará la emergencia y por tanto los efectos de esta cláusula. En caso de que la emergencia cubierta origine gastos adicionales, estos únicamente podrán ser cubiertos si son erogados dentro del territorio nacional y hasta por la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica.

En toda reclamación que se origine por una emergencia en el extranjero, se le aplicará únicamente el Deducible del equivalente en moneda nacional a $60.00 US DLLS y, se pagarán gastos hasta la Suma Asegurada del equivalente en moneda nacional a $60,000.00 US DLLS, sin aplicarse Coaseguro.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cláusula es independiente de la contratada en cualquier otra cobertura y será efectiva durante la vigencia de la Póliza.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

Para esta cobertura, además de lo establecido en la Cláusula 9. Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

8.1.1. Exclusiones Particulares de la Cobertura de Urgencias en el Extranjero

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

1. **Parto eutócico (normal) o cesárea y complicaciones de embarazo.**
2. **Atención de padecimientos preexistentes.**
3. **Atención de un accidente o enfermedad ocurrido en la República Mexicana.**
4. **Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.**

8.2. Cláusula de Cobertura en el Extranjero

Mediante la contratación de esta cobertura, quedarán amparados los gastos erogados fuera de la República Mexicana por accidentes o enfermedades cubiertos, de acuerdo a las condiciones estipuladas en este contrato.

La Suma Asegurada que corresponde a la presente cláusula será igual a la especificada en la carátula de la Póliza e independiente de la contratada en la cobertura básica o cualquier otra cláusula adicional.

Los gastos erogados en el extranjero, así como los honorarios de médicos, cirujanos y ayudantes estarán limitados al Gasto Usual y Acostumbrado (GUA).

El Deducible que se aplicará para los gastos erogados en el extranjero será el equivalente en moneda nacional a $500.00 US DLLS y se deberá cubrir tanto por accidente como por enfermedad.
El Coaseguro a descontar a dichas erogaciones será el porcentaje estipulado en la carátula de la Póliza adicionando 10 puntos porcentuales más y se deberá cubrir tanto por accidente como por enfermedad.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero, dentro del territorio nacional, operando en estos casos la Suma Asegurada y las condiciones contratadas en la cobertura básica.

Las edades de aceptación para esta cláusula son a partir de los 31 días de nacido hasta los 64 años de edad. En caso de renovación, ésta podrá efectuarse hasta la edad de 69 años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario para aquellos Asegurados que hayan cumplido los 70 años de edad.

Los gastos cubiertos y exclusiones del contrato mantendrán su vigencia en todos aspectos.

9. EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza en ningún caso cubre los gastos médicos que se originen por:

1. **El tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos preexistentes.**
2. **Lesiones del Asegurado o sus Dependientes que se produzcan por participar en servicio militar, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones, actos de guerra, terrorismo, rebelión o insurrección.**
3. **Tratamiento médico o quirúrgico que requiera el Asegurado o sus Dependientes cuando se originen a consecuencia de alcoholismo, toxicomanías, uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso.**
4. **Lesiones que sufran el Asegurado o sus Dependientes derivadas de accidentes que resulten por culpa grave de éstos, al encontrarse bajo los efectos del alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. La utilización de estas substancias se determinará mediante estudios toxicológicos o mediante las actuaciones del Ministerio Público completas. El sólo hecho de ser responsable del accidente al encontrarse bajo los efectos de las substancias mencionadas sin prescripción médica se considerará culpa grave.**
5. **Lesiones sufridas por acciones realizadas por el Asegurado o sus Dependientes, cuando exista culpa grave o negligencia inexcusable. Lo anterior incluye, pero no se limita a: lesiones derivadas de actos delictivos en los cuales participe el Asegurado o sus Dependientes.**
6. **Tratamientos de reposo o descanso, exámenes médicos generales, tratamientos profilácticos o preventivos y sus complicaciones, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos como "Check-Up". Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al Asegurado que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio origen a una reclamación, aún y cuando ésta sea procedente.**
7. **Tratamientos y estudios psiquiátricos o psicológicos de cualquier tipo así como los relacionados con trastornos de la conducta, del aprendizaje, del lenguaje y trastornos del sueño, que incluyen pero no se limitan a: roncopatía, apnea del sueño, sonambulismo, bruxismo, narcolepsia, insomnio y el síndrome de fatiga crónica.**

8. **Lesiones ocasionadas por hechos que provoque el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes intencionalmente o se produzcan con su consentimiento o su participación voluntaria. Lo anterior incluye, pero no se limita a: lesiones derivadas de mutilación voluntaria, suicidio o intento de éste, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental o locura temporal.**
9. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad, impotencia, disfunción eréctil y sus complicaciones.**
10. **Compra o renta de zapatos ortopédicos. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la Póliza o a la fecha del accidente o enfermedad, cualquiera que sea la causa de la reposición.**
11. **Lesiones que el Asegurado o sus Dependientes sufran a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
12. **Se excluyen las lesiones originadas por la práctica recreativa y ocasional de las siguientes actividades peligrosas: box y lucha en cualquiera de sus variaciones, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, parapente y paracaidismo.**
13. **Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado o sus Dependientes sufran viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares cuando el motor exceda los ciento veinticinco centímetros cúbicos (125cc.), a menos que el vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales. Además, por ninguna causa, se cubrirán los gastos derivados de accidentes cuando el Asegurado o alguno de sus Dependientes participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.**
14. **Lesiones que el Asegurado o sus Dependientes sufran cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte aéreo regular de pasajeros, sujeta a itinerarios regulares.**
15. **Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o seguido, y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.**
16. **Adquisición de complejos vitamínicos, leche maternizada y complementos alimenticios.**
17. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso o para corregir trastornos de alimentación, que incluyen pero no se limitan a: síndrome metabólico, anorexia, bulimia y obesidad; cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones.**
18. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.**
19. **Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa con excepción de la medicina homeopática.**
20. **Tratamientos quirúrgicos para mejorar la apariencia normal del Asegurado o sus Dependientes mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos y sus complicaciones.**

21. **Cualquier padecimiento, enfermedad, lesión, cirugía o tratamiento dirigido a la preparación para cambiar de sexo por alteración genital, incluyendo más no limitando a tratamientos hormonales, ya sea que sean prescritos por un médico o no. También queda excluido cualquier padecimiento, enfermedad, lesión, cirugía o tratamiento que se origine por el procedimiento del cambio de sexo ya sea de tipo fisiológico o psicológico.**
    También se excluyen los padecimientos, enfermedades, lesiones, cirugías o tratamientos que se originen por la alteración hormonal encaminada al cambio de apariencia de género. Para efectos de esta exclusión, no se considera dentro de ella el hermafroditismo o la intersexualidad.
22. **Cuidado podiátrico incluyendo cualquier tratamiento o cuidado médico relacionado con degeneraciones articulares de las falanges de los pies, excepto el tratamiento para corregir Hallux Valgus (conforme a lo establecido en el punto 7.6 Tratamiento para Corregir Hallux Valgus).**
23. **La compra de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares (excepto para el tratamiento de corrección de cataratas) y aparatos o implantes auditivos.**
24. **La adquisición de prótesis no funcionales y, en caso de prótesis biónicas, no se cubrirá ningún gasto a partir del segundo intento de implementación de este tipo de artefactos en el mismo Asegurado o Dependiente afectado.**
25. **Padecimientos congénitos, tratamientos intrauterinos, partos prematuros y tratamientos de cualquier complicación del recién nacido, salvo lo definido en las cláusulas de "Complicaciones del Recién Nacido" y en la "Cobertura de Padecimientos Congénitos".**
26. **Cuidados médicos en la etapa prenatal, las complicaciones del embarazo, el tratamiento médico o quirúrgico para parto o cesárea, los cuidados rutinarios del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula "Beneficios por Maternidad".**
27. **Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas del tratamiento de un accidente amparado o enfermedad amparada.**
28. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.**
29. **Cualquier padecimiento o enfermedad que contraiga el Asegurado o sus Dependientes por visitar lugares donde exista alguna emergencia o alerta de tipo sanitaria o epidemiológica que haya sido declarada por la autoridad competente.**
30. **Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción, que incluye pero no se limita a: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.**
31. **Parto natural.**
32. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilo faciales, salvo lo especificado en la cláusula "Tratamientos Dentales".**
33. **Gastos derivados por la operación cesárea, complicaciones del embarazo, parto y puerperio erogados por cualquier Dependiente a excepción del cónyuge o concubina.**

34. **Tratamiento de aborto cualquiera que sea su causa.**
35. **Padecimientos congénitos o afecciones de recién nacidos prematuros, en el caso de que la madre o el padre hayan estado bajo un tratamiento por esterilidad, infertilidad o control de la natalidad.**
36. **Padecimientos congénitos o afecciones de recién nacidos prematuros, en el caso de que la madre o el padre hayan tenido algún antecedente de alcoholismo o drogadicción, durante el embarazo.**
37. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir la talla baja.**
38. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnosis o quelaciones.**
39. **Gastos por honorarios de médico o personas físicas por servicio de compañía en el traslado del Asegurado o sus Dependientes en calidad de paciente.**
40. **Se excluyen todos los gastos cuando el Asegurado o sus Dependientes sean el donante.**
41. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir presbicia, miopía, hipermetropía, astigmatismo, estrabismo o cualquier defecto de refracción.**
42. **Ambulancia aérea.**
43. **Gastos personales del Asegurado o sus Dependientes o acompañantes.**
44. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.**
45. **Todos aquellos padecimientos cuyo total de gastos médicos amparados no exceda al Deducible estipulado en la carátula de la Póliza.**
46. **Cualquier gasto que exceda el Gasto Usual y Acostumbrado.**
47. **Gastos efectuados fuera del territorio nacional, salvo lo señalado en el punto 8. Coberturas Opcionales con Costo Adicional.**

10. INDEMNIZACIÓN

10.1. Pago Directo

Allianz ofrece el servicio de pago directo de los gastos médicos amparados a los prestadores de servicios médicos afiliados, de acuerdo a los convenios previamente establecidos. Para ofrecer este servicio es necesario presentar toda la información que en su momento sea requerida por Allianz con el fin de determinar la procedencia del evento.

10.2. Reembolso

Allianz indemnizará vía reembolso los gastos médicos realizados y amparados en los que incurra el Asegurado hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención, **siempre y cuando se cumpla con lo indicado en la cláusula 10.7 Pago de Indemnizaciones.** Los tabuladores que se aplican para honorarios médicos de acuerdo al padecimiento y plan contratado se pueden consultar en nuestra página web www.allianz.com.mx; apartado “Clientes”, sección “Tabuladores”.

10.3. Deducible

- El Asegurado deberá cubrir en su totalidad el Deducible contratado por cada enfermedad amparada, tanto en el servicio de pago directo como en reembolso.

- El Asegurado deberá presentar documentos originales de todos los gastos procedentes.
- En accidentes cubiertos, el Deducible contratado se reducirá en 3 UMAM.

10.4. Coaseguro

- El Asegurado deberá cubrir en su totalidad el Coaseguro contratado por cada enfermedad amparada, tanto en el servicio de pago directo como en reembolso.
- El Asegurado deberá presentar documentos originales de todos los gastos procedentes.
- En accidentes cubiertos, el Coaseguro contratado se reducirá en 10 puntos porcentuales.

10.5. Secuencia en la Indemnización

- Lo primero que aplica en la indemnización es el Deducible, conforme a lo establecido en los puntos 2.11 y 10.3 de estas Condiciones Generales.
- El Coaseguro se aplica una vez descontado el Deducible, conforme a lo establecido en los puntos 2.6 y 10.4 de estas Condiciones Generales.
- El monto máximo amparado será igual al monto de la Suma Asegurada una vez descontado el Deducible y el Coaseguro, conforme a lo establecido en la Cláusula 5 de estas Condiciones Generales.

10.6. Periodo de Beneficio

Si la Póliza se renueva anualmente de manera ininterrumpida, **siempre y cuando no se haya agotado la Suma Asegurada,** se continuarán pagando los gastos erogados por cada accidente o enfermedad amparada sin que se aplique un período máximo de cobertura para éstos.

En caso de que la Póliza se cancele por cualquier causa o no se lleve a cabo la renovación anual, Allianz cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos en los diez días siguientes al término de vigencia o fecha de cancelación o hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

10.7. Pago de Indemnizaciones

En términos del **Artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** se estipula lo siguiente:

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

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de 5 días para el aviso, que deberá ser por escrito, si en el contrato no se estipula otra cosa.”

Se considerará accidente amparado todo aquél que se origine dentro de la vigencia de la Póliza, se encuentre cubierto por las Condiciones de ésta y la primera atención médica se efectúe dentro de los noventa días siguientes a su fecha de ocurrencia.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se consideran como un solo evento. En caso de que la atención médica no se presente dentro de los noventa días siguientes al accidente, se considerará como enfermedad.

El Asegurado deberá presentar la reclamación del reembolso de gastos médicos amparados en las formas que le proporcione la Institución debidamente llenadas y acompañadas con las pruebas que validen el accidente o enfermedad amparada y los gastos efectuados.

Para todos los gastos médicos amparados se deberá presentar comprobantes en original que reúnan los requisitos fiscales vigentes, los cuales quedarán en poder de Allianz después de ser indemnizados.

Las condiciones que se aplicarán en la indemnización del accidente o enfermedad amparada, serán las establecidas en la fecha del primer gasto erogado, por lo que en ningún momento se podrán afectar las nuevas condiciones y Suma Asegurada que pacten en posteriores renovaciones.

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

En términos del **Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** se estipula lo siguiente:

“La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.”

10.8. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio, ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz o en 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 los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de Allianz de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Transcripción de **la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.**

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

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

II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

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

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

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

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

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

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

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

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

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

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada y dará viso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución o Sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días

naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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

Transcripción de **la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**

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

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

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

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

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios
Blvd. Manuel Ávila Camacho #164, piso 1, Col. Lomas de Barrilaco.
Ciudad de México, C.P. 11010
unidad.especializada@allianz.com.mx
Tel. (55) 5201 3000 y (01 800) 1111 200 Ext. 3039

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
www.condusef.gob.mx

Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle
Ciudad de México, C.P 03100
asesoria@condusef.gob.mx
Tel. (55)5340 0999 y (01 800) 999 80 80

10.9. Arbitraje

En caso de que Allianz rechace un siniestro como consecuencia de un padecimiento o enfermedad preexistente y se presente controversia, las partes acuerdan en designar un árbitro independiente, a efecto de que con las constancias que le aporten tanto Allianz como el Asegurado, determine si el padecimiento era preexistente a la fecha de la celebración del contrato.
En ese caso, Allianz y el Asegurado aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y a sujetarse al procedimiento que en su caso se fije, renunciando ambas partes a cualquier otro derecho para dirimir su controversia, toda vez que el dictamen que emita vinculará a las partes y tendrá carácter de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir, será liquidado por Allianz.

10.10. Moneda

Los pagos de Primas e indemnizaciones de esta Póliza se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha de pago.

El reembolso de los gastos 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, que rija a la fecha en la que el Asegurado haya efectuado el gasto.

10.11. Interés Moratorio

En caso de que Allianz, no obstante haber recibido los documentos e información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta, en los términos del Artículo **71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** en vez del interés legal aplicable, se o|bliga a pagar al Asegurado, el interés que se establece en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas,** computado a partir del día en que se haga exigible dicha obligación.

Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:
“El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio”.

Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:
“Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará

en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

10.12. Subrogación

Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (2º y 3er párrafo):
"En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud."

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

Allianz podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y Allianz concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Para efectos de la subrogación, el Asegurado deberá suscribir a favor de Allianz la respectiva subrogación de derechos que ésta le presente, así como proporcionar todos los datos y documentación que le sean requeridos.

10.13. Responsabilidad Civil Profesional

El Asegurado o sus Dependientes al momento de escoger discrecionalmente a los médicos y a los prestadores de servicios médicos que lo atenderán, acepta que la relación creada entre el Asegurado y dichos prestadores de servicios médicos, es de carácter estrictamente personal, por lo que Allianz no es responsable de manera alguna de cualquier responsabilidad profesional, legal, moral, daños y perjuicios, o de cualquier otro tipo que resulte del vínculo entre el Asegurado o sus Dependientes y los prestadores de servicios médicos.

10.14. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán:

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos a que se refiere el **Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro,** salvo los casos de excepción consignados en el **Artículo 82** de la misma ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por:

a. La presentación de reclamaciones ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.
b. El inicio del procedimiento a que se refiere el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

La suspensión de la prescripción de las acciones a que pudiere dar lugar, sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Allianz, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo de la fracción V del Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:
"Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."

Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:
"El plazo de que trata el Artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización."

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 a este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de Junio del 2022, con el número CNSF-S0003-0060-2022/CONDUSEF-003935-12.

En caso de Siniestro, comuníquense al Centro
de Atención Telefónica

En la Ciudad de México Tel: 5201 3181
Del Interior de la República
Tel: 800 1111 400

Allianz México, S.A. Compañía de Seguros
Blvd. M.A. Camacho 164
Col. Lomas de Barrilaco 11010 de la Ciudad de México

Conmutador (55) 5201 3181
Lada son costo: 800 1111 200

www.allianz.com.mx