Allianz

Allianz MediMaxx esencial

CONDICIONES GENERALES



ÍNDICE

1. OBJETO DEL SEGURO 5

2. DEFINICIONES 5

2.1 ACCIDENTE 5
2.2 ACCIDENTE AMPARADO 5
2.3 ASEGURADO 5
2.4 ASEGURADO TITULAR 5
2.5 ASEGURADO NACIDO FUERA DE VIGENCIA 6
2.6 AÑO PÓLIZA 6
2.7 COASEGURO 6
2.8 CONTRATANTE 6
2.9 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO 6
2.10 CUIDADOR O CUIDADORA 6
2.11 CULPA GRAVE 6
2.12 DEDUCIBLE 6
2.13 DEPENDIENTES 7
2.14 ENDOSO 7
2.15 ENFERMEDAD AMPARADA 7
2.16 ENFERMERA 7
2.17 EPIDEMIA 7
2.18 EVENTO 7
2.19 FECHA DE ALTA 7
2.20 FECHA DE ANTIGÜEDAD 8
2.21 FECHA DE RENOVACIÓN 8
2.22 GASTOS MÉDICOS AMPARADOS 8
2.23 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA) 8
2.24 HOSPITAL O SANATORIO 8
2.25 INSTRUMENTISTA 8
2.26 MÉDICO TRATANTE 9
2.27 MÉDICO AYUDANTE 9
2.28 MATERNIDAD SUBROGADA 9
2.29 PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE 9
2.30 PADECIMIENTO CONGÉNITO 10
2.31 PAGO DIRECTO 10
2.32 PERIODO DE ESPERA 10
2.33 PÓLIZA 10
2.34 POLITRAUMATIZADO Y/O POLITRAUMATISMO 11
2.35 PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTE 11

2.36 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS 11
2.37 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS 11
2.38 PRÓTESIS 11
2.39 PRÓTESIS BIÓNICA 11
2.40 REEMBOLSO 11
2.41 SALUD 11
2.42 TABLA DE BENEFICIOS 12
2.43 URGENCIA MÉDICA 12

3. CONTRATO **12**
3.1 BASES DEL CONTRATO 12
3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN 12
3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES 12
3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO 12
3.5 RESCISIÓN DEL CONTRATO 13
3.6 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 14
3.7 REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA 14
3.8 MODIFICACIONES AL CONTRATO 15
3.9 COMPETENCIA 15
3.10 NOTIFICACIONES 16
3.11 ZONA DE COBERTURA 16
3.12 DEDUCIBILIDAD 16
3.13 CLÁUSULA DE SANCIONES Y EMBARGOS 16
3.14 COMUNICACIONES 16

4. VIGENCIA DEL SEGURO **17**
4.1 INICIO DE VIGENCIA 17
4.2 TERMINACIÓN DE VIGENCIA 18
4.3 RENOVACIÓN 18
4.4 EDAD 19
4.5 TERMINACIÓN ANTICIPADA 19

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE **19**
5.1 PRIMAS 19
5.2 FORMA DE PAGO 20
5.3 VENCIMIENTO 20
5.4 LUGAR DE PAGO 20
5.5 PERIODO DE GRACIA 20
5.6 OTROS SEGUROS 21
5.7 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES 21

5.8 CAMBIO DE CONDICIONES 21

6. NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA 21

7. COBERTURA BÁSICA 22

7.1 SERVICIOS DE HOSPITAL 23

7.1.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE SERVICIOS DE HOSPITAL 23

7.2 SERVICIOS MÉDICOS 23

7.3 GASTOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL 25

7.4 COBERTURA DE TRASPLANTES 25

7.4.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TRASPLANTES 26

7.5 TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTE 26

7.6 PADECIMIENTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE CUMPLIR CON UN PERIODO DE ESPERA 26

7.7 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES 26

7.8 TRATAMIENTO CONTRA VIH Y SIDA 27

7.9 MATERNIDAD INDEMNIZATORIA 27

7.9.1 COMPLICACIONES DE EMBARAZO 27

7.9.2 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO 28

7.10 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA 28

7.11 DEPORTES Y ACTIVIDADES PELIGROSAS INCLUIDAS 28

7.12 GARANTÍA DE CONVERSIÓN A "ALLIANZ MEDIMAXX INTEGRAL" 29

7.12.1 DERECHO DE CONVERSIÓN 29

7.12.2 CONDICIONES DE LA NUEVA PÓLIZA 29

7.12.3 RECONOCIMIENTO DE ALTA Y ANTIGÜEDAD 30

7.12.4 CONTINUIDAD DE COBERTURA PARA ACCIDENTES O ENFERMEDADES 30

8. EXCLUSIONES GENERALES 30

9. INDEMNIZACIÓN 34

9.1 PAGO DIRECTO 34

9.2 REEMBOLSO 35

9.3 SUMA ASEGURADA 35

9.4 DEDUCIBLE 35

9.5 COASEGURO 36

9.5.1 COASEGURO EN MEDICAMENTOS GENÉRICOS 36

9.5.2 APLICACIÓN DE COASEGURO EN ZONAS Y HOSPITALES Y DISTINTOS AL PLAN Y ZONA CONTRATADOS 36

9.6 PERIODO DE BENEFICIO 37

9.7 PAGO DE INDEMNIZACIONES 37

9.8 ARBITRAJE 38

9.9 MONEDA 38

9.10 INTERÉS MORATORIO 38
9.11 SUBROGACIÓN 40
9.12 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 41
9.13 PRESCRIPCIÓN 41
9.14 SECUENCIA EN LA INDEMNIZACIÓN 41
ARTICULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES **43**
LEYES APLICABLES 43

1. OBJETO DEL SEGURO

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

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

Accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y cuyo primer gasto y/o primera atención médica ocurra dentro de los treinta 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 15 días siguientes al accidente se considerará como enfermedad.

Para los padecimientos de columna vertebral y rodilla, sólo se considerarán accidentes amparados cuando exista fractura, rotura completa de ligamentos o en caso de politraumatizados.

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

2.3 ASEGURADO

Persona física residente en Territorio Nacional, que se indica en la carátula de la Póliza y ha sido aceptada por Allianz para tener derecho a los beneficios del presente contrato; comprende al Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

2.4 ASEGURADO TITULAR

Persona física con plena capacidad de goce y de ejercicio, residente en Territorio Nacional, responsable del pago de los gastos médicos propios y, en su caso, los de sus Dependientes. Asimismo, tiene la obligación de declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y de firmar como responsable en la solicitud.

2.5 ASEGURADO NACIDO FUERA DE VIGENCIA

Persona incluida en la póliza que cumpla con lo siguiente:

- No se haya solicitado su Alta dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento o;
- Que la Madre Asegurada no cumpla con 10 meses de cobertura ininterrumpida en la presente póliza a partir de la Fecha de Alta en Allianz.

2.6 AÑO PÓLIZA

El período de 12 (doce) meses consecutivos que comienza a partir de la fecha de inicio de vigencia hasta la misma fecha del año siguiente.

2.7 COASEGURO

Cantidad a cargo del Asegurado, resultado de aplicar el porcentaje señalado en la carátula de la Póliza, o el indicado expresamente en el padecimiento, procedimiento o cobertura aplicable, sobre los gastos médicos amparados que excedan al Deducible contratado.

2.8 CONTRATANTE

Persona física mayor de edad o moral que solicitó la celebración del presente contrato para sí y/o para terceras personas, con la obligación del pago de la Prima.

2.9 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular.

2.10 CUIDADOR O CUIDADORA

Persona física que proporciona asistencia directa a una persona con limitación parcial o total para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, derivadas de incapacidad física y/o mental. Podrá contar o no con cédula profesional en el área de la salud para el desempeño de estas funciones.

2.11 CULPA GRAVE

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

2.12 DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del Asegurado que se señala en la carátula de la Póliza que se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente.

Este debe ser pagado por cada Asegurado cuando la suma de los gastos procedentes acumulados en el año póliza, rebase el deducible contratado.

2.13 DEPENDIENTES

Cónyuge e hijos, así como cualquier otra persona, que dependa económicamente del Asegurado Titular y que sean residentes en Territorio Nacional, siempre que hayan sido aceptados por Allianz y conste por escrito en la carátula de la Póliza.

2.14 ENDOSO

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

2.15 ENFERMEDAD AMPARADA

Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado, cuyo inicio, así como el primer gasto y/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.

2.16 ENFERMERA

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos, es decir, que cuente con la cédula profesional correspondiente para tal efecto.

La enfermera no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.17 EPIDEMIA

La incidencia de más casos de lo esperado de cierta Enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o la Secretaría de Salud Federal del Gobierno Mexicano, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

2.18 EVENTO

Todo accidente, enfermedad o maternidad amparados, incluyendo sus complicaciones.

2.19 FECHA DE ALTA

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado entra a Allianz e inician los beneficios de cada Asegurado, esta se indica en la carátula de la Póliza.

2.20 FECHA DE ANTIGÜEDAD

Corresponde a la fecha que Allianz puede reconocer al Asegurado al haber estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores en esta u otra compañía de seguros. En caso de que la Compañía decida reconocer la antigüedad del Asegurado lo hará expresamente al momento de la contratación del seguro y la Fecha de Antigüedad se indicará en la carátula de póliza.

En caso de no contar con los requisitos para reconocer antigüedad, la fecha de Antigüedad será igual a fecha de Alta del Asegurado.

Este concepto aplicará únicamente para los padecimientos cubiertos con periodo de espera.

2.21 FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

2.22 GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Son los gastos estrictamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de eventos amparados, 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.

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

2.23 GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA)

Es el monto máximo que Allianz indemnizará para cada uno de los gastos incurridos en el diagnóstico y tratamiento de cada evento amparado por la póliza.

2.24 HOSPITAL O SANATORIO

Toda aquella Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con médicos y enfermeras titulados las 24 horas del día. **No se considera hospital a casas para ancianos, casas de descanso, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros similares.**

2.25 INSTRUMENTISTA

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

2.26 MÉDICO TRATANTE

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, con cédula profesional de la especialidad correspondiente y certificado vigente emitido por el Consejo Médico de la especialidad, quien tiene a su cargo la atención directa del Asegurado.

El médico tratante no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a), cónyuge o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.27 MÉDICO AYUDANTE

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

2.28 MATERNIDAD SUBROGADA

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados y que concluye con la terminación del embarazo.

2.29 PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Son todos aquellos padecimientos y/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.
- Aquellos 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.

La Institución podrá considerar una reclamación o enfermedad como preexistente cuando cuente con las pruebas señaladas en los siguientes casos:

a) Que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, con el que se llegue a determinar la preexistencia de la enfermedad.

b) Cuando la Institución de Seguros cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, facultando incluso a la Institución para requerir al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del **Artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:**

> *"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."*

Si como parte del proceso de suscripción, Allianz solicita a alguno de los asegurados someterse a un examen médico con la finalidad de detectar alguna enfermedad o padecimiento preexistente, dicho padecimiento o enfermedad no será considerado preexistente si no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2.30 PADECIMIENTO CONGÉNITO

Enfermedad o malformación que tuvo su origen en el periodo de gestación, independientemente de que sea evidente al nacimiento o se manifieste con posterioridad.

Las diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

2.31 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 evento amparado por la Póliza, siempre que requiera, de forma justificada, de más de 24 horas de hospitalización y Allianz cuente con la información necesaria para determinar el dictamen del siniestro.

2.32 PERIODO DE ESPERA

Periodo que debe transcurrir en forma ininterrumpida a partir de la Fecha de Alta en la Póliza de cada Asegurado, o de la Fecha de Antigüedad, con el fin de que sean cubiertas las enfermedades señaladas expresamente en la tabla de beneficios y en el apartado de Padecimientos Cubiertos Después de Cumplir con un Periodo de Espera.

En cualquier caso, los padecimientos con periodo de espera quedarán cubiertos si la fecha de inicio del padecimiento y el primer gasto son posteriores al periodo de espera indicado en la tabla de beneficios, contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado indicado en la carátula de la Póliza.

Cáncer será la única Enfermedad cubierta que se amparará una vez cumplido el periodo de espera en la tabla de beneficios siempre y cuando la fecha de inicio del padecimiento y primer gasto sean posteriores al alta en esta póliza.

2.33 PÓLIZA

Documento integrado por la carátula, las presentes Condiciones Generales, Tabla de Beneficios, endosos y cláusulas adicionales agregadas o que en su momento se agreguen al contrato de seguro.

2.34 POLITRAUMATIZADO Y/O POLITRAUMATISMO

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

2.35 PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTE

Actividades físicas por las cuales el Asegurado recibe una remuneración económica.

2.36 PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Personas físicas o morales con facultades legales para ofrecer servicios médicos al Asegurado, que incluyen, entre otros: hospital, sanatorio, laboratorio médico, farmacia, médico tratante, médico ayudante, instrumentista y enfermera.

Los Prestadores en Convenio se pueden consultar en la página de internet **allianz.com.mx.** Dicho conjunto podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.

2.37 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS

Servicio mediante el cual el Asegurado recibe la autorización de Allianz del Pago Directo previa a su intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, en cualquier hospital y/o con cualquier médico con el que Allianz haya establecido convenio, limitándose el Asegurado a cubrir solamente el Deducible, Coaseguro, gastos personales y/o no relacionados, que en su caso apliquen.

2.38 PRÓTESIS

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.

2.39 PRÓTESIS BIÓNICA

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.

2.40 REEMBOLSO

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

2.41 SALUD

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

2.42 TABLA DE BENEFICIOS

Listado que forma parte de la documentación contractual de la póliza que incluye las especificaciones de los gastos médicos cubiertos por Allianz en caso de ser procedentes.

2.43 URGENCIA MÉDICA

Situación en la que un padecimiento o accidente cubierto por la Póliza pone en peligro la vida, la viabilidad de alguno de los órganos o la integridad corporal del Asegurado, requiriendo atención médica inmediata dentro de las siguientes 24 horas. Es necesario que el Asegurado ingrese por el área de urgencias del hospital.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Urgencia Médica.

3. CONTRATO

3.1 BASES DEL CONTRATO

La póliza es prueba fehaciente del contrato de seguro celebrado entre el Contratante, los Asegurados y Allianz. El Contratante o en su caso, el Asegurado Titular, estará obligado a manifestar por escrito a Allianz cualquier cambio en la ocupación y/o residencia del Asegurado, 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.

3.2 COSTO DE ADQUISICIÓN

El Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución que le informe el porcentaje de la Prima correspondiente al intermediario o persona moral por concepto de comisión o compensación directa. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo máximo de 10 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud.

3.3 OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Es obligación del Asegurado Titular declarar por escrito a Allianz en la solicitud de seguro y/o el cuestionario médico que forma parte de la Póliza, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

3.4 AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado Titular o Contratante deberá notificar a Allianz por escrito, dentro de las primeras 24 horas en que tenga conocimiento, cualquier cambio de residencia, ocupación o actividad de los Asegurados que figuren en la póliza, incluyendo sus Dependientes. Allianz analizará el nuevo riesgo y, en caso de aceptarlo, cobrará la extraprima correspondiente o excluirá las enfermedades o accidentes derivados del mismo.

Si el Asegurado Titular o Contratante no notifica por escrito la agravación del riesgo, o no remite

en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados al siniestro con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, Allianz no tendrá obligación de cubrir 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 Contratante, 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 algún 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.

3.5 RESCISIÓN DEL CONTRATO

El 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 Asegurado Titular para la apreciación correcta del riesgo que se asume, respecto del Asegurado Titular 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 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 excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el Artículo anterior" (Refiriéndose al Artículo 69 de la misma Ley).

3.6 RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

(Transcripción del **Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

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

3.7 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 bajo los siguientes requisitos:

a) Presentar por escrito una solicitud de rehabilitación.
b) Presentar los requisitos de asegurabilidad que Allianz determine para la evaluación de su estado de salud.

Allianz analizará la información y determinará si autoriza la rehabilitación y en qué condiciones, respetando la vigencia originalmente pactada. Las condiciones con las que se rehabilitará la

póliza podrán implicar que se incluyan, modifiquen y/o eliminen endosos en la póliza.

En ningún caso, Allianz tendrá obligación de cubrir ningún gasto médico por reclamaciones de accidentes o enfermedades amparadas ocurridas durante el periodo comprendido una vez concluido el periodo de gracia y el día en que surta efecto la rehabilitación.

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.

3.8 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 o el Asegurado Titular y Allianz, a través de cláusulas adicionales y endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los beneficios ganados por antigüedad mencionados en el apartado de padecimientos cubiertos después de cumplir con un periodo de espera de estas condiciones generales, no serán afectados con las modificaciones al contrato siempre y cuando el nuevo plan contratado los contemple y el Contratante y/o Asegurado proporcionen la información y documentación requerida por la Institución de Seguros para tal efecto.

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.

3.9 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 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 suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, a partir de la negativa de Allianz a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

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

Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones 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 (800) 1111 200 Ext. 3039

www.allianz.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle, Ciudad de México C.P. 03100
asesoria@condusef.gob.mx

Tel. (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80

www.gob.mx/condusef

3.10 NOTIFICACIONES

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.**

3.11 ZONA DE COBERTURA

Para efectos de este Contrato de Seguro solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante o Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a la Compañía el lugar de residencia de los Asegurados cuando estos no vivan en el mismo domicilio, así como el cambio de residencia de estos.

3.12 DEDUCIBILIDAD

Las Primas del presente contrato son deducibles de impuestos en términos del **Artículo 151, fracción VI, de la ley del Impuesto Sobre la Renta.**

> "Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:
>
> Fracción VI: Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta."

3.13 CLÁUSULA DE SANCIONES Y EMBARGOS

La Compañía no estará obligada a otorgar cobertura ni a indemnizar reclamación o beneficio alguno derivado de esta póliza en la medida en que ello implicara quedar expuesta a sanciones, prohibiciones o restricciones establecidas en resoluciones de las Naciones Unidas y/o en sanciones económicas o mercantiles de la Unión Europea, los Estados Unidos de América o cualquier otra jurisdicción con tratado internacional en la materia celebrado con México.

3.14 COMUNICACIONES

Allianz dirigirá todo aviso o notificación relacionado con este Contrato de Seguro, al último domicilio del Contratante registrado en los archivos de la compañía. En todo caso, se entenderá que Allianz ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga

al Contratante o al último domicilio registrado del Contratante.

Cualquier aviso o notificación que el Asegurado deba o desee hacer a la compañía, lo deberá hacer por escrito con los requisitos que establezca Allianz o por vía telefónica, bajo las condiciones autorizadas por la compañía.

Allianz y el Contratante podrán convenir el uso de medios electrónicos, de cómputo o de telecomunicaciones en la celebración de operaciones, prestación de servicios y demás servicios que deban darse en relación con este Contrato, en los términos de lo dispuesto en el **Artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas** que a la letra dice:

> "La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las instituciones de seguros, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los Contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:
>
> I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
>
> II. Los medios de identificación del usuario y las responsabilidades correspondientes a su uso, y
>
> III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate.
>
> Lo anterior se regula a través del documento denominado "Términos y Condiciones para el uso de Medios Electrónicos" cuya versión vigente se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica **www.allianz.com.mx**
>
> (Inicio / Legales /oferta de productos Salud /Segura con Allianz / Legales Allianz).
>
> El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.
>
> La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas."

El contenido de las grabaciones producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo valor probatorio, y serán propiedad exclusiva de Allianz.

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 **00:00 hrs. de la fecha de inicio.**

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 **00:00 hrs. del día indicado como fin de vigencia** o antes en los casos previstos en estas Condiciones Generales.

4.3 RENOVACIÓN

A partir de la terminación de este contrato, Allianz estará obligada a renovarlo, con condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza originalmente contratada, sin importar las Enfermedades y/o Accidentes amparados reclamados por el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes en la vigencia de la Póliza.

Las renovaciones se ofrecerán en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de riesgos en detrimento del asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el asegurado. Se respetarán los periodos de espera definidos en la Póliza original si es que eran menores a los estipulados en la renovación. Asimismo, no se podrán reducir los límites específicos indicados en cada cobertura.

El Deducible, topes de Coaseguro y Sumas Aseguradas podrán actualizarse anualmente en proporción al incremento que presenten los costos de los insumos médicos y de los servicios proporcionados por prestadores médicos privados.

En cada renovación anual, la prima podrá ajustarse con fundamento en los parámetros actuariales previstos en la nota técnica del producto registrada ante la autoridad competente. Dichos ajustes responderán, a los siguientes factores:

- La edad en la fecha de renovación de la póliza y el sexo del asegurado.
- La evolución de la siniestralidad y la experiencia de la cartera asegurada.
- Las características del plan por renovar (suma asegurada, deducible, coaseguro, zona, nivel hospitalario, tabulador médico).
- Las variaciones en los costos médicos privados, incluyendo insumos, servicios, honorarios médicos y costos hospitalarios del sector médico privado.
- Cambios en las condiciones del mercado o variaciones en los costos del sistema de salud privado.
- Cualquier otro factor técnico necesario para preservar la suficiencia y el equilibrio del producto, tales como contingencias epidemiológicas, desviaciones en la mortalidad o morbilidad, o cambios en el entorno regulatorio o sanitario.

Los ajustes de prima se calcularán mediante la metodología actuarial prevista en la nota técnica registrada, la cual define los parámetros, supuestos y procedimientos aplicables para su determinación y actualización.

La renovación garantizada del contrato otorga al asegurado el derecho a renovar la póliza en cada período de vigencia conforme a las condiciones aplicables. Esta garantía no implica que la prima permanezca fija, por lo que podrá ser ajustada de acuerdo con los factores señalados en la presente cláusula y lo dispuesto en la nota técnica correspondiente.

Allianz informará la renovación de la Póliza al Contratante con al menos veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

Para efectos de celebrar la renovación de este contrato, el Contratante deberá manifestarlo expresamente y por escrito durante los treinta días anteriores al fin de vigencia de la Póliza. Asimismo, el Contratante o el Asegurado podrá notificar su voluntad de no renovarlo dentro de los primeros veinte días hábiles antes del vencimiento de la Póliza.

4.4 EDAD

La edad máxima de aceptación en este contrato es de 60 años para el Asegurado Titular y para sus Dependientes.

En la renovación no habrá límite de edad de aceptación para el Asegurado Titular y para sus Dependientes, por lo que la cobertura se considerará vitalicia para éstos, conforme a lo estipulado en la cláusula de renovación garantizada.

Los Dependientes económicos de nuevo ingreso en cualquiera de las renovaciones estarán sujetos a la edad máxima de aceptación de este contrato.

4.5 TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Asegurado o Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato de seguro presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Allianz o por las mismas vías por las que se llevó a cabo la contratación.

Allianz se cerciorará de la autenticidad y veracidad de la identidad del Asegurado o 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 Asegurado o 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 caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Allianz devolverá al Contratante el 60% de la Prima neta pagada no devengada correspondiente, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada.

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

5. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

5.1 PRIMAS

En la carátula de la Póliza se presenta 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 Periodo de Gracia.

El derecho de póliza debe ser pagado en el primer recibo, lo cual lo diferencia de los recibos subsecuentes en el caso de pago en parcialidades.

La estructura de la tarifa de Allianz es por edad y sexo.

Los incrementos de tarifa entre las diferentes edades y sexos corresponden a la experiencia de la cartera.

5.2 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.

5.3 VENCIMIENTO

La Prima debe pagarse en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Para pagos fraccionados, cada fracción deberá pagarse en la fecha de inicio de cada periodo.

5.4 LUGAR DE PAGO

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 **Rehabilitación de la póliza, Vencimiento y 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, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto Allianz entregue el recibo correspondiente al Contratante.

5.5 PERIODO DE GRACIA

(Transcripción del **Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**)

> "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.
>
> Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley."

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.

5.6 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 Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra compañía, o bien, presentar Carta de Siniestralidad en papel membretado de la otra compañía.

5.7 INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

a) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la Póliza y que, a la fecha esperada de nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de haberse dado de alta en la Póliza, quedarán asegurados desde su nacimiento sin requisitos de salud, **siempre y cuando se notifique por escrito a Allianz dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, acompañando a la solicitud, la documentación necesaria para demostrar la fecha de nacimiento.**

La inclusión de estos Dependientes sin requisitos de salud no estará supeditada a que el evento de maternidad haya estado cubierto conforme a las condiciones establecidas en la presente Póliza.

b) Los hijos del Asegurado que nazcan durante la vigencia de la Póliza y que, a la fecha esperada de nacimiento, la madre cuente con menos de 10 meses de haberse dado de alta en la Póliza, deberán solicitar su cobertura en la Póliza y presentar las pruebas de su condición de salud para determinar su aceptación.

c) La aceptación de cualquier otro Dependiente del Asegurado Titular quedará sujeta a las condiciones de salud y ocupación que presente al momento de su inclusión.

5.8 CAMBIO DE CONDICIONES

Únicamente a la renovación de la póliza, el Contratante podrá solicitar modificaciones a las condiciones del contrato, apegándose a aquellas que Allianz tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y presentando los requisitos que Allianz le solicite para tal efecto. Allianz podrá aceptar o rechazar las modificaciones solicitadas.

En caso de que Allianz acepte el cambio solicitado por el Contratante, los siniestros se pagarán con la Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Zona y Plan de la póliza vigente al momento del gasto.

6. NOTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Mediante este beneficio la Compañía otorga a los Asegurados, previo a la realización de cualquier intervención quirúrgica o Tratamiento médico cubierto, una valoración con médicos pertenecientes a la red del Servicio Allianz Concierge.

El Asegurado tiene acceso a los siguientes beneficios con el programa de Allianz Concierge:

- Consultas de Atención Primaria: Mediante este beneficio quedan cubiertos los honorarios médicos por concepto de consulta de medicina general, de forma ilimitada, siempre y cuando el Asegurado cuente con un diagnóstico o cuente con algún imprevisto médico como puede ser de manera enunciativa mas no limitativa, un dolor fuerte de cabeza, estómago, muscular, garganta u oídos, mareo, vértigo, dificultad respiratoria leve, heridas o quemaduras leves, ardor o sangrado en la orina, vómito, diarrea o fiebre, alergias, dermatológicas, esguinces o fracturas no expuestas. Es necesario que el Asegurado programe sus consultas con el Proveedor de servicios ALLIANZ Concierge , siguiendo los pasos mencionados en los materiales de apoyo los cuales se indican en la página **allianz.com.mx**

El Asegurado será responsable de **15% de coaseguro** indicado en la carátula de la póliza, para los gastos procedentes de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, siempre y cuando la atención médica haya sido referenciada por los proveedores del servicio Allianz Concierge, **en caso contrario se aplicará un coaseguro del 35%, sin aplicar tope de Coaseguro.**

Adicional **si el Asegurado se atiende en un hospital fuera de convenio, aplicará un coaseguro del 35%,** para los gastos procedentes de médicos y hospitales relacionados con el reclamo, sin aplicar tope de Coaseguro. Estos gastos serán tramitados vía reembolso.

Todos los casos mencionados anteriormente será necesario el pago del deducible correspondiente.

Para los casos que se aplique un coaseguro diferente de 15% no aplicará tope de Coaseguro. Esta póliza tiene cobertura en la zona geográfica detallada en la carátula de la póliza, siempre dentro del territorio de la República Mexicana, por lo que Allianz ampara los gastos médicos erogados en Territorio Nacional, que se originen por la atención de todas las enfermedades o accidentes que no estén expresamente excluidos por esta Póliza, con los límites indicados en la tabla de beneficios.

En caso de requerir cualquier cuidado médico y/o tratamiento ya sea dentro o fuera de los hospitales y/o prestadores en convenio, el Asegurado deberá cumplir con las indicaciones de los médicos del canal Allianz Concierge.

7. COBERTURA BÁSICA

La cobertura para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año póliza. Para efectos de este producto se consideran dos grupos de padecimientos:

a) **Cobertura Total**, el cual incluye los siguientes padecimientos:
   - Accidentes
   - Complicaciones del embarazo
   - Endo y miocarditis
   - Cirugías de corazón

- Infarto de miocardio
- Meningitis
- Ataque al corazón
- Aneurisma Cerebral
- Cáncer
- Arteriopatía coronaria
- Neumonía
- COVID-19
- Amigdalitis
- Cálculos renales
- Apendicitis
- Colecistitis
- Pancreatitis
- Trasplante de órganos

b) **Cobertura Eficiente** este grupo incluye: Padecimientos cubiertos y que no se enlisten en la Cobertura Total.

Las especificaciones se encuentran indicados en la Tabla de Beneficios.

7.1 SERVICIOS DE HOSPITAL

1. Cuarto privado estándar con cama extra para un 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.

Así como todo lo indicado en la tabla de beneficios.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el apartado Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.1.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE SERVICIOS DE HOSPITAL

Los estudios hechos a posibles donadores de sangre no serán cubiertos.

7.2 SERVICIOS MÉDICOS

a) Consultas del médico tratante.

b) Tratamientos quirúrgicos o médicos indicados o realizados por el médico tratante, **hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención.** El monto máximo por reembolsar para los tratamientos quirúrgicos más comunes podrá ser consultado en **www.allianz.com.mx** en Servicios al cliente-tabuladores. En caso de que el procedimiento

no se encuentre en el listado proporcionado por la Compañía, el Asegurado podrá solicitar por escrito la información, para lo cual deberá contar con un siniestro abierto y proporcionar el informe médico correspondiente al procedimiento a realizar. La respuesta será proporcionada por la Compañía en un lapso no mayor a cinco días hábiles.

Entre los tratamientos médicos se tendrán las terapias de rehabilitación, las cuales cubrirán siempre y cuando sean medicamente necesarias y de un padecimiento cubierto y tengan la finalidad de restaurar la salud del Asegurado, se cubrirán única y exclusivamente las siguientes Terapias de rehabilitación: hidroterapia, neurorehabilitación, neurodesarrollo, inhaloterapia o fisioterapia pulmonar y rehabilitación cardiaca. El límite de sesiones para este tipo de terapias se encuentra indicado en la Tabla de beneficio, y se cubrirá únicamente este límite independientemente del tipo de terapia.

Asimismo, se cubrirán las terapias físicas que sean prescritas por el médico tratante hasta los límites indicados en la Tabla de Beneficios.

Este beneficio es adicional a las sesiones de terapia de rehabilitación.

c) Los honorarios de Anestesiólogos se cubrirán hasta por el 30% de lo reembolsado por concepto de honorarios del cirujano.

d) En caso de requerirse un Primer Ayudante, éste será valorado acorde al diagnóstico motivo del siniestro, y de ser autorizado, quedará cubierto hasta por un 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, lo cual implica 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.

h) Si la indemnización de los honorarios médicos se realiza por medio de un médico perteneciente a la Red de Allianz vía Pago Directo, Allianz le garantiza al Asegurado que no pagará diferencia alguna por este concepto.

7.3 GASTOS DENTRO O FUERA DEL HOSPITAL

Los siguientes gastos se cubrirán hasta el Gasto Usual y Acostumbrado siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante:

1. Laboratorio, gabinete e imagenología.
2. Medicamentos y materiales de curación.
3. Prótesis funcional.

   Allianz, podrá pagar hasta la Suma Asegurada en la tabla de beneficios, la prótesis inicial siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo como una prótesis de extremidad o que sean requeridas durante un procedimiento quirúrgico.

   Se excluyen las reposiciones de prótesis existentes a la fecha del Accidente o Enfermedad amparada.

   Será necesaria la notificación de atención médica.
4. Equipo ortopédico. Se cubre de acuerdo con lo indicado en la tabla de beneficios.

   Será necesaria la notificación de atención médica.
5. Renta de cama tipo hospital.

   Será necesaria la notificación de atención médica.
6. Gastos originados por consumo de Oxígeno.

   Será necesaria la notificación de atención médica.
7. Estudios de laboratorio que sirvan para diagnosticar una enfermedad amparada.

   Se excluyen los gastos originados por estudios no relacionados con el diagnóstico de la Enfermedad amparada.
8. Enfermera: quedan cubiertos los montos correspondientes a honorarios de enfermería, legalmente autorizada para ejercer su profesión, que bajo prescripción del Médico tratante, sean necesarios para los siguientes servicios que se enlistan, pero no limitan: administración de Medicamentos que requieren manejo, preparación y/o administración especializados, rehabilitación pulmonar, alimentación parenteral domiciliaria. De acuerdo con la tabla de beneficios.

7.4 COBERTURA DE TRASPLANTES

Estarán cubiertos los trasplantes de órganos: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado, médula ósea y córnea, hasta los límites indicados en la tabla de beneficios y de 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.

Solo se cubre el primer intento de trasplante de órganos.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el apartado de Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

7.4.1 EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TRASPLANTES

- **Se excluyen todos los estudios de compatibilidad entre donante y receptor.**
- **Cualquier tratamiento médico o quirúrgico del donante, posterior al evento del trasplante, así como sus complicaciones.**
- **Cualquier trasplante de órgano no humano. Lo anterior incluye, pero no se limita a: órganos de otra especie animal, órganos mecánicos, transgénicos o transitorios.**

7.5 TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTE

Los tratamientos médicos o quirúrgicos maxilofaciales, así como los necesarios para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, estarán cubiertos, siempre y cuando sean a consecuencia directa de un Accidente y el primer gasto se realice dentro de los primeros 15 días posteriores al Accidente.

7.6 PADECIMIENTOS CUBIERTOS DESPUÉS DE CUMPLIR CON UN PERIODO DE ESPERA

Algunos beneficios cubiertos están sujetos a períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en la Tabla de Beneficios. Esto significa que el Asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios cubiertos que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera específico correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios.

En cualquier caso, los padecimientos con periodo de espera quedarán cubiertos si la fecha de inicio del padecimiento y el primer gasto son posteriores al periodo de espera indicado en la tabla de beneficios, contados a partir de la Fecha de Antigüedad del Asegurado indicado en la carátula de la Póliza.

Cáncer será la única Enfermedad cubierta que se amparará una vez cumplido el periodo de espera en la tabla de beneficios; siempre y cuando la fecha de inicio del padecimiento y primer gasto sean posteriores al alta en esta póliza.

7.7 COBERTURA DE PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Los padecimientos preexistentes que sean declarados al momento de llenar el cuestionario médico de la Póliza estarán sujetos al análisis de la compañía, y podrán cubrirse de acuerdo con los criterios indicados por Allianz.

Allianz se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del asegurado de conformidad con el **Artículo 47 (cuarenta y siete) de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

7.8 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 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.**

La suma asegurada será la de la cobertura Eficiente indicada en la tabla de beneficios.

Se aplican deducible y coaseguro contratados (establecidos en la carátula de la póliza).

7.9 MATERNIDAD INDEMNIZATORIA

Allianz indemnizará la Suma Asegurada especificada en la carátula de póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada, a la fecha esperada del nacimiento, cuente con al menos 10 meses de cobertura ininterrumpida, contando a partir de su Fecha de alta en esta póliza.

Este beneficio aplica por embarazo, únicamente para mujeres entre 18 y 44 años.

Allianz podrá adelantar el pago de la indemnización correspondiente, siempre que se presente el ultrasonograma e informe médico que demuestre que el producto tiene al menos 29 semanas de gestación.

En Caso de pagar el parto o cesárea por medio de la complicación del embarazo ya no aplica la Suma Asegurada de maternidad indemnizatoria. Si la complicación se presenta posterior al haber pagado la indemnización, se descontará al monto cubierto.

7.9.1 COMPLICACIONES DE EMBARAZO

Única y exclusivamente quedarán cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de la Madre Asegurada que se generen a consecuencia de las siguientes Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses cumplidos de cobertura continua en la presente Póliza a la fecha en que se presente la complicación:

- Embarazo extrauterino
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Mola hidatiforme (embarazo molar).
- Sepsis puerperal (fiebre puerperal).
- Atonía Uterina.
- Placenta previa.
- Placenta acreta.
- Óbito.

- Diabetes gestacional.
- Púrpura trombocitopénica.
- Enfermedad o condición médica ginecoobstétrica que requiera manejo de cerclaje.

En caso de pagar el parto o cesárea por medio de la complicación. Aplica deducible y coaseguros contratados.

7.9.2 COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO

Se cubren los nacimientos prematuros, así como los padecimientos congénitos al nacimiento siempre y cuando la madre cumpla con un periodo de espera de 10 meses.

La Suma Asegurada para este beneficio será la especificada en tabla de beneficios, se aplican deducible y coaseguro establecidos en la carátula de la póliza.

Es necesario dar de alta al Recién Nacido dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, mediante la obligación del pago de la prima correspondiente. La inclusión de estos Dependientes sin requisitos de salud será siempre y cuando, a la fecha esperada del nacimiento, la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura ininterrumpida, contada a partir de su Fecha de Alta en esta póliza y no estará supeditada a que el evento de maternidad haya estado cubierto conforme a las condiciones establecidas en la presente póliza, por la limitante en la edad de la madre.

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

Para esta cobertura, además de lo establecido en el apartado de Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

- **Nacimientos prematuros, padecimientos congénitos y demás complicaciones del recién nacido, cuando éste haya sido gestado mediante Maternidad Subrogada conforme a la definición prevista en el punto 2.28 de estas Condiciones Generales.**

7.10 SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Allianz ofrece al Asegurado, sin costo alguno y sin que esto represente una responsabilidad ineludible, una segunda opinión médica para confirmar cualquier evento quirúrgico con médicos especialistas afiliados a Allianz, que de ninguna manera participarán en la cirugía. **Para obtener este beneficio será necesario tener un siniestro abierto y se deberá contactar a Allianz a través del Agente de Seguros.**

7.11 DEPORTES Y ACTIVIDADES PELIGROSAS INCLUIDAS

Se cubren los gastos médicos erogados a consecuencia de accidentes o lesiones derivadas de la práctica no profesional, recreativa y ocasional de deportes y actividades peligrosas, donde se corrobore que durante el evento el asegurado cuente con el equipo de protección necesario para la actividad y que esta se lleve a cabo de manera correcta en los lugares adecuados e indicados de acuerdo con el deporte y/o actividad realizada. Es necesario no adicionar factores que incrementen el riesgo inherente al deporte y/o actividad peligrosa. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

a) Deportes de carácter formativo que se practican durante la infancia con el fin de desarrollar las capacidades motrices y funcionales, tales como:

- Artes marciales: aikido, hapkido, jiu jitsu, judo, karate, kung fu, sumo, tae kwon do, budo, kali, jendo y kobudo.

b) Deportes recreativos y de salud que buscan optimizar el bienestar y la calidad de vida, tales como:

- Deportes de conjunto: baloncesto, fútbol soccer, fútbol americano, béisbol, hockey, voleibol y waterpolo.
- Deportes Individuales: golf, tenis u otros deportes con raqueta similares, atletismo, ciclismo, gimnasia, natación, gimnasio, fitness y crossfit.

c) Actividades que realice el Asegurado cuando se encuentre de vacaciones, tales como: Rapel, tirolesa, espeleología, parapente, vuelo en ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, salto tándem, viaje en globo aerostático, paseo a caballo, ciclismo de montaña, buceo, rafting, esquí acuático y esquí en nieve, siempre y cuando estas actividades sean realizadas bajo la supervisión de un instructor.

d) Actividades ocasionales en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, cuando hayan sido rentados con fines recreativos o vacacionales.

e) Actividades ocasionales en motos acuáticas, jet ski, wave runner u otros vehículos acuáticos de motor similares.

7.12 GARANTÍA DE CONVERSIÓN A "ALLIANZ MEDIMAXX INTEGRAL"

7.12.1 DERECHO DE CONVERSIÓN

Allianz otorga al Asegurado Titular el derecho de solicitar, para sí y de manera conjunta para todos los Dependientes asegurados bajo la presente Póliza, la conversión de la cobertura al producto comercialmente denominado **"Allianz MediMaxx integral"**, a partir de la renovación de la Póliza en la que el Asegurado Titular cumpla 40, 45 o 50 años de edad.

Este derecho podrá ejercerse en cualquiera de dichas renovaciones. El no ejercerlo en una de ellas no extingue el derecho de ejercerlo en la(s) renovación(es) subsecuente(s) que correspondan conforme al párrafo anterior, sin que en ningún caso pueda ejercerse con posterioridad a la renovación en la que el Asegurado Titular cumpla 50 años de edad.

Para esta conversión, el Asegurado Titular y cada uno de los Dependientes deberán completar el cuestionario médico que Allianz determine para tal efecto. No será necesario presentar pruebas de asegurabilidad adicionales (exámenes médicos, de laboratorio o de gabinete).

Independientemente de lo que resulte del cuestionario médico o del estado de salud del Asegurado Titular o de los Dependientes al momento de la conversión, Allianz estará obligada a aceptar la inclusión del Asegurado Titular y de todos los Dependientes en la nueva póliza de **"Allianz MediMaxx integral"**, así como no podrá excluir, rechazar, restringir ni sujetar a exclusión específica ningún Accidente, Enfermedad o Padecimiento que, a la fecha de conversión, se encontrara cubierto, aceptado o amparado conforme a las condiciones de la presente Póliza.

7.12.2 CONDICIONES DE LA NUEVA PÓLIZA

La nueva póliza de **"Allianz MediMaxx integral"** se emitirá, para cada Asegurado, bajo las opciones de suma asegurada, plan, deducible, coaseguro y tabulador de honorarios médicos disponibles en dicho producto que resulten más equivalentes a las contratadas en la presente Póliza al momento de la conversión. El Contratante podrá optar por una suma asegurada superior

a la equivalente, sujeto al pago de la prima correspondiente conforme a las tarifas vigentes de **"Allianz MediMaxx integral"** para la edad, zona y plan de cada Asegurado.

7.12.3 RECONOCIMIENTO DE ALTA Y ANTIGÜEDAD

Para efectos de periodos de espera y demás beneficios sujetos a antigüedad continua, se reconocerá como Fecha de Alta y Fecha de Antigüedad de cada Asegurado, en la nueva póliza de **"Allianz MediMaxx integral"**, la Fecha de Alta y Fecha de Antigüedad que dicho Asegurado tuviera registrada en la presente Póliza. En consecuencia, no se exigirá el cumplimiento de nuevos periodos de espera respecto de los padecimientos que, a la fecha de conversión, ya hubieran cubierto o estuvieran corriendo su periodo de espera conforme a la presente Póliza.

7.12.4 CONTINUIDAD DE COBERTURA PARA ACCIDENTES O ENFERMEDADES

Para efectos de periodos de espera y demás beneficios sujetos a antigüedad continua, se reconocerá como Fecha de Alta y Fecha de Antigüedad de cada Asegurado, en la nueva póliza de **"Allianz MediMaxx integral"**, la Fecha de Alta y Fecha de Antigüedad que dicho Asegurado tuviera registrada en la presente Póliza. En consecuencia, no se exigirá el cumplimiento de nuevos periodos de espera respecto de los padecimientos que, a la fecha de conversión, ya hubieran cubierto o estuvieran corriendo su periodo de espera conforme a la presente Póliza.

Para esta cobertura, además de lo establecido en el apartado de Exclusiones Generales de estas Condiciones Generales, aplican las siguientes exclusiones:

- **Los Accidentes o Enfermedades que, conforme a las condiciones de la presente Póliza —incluyendo lo resuelto en su suscripción original—, se encuentren expresamente excluidos, no hayan sido aceptados o hayan sido objeto de rechazo o restricción de cobertura, incluyendo por motivo de Padecimientos Preexistentes no aceptados o no declarados en la solicitud original de la presente Póliza.**
- **Cualquier complicación derivada del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones señalados en el inciso anterior, aun cuando dicha complicación sea considerada Urgencia Médica.**

8. EXCLUSIONES GENERALES

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

1. **Cualquier enfermedad cuyo primer gasto se presente dentro de los primeros treinta días de vigencia de la Póliza, salvo los casos de urgencias médicas de enfermedades no preexistentes, así como accidentes. Esta exclusión no aplica para renovaciones o para Pólizas que cuenten con Endoso de antigüedad.**

2. **Lesiones del Asegurado, que se produzcan por participar en servicio militar, mítines, marchas, alborotos populares, manifestaciones, actos de guerra, terrorismo, rebelión o insurrección.**

3. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en el apartado de Tratamiento Dentales por Accidente.**

4. **Tratamiento médico o quirúrgico que requiera el Asegurado cuando se**

originen a consecuencia del uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso.

5. **Todas las secuelas y complicaciones derivadas del uso de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier otra sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso.**

6. **Lesiones que sufra el Asegurado derivadas de accidentes que resulten por culpa grave de este, al encontrarse bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, o cualquier sustancia o droga ingerida sin prescripción médica y que tenga efecto estimulante o depresor del sistema nervioso. El sólo hecho de ser responsable del Accidente al encontrarse bajo los efectos de las sustancias mencionadas sin prescripción médica se considerará culpa grave. La utilización de estas sustancias se determinará mediante estudios periciales que incluyen, pero no se limitan a estudios toxicológicos, actuaciones del Ministerio Público completas y/o mediante documentos en los que se deje constancia de uso de dichas sustancias.**

7. **Lesiones sufridas por acciones realizadas por el Asegurado, 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.**

8. **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.**

9. **Tratamientos y estudios psiquiátricos o psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos de la conducta 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.**

10. **Tratamientos y estudios relacionados con trastornos del aprendizaje y del lenguaje, cualquiera que sea su causa.**

11. **Lesiones ocasionadas por hechos que provoque el Asegurado 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.**

12. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad, impotencia, disfunción eréctil y sus complicaciones.**

13. **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.**

14. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**

15. **Lesiones derivadas de accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares cuando el motor exceda los doscientos cincuenta centímetros cúbicos (250cc.), 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 participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo**

16. **Lesiones que el Asegurado sufra 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.**

17. **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.**

18. **Adquisición de fórmulas lácteas, complejos vitamínicos, complementos y suplementos cualquiera que sea su naturaleza e indicación que incluye pero no se limita a nutricionales, alimenticios.**

19. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso o para corregir hábitos o trastornos de alimentación, que incluyen, pero no se limitan a: síndrome metabólico, anorexia, bulimia y obesidad; cualesquiera que sean sus causas y sus complicaciones.**

20. **Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.**

21. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para cambiar la apariencia del Asegurado mediante los siguientes procedimientos que incluye, pero no se limitan a: restauración plástica, corrección, eliminación de defectos, tatuajes y sus complicaciones.**

22. **Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macro-bióticos, quiroprácticos y homeópatas.**

23. **Cualquier padecimiento, Enfermedad, lesión, cirugía o tratamiento dirigido a la preparación para cambiar de sexo por alteración genital, incluyendo mas 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.**

24. **Cuidado podiátrico para cualquier patología, incluidas las enfermedades articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (por ejemplo, Hallux Valgus). Se excluyen así mismo los zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.**

25. **La compra de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y aparatos o implantes auditivos.**

26. **Tratamientos o procedimientos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción.**

27. **La adquisición de prótesis no funcionales y prótesis biónicas.**

28. **Padecimientos congénitos, tratamientos intrauterinos, partos prematuros y tratamientos de cualquier complicación del recién nacido, salvo lo definido en la cláusula de "Cobertura de Maternidad Indemnizatoria y Complicaciones del Recién Nacido".**

29. **Padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza.**

30. **Complicaciones del embarazo, cuidados médicos en etapa prenatal, padecimientos congénitos del Recién Nacido, tratamientos intrauterinos y afecciones de recién nacidos prematuros, en el caso de que la madre o padre hayan estado bajo un tratamiento por esterilidad, infertilidad o control de la natalidad; o cuando, durante el embarazo, la madre haya tenido antecedentes de alcoholismo o drogadicción.**

31. **"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 de "Cobertura de Maternidad Indemnizatoria y Complicaciones del Recién Nacido".**

32. **Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, salvo las derivadas del tratamiento de un Accidente amparado o Enfermedad amparada.**

33. **El tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos preexistentes salvo lo señalado en la cláusula "Cobertura de Padecimientos Preexistentes".**

34. **Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.**

35. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.**

36. **Todos aquellos padecimientos cuyo total de gastos médicos amparados no exceda al Deducible estipulado en la carátula de la Póliza.**

37. **Cualquier gasto que exceda el Gasto Usual y Acostumbrado.**

38. **Cualquier padecimiento o Enfermedad que contraiga el Asegurado por visitar lugares donde exista alguna emergencia de tipo sanitaria o epidemiológica que haya sido declarada por la autoridad competente.**

39. **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.**

40. **Honorarios de cuidador o cuidadora, independientemente de la causa.**

41. **Abortos y legrados cuando sean voluntarios y sus complicaciones. Salvo lo indicado en el apartado de complicaciones del embarazo.**

42. **Gastos derivados de Maternidad Subrogada.**

43. **Cámara hiperbárica.**

44. **Enfermeras que realizan tareas diarias facilitando la vida y que complementan la falta de autonomía de una persona.**

45. **Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical o cualquier otro tipo de tejido o célula. Allianz cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de célula madre periférica cuando sean realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.**

46. **No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier Enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para o relacionados con cualquier Enfermedad epidémica y/o pandémica.**

47. **Gastos relacionados a tratamientos no cubiertos.**

48. **Cualquier Enfermedad contagiosa que se propaga entre la población en un área extendida (múltiples países o continentes) afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto y que es declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud.**

49. **Cualquier tratamiento con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos**

50. **Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.**

51. **Gastos originados en Territorio Extranjero.**

52. **Ambulancia Aérea.**

53. **Tratamiento de nariz y senos paranasales en caso de Enfermedad.**

54. **Lentes intraoculares para el tratamiento de corrección de cataratas.**

55. **No se cubren los tratamientos de terapia génica.**

56. **No se cubren Gastos derivados de Urgencias Médicas de Padecimientos y/o procedimientos no cubiertos.**

9. INDEMNIZACIÓN

9.1 PAGO DIRECTO

Allianz puede ofrecer el servicio de Pago Directo de los gastos médicos amparados a los prestadores de servicios médicos afiliados, de acuerdo con los convenios previamente establecidos. Para ser elegible a solicitar este servicio, es necesario:

- Cumplir con los requisitos estipulados por su canal Allianz Concierge , los cuales se indican en la página **allianz.com.mx**
- Presentar toda la información que en su momento sea requerida por Allianz, con el fin de determinar la procedencia del evento.
- Que los gastos hospitalarios rebasen el deducible contratado establecido en la carátula de la Póliza.

Nuestros Asegurados gozan de plena libertad y autonomía, para elegir o sustituir a médicos y demás prestadores de la red de Allianz México; por tal motivo, la selección de nuestros proveedores es responsabilidad única y exclusiva del Asegurado.

9.2 REEMBOLSO

Allianz indemnizará vía Reembolso los gastos médicos amparados en los que incurra el Asegurado, hasta el Gasto Usual y Acostumbrado de la zona de atención, que sean presentados ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de Allianz, siempre y cuando se cumpla con lo indicado en la cláusula Pago de Indemnizaciones y se cumpla con los requisitos estipulados por su canal Allianz Concierge, los cuales se indican en la página **allianz.com.mx**

9.3 SUMA ASEGURADA

Responsabilidad máxima cubierta por esta póliza por Asegurado y por año póliza, sujeta a los límites de cobertura que se estipulan en la carátula de la póliza, y de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las condiciones generales de la póliza.

La Suma Asegurada aplicable para la reclamación en curso será la correspondiente al año póliza vigente, la cual se reducirá en función de los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos ocurridos durante el mismo año póliza.

Al concretarse la renovación de la póliza, **se reinstalará para cada Asegurado la Suma Asegurada por año póliza indicada en la carátula de la póliza en dicha vigencia, así como los montos y límites aplicables establecidos en la tabla de beneficios,** los cuales constituirán el límite máximo de responsabilidad aplicable a las reclamaciones correspondientes a la vigencia renovada, y se reducirán exclusivamente por los pagos que se efectúen durante dicha vigencia. Lo anterior será aplicable tanto para accidentes, enfermedades o padecimientos cubiertos originados en vigencias anteriores como para aquellos ocurridos durante la nueva vigencia, con independencia de cualquier agotamiento, consumo, límite, reducción o cualquier otra situación ocurrida en vigencias previas.

9.4 DEDUCIBLE

Cantidad a cargo del Asegurado que se señala en la carátula de la Póliza que se aplica sobre el total de los gastos médicos cubiertos por la atención de una reclamación procedente.

Este debe ser pagado por cada Asegurado cuando la suma de los gastos procedentes acumulados en el año póliza, rebase el deducible contratado.

9.5 COASEGURO

El coaseguro se aplicará sobre los gastos médicos amparados que excedan el Deducible y debe ser pagado por cada Asegurado por cada año póliza. **Tendrá un tope máximo el cual está indicado en la tabla de beneficios.**

9.5.1 COASEGURO EN MEDICAMENTOS GENÉRICOS

No se aplicará coaseguro alguno en medicamentos genéricos, intercambiables y/o similares independientemente del establecimiento donde sean adquiridos.

9.5.2 APLICACIÓN DE COASEGURO EN ZONAS Y HOSPITALES Y DISTINTOS AL PLAN Y ZONA CONTRATADOS

a) Si el Asegurado que tiene contratado un Plan Master esencial decide acudir a un hospital en convenio, correspondiente al Plan Amplio esencial o Plan Clásico esencial, se atiende con un médico en convenio y la indemnización se realiza vía Pago Directo; el Coaseguro a aplicar sobre los gastos hospitalarios cubiertos que excedan al Deducible, será resultado de **descontar 10 puntos al Coaseguro contratado.**

b) Si el Asegurado que tiene contratado un Plan Amplio esencial decide acudir a un hospital en convenio, correspondiente al Plan Clásico esencial, se atiende con un médico en convenio y la indemnización se realiza vía Pago Directo; el Coaseguro a aplicar sobre los gastos hospitalarios cubiertos que excedan al Deducible será resultado de **descontar 10 puntos al Coaseguro contratado.**

c) Para el Plan Amplio esencial, si el Asegurado se atiende en alguno de los hospitales restringidos, es decir, en hospitales de plan Master esencial, sin previa autorización y coordinación de Allianz, el Coaseguro contratado se **incrementará con 15 puntos porcentuales eliminando el tope de coaseguro**

d) Para el Plan Clásico esencial, si el Asegurado se atiende en alguno de los hospitales restringidos, sin previa autorización y coordinación de Allianz, si el hospital corresponde a plan Amplio esencial el Coaseguro contratado **se incrementará con 15 puntos porcentuales eliminando el tope de coaseguro**. Si el hospital corresponde a plan Master esencial el Coaseguro contratado **se incrementará con 30 puntos porcentuales eliminando el tope de coaseguro.**

e) Para el Plan Master esencial, Plan Amplio esencial y Plan Clásico esencial, en caso de que el Asegurado se atienda en un Hospital de una zona distinta a la contratada, **se añadirán puntos porcentuales al Coaseguro contratado eliminando el tope de coaseguro** de acuerdo con la siguiente tabla.

Zona Contratada	Zona de Atención			
	A	B	C	D
A				
B	20			
C	20	20		20
D	20	20		

Este incremento de Coaseguro es independiente del que pudiera operar por la utilización de hospitales restringidos y en caso de proceder los dos, se aplicarán ambos incrementos.

En caso de que el Asegurado sufra una urgencia médica y requiera atención en una zona o plan

distinto al contratado, no se aplicará el Coaseguro adicional señalado en los incisos c, d y e. **Después de haber sido controlada la situación de urgencia médica, la atención deberá continuar en la zona de contratación y en los hospitales correspondientes al plan contratado, de lo contrario, a los gastos posteriores a la emergencia, se aplicará el coaseguro adicional descrito en los incisos c, d y e.**

9.6 PERIODO DE BENEFICIO

Si la Póliza se renueva anualmente de manera ininterrumpida, se continuarán pagando los gastos erogados por cada Accidente o Enfermedad amparada sin que se aplique un periodo 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.

9.7 PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

> "Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora."
>
> "Salvo disposición en contrario de la presente ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa."

El **Artículo 76 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estipula lo siguiente:

> "Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento."

Cualquier accidente o enfermedad deberá ser notificada por escrito a Allianz en el curso de los primeros cinco días siguientes a la fecha de la atención médica salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Se considerará accidente amparado a todo aquel 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 treinta 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 treinta 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, facturados a nombre del titular de la póliza, los cuales quedarán en poder de Allianz después de ser indemnizados.

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 de este."

9.8 ARBITRAJE

En caso de que Allianz rechace un siniestro como consecuencia de una 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 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.

9.9 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.

9.10 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 obliga 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 VIV 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 VIV 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, IV 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.

9.11 SUBROGACIÓN

Trascripción del segundo y tercer párrafo del **Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:**

"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.

9.12 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

El Asegurado, al momento de escoger discrecionalmente a los médicos y a los prestadores de servicios médicos que los atenderán, aceptan 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 o perjuicios, o de cualquier otro tipo que resulte del vínculo entre el Asegurado y los prestadores de servicios médicos.

9.13 PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del **Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro**, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, 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 de los Usuarios de Servicios Financieros**.

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."

9.14 SECUENCIA EN LA INDEMNIZACIÓN

Lo primero que aplica en la indemnización de los gastos procedentes es el Deducible, conforme a lo establecido en el apartado de indemnización de estas Condiciones Generales.

El Coaseguro se aplica una vez descontado el Deducible, conforme a lo establecido en el apartado

de indemnización 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 el apartado de Pago de Indemnizaciones de estas Condiciones Generales.

El Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada se reinstalarán por año póliza y asegurado, conforme a lo establecido en el apartado de Indemnización.

Todos los siniestros se pagarán con la Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Zona y Plan del año póliza vigente al momento del gasto.

ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES

LEYES APLICABLES

El presente Contrato de Seguro se regirá por lo dispuesto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, Ley Sobre el Contrato de Seguro y demás leyes y reglamentos de la República Mexicana vigentes y aplicables.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	Artículo
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 este 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.	Art. 277

Ley sobre el Contrato de Seguro	Artículo
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en 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. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.	Art. 277
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.	Art. 81
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.	Art. 82
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I) El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II) Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III) Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV) Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V) El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la	Art. 150 bis

Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional. Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.	Art. 150 bis
Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros	**Artículo**
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I) El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II) Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III) Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV) Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responde por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y V) El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita. La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar. Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.	Art. 50 bis

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional	
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas: I) El procedimiento de conciliación solo 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 justificada-mente y por una sola ocasión, la audiencia de conci-liación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida. V) La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis. VI) La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la	Art. 68

nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

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

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

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

Art. 68

corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y X) Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa. Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la Suma Asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley. El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, esta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda. XI) Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.	Art. 68

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de septiembre de 2026, con el número CNSF-S0003-0409-2026/ CONDUSEF-006246-11.

Allianz

Allianz MediMaxx esencial

TABLA DE BENEFICIOS

Este documento forma parte de las condiciones generales de su producto. Por favor consulte las secciones Coberturas Básicas y Exclusiones de sus condiciones generales para mayores detalles sobre los beneficios y sus limitaciones.

Para fines de claridad, cualquier notificación a Allianz deberá hacerse mediante los teléfonos o correos electrónicos previstos en las condiciones generales.

Enfermedades y/o Procedimientos Cubiertos	
Cobertura Total	
Accidentes Complicaciones del embarazo Endo y miocarditis Cirugías de corazón Infarto de miocardio Meningitis Ataque al corazón Aneurisma Cerebral Cáncer Arteriopatía coronaria Neumonía COVID-19 Amigdalitis Cálculos renales Apendicitis Colecistitis Pancreatitis Trasplante de órganos	Suma Asegurada hasta **$20,000,000.** **Este monto es asignado por asegurado y por año póliza.**
Cobertura Eficiente	
Padecimientos no mencionados en la cobertura total.	Suma Asegurada de **$1,000,000** o **$2,500,000** dependiendo la suma asegurada contratada. **Este monto es asignado por asegurado y por año póliza.**

GMLI 2026-II

Elegibles Básicos	
Suma asegurada.	**Cobertura Total:** **$20,000,000.** **Cobertura Eficiente:** **$1,000,000** o **$2,500,000** dependiendo la suma asegurada contratada. **Este monto aplica por asegurado y por año póliza.**
Deducible	El deducible aplica por el asegurado por cada año póliza. - **$20,000.** - **$30,000.** **Este monto aplica por asegurado y por año póliza**.
Coaseguro	**15%** con tope de $45,000. **Este monto aplica por asegurado y por año póliza.**
Zona geográfica	Esta póliza tiene cobertura en la zona geográfica de cobertura detallada en la carátula de la póliza, siempre dentro del territorio de la República Mexicana. Queda excluida cualquier cobertura en el extranjero. **Zona A:** Cuidad de México, Zona conurbada, Monterrey. **Zona B:** Guadalajara. **Zona C:** Resto de la República. **Zona D:** Bajío y Toluca.
Gastos Cubiertos	
1. Cuarto privado estándar con cama extra para un 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.	Hasta el **100%** del GUA
1. Consultas del Médico tratante. 2. Tratamientos quirúrgicos. 3. Honorarios de anestesiologo, primer y segundo ayudante, instrumentista.	Hasta el **100%** del GUA De acuerdo a lo indicado en el apartado **7.2. Servicios Médicos.**

Exámenes de diagnóstico, estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.	Hasta el **100%** del GUA
Medicamentos y materiales de curación.	Hasta el **100%** del GUA
Prótesis funcional.	Hasta un monto de **$600,000** independientes a la Suma Asegurada tanto de la cobertura total como de la cobertura eficiente. Con previa autorización. **Este monto aplica por asegurado y por año póliza.**
Prótesis Biónicas.	No cubiertas
Equipo ortopédico.	Hasta un monto de **$100,000** independientes a la Suma Asegurada tanto de la cobertura total como de la cobertura eficiente. Con previa autorización. **Este monto aplica por asegurado y por año póliza.**
Renta de equipo tipo hospital.	Hasta un monto de **$100,000** independientes a la Suma Asegurada tanto de la cobertura total como de la cobertura eficiente. Con previa autorización. **Este monto aplica por asegurado y por año póliza.**
Gastos originados por consumo de Oxígeno.	Hasta el **100%** del GUA.
Atención general de Enfermería.	Fuera del hospital hasta por 15 días. **Aplica por asegurado y por año póliza.**
Trasplante de órganos humanos, médula ósea, sangre y células madre.	Corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado, médula ósea, cornea hasta la Suma Asegurada indicada en la cobertura Total. **Solo se cubre el primer intento. Se requiere previa autorización.**
Protección dental (tratamiento dental por Accidente que implique una urgencia médica).	**100%** hasta el GUA **Hasta la Suma Asegurada indicada en la cobertura total.**
Terapias de rehabilitación.	Máximo 10 sesiones ya sean dentro o fuera del hospital. **Aplica por asegurado y por año póliza.**

Terapias físicas.	Máximo 10 sesiones ya sean dentro o fuera del hospital. **Aplica por asegurado y por año póliza.**
Cáncer estudios y tratamiento.	**Hasta la suma Asegurada indicada en la cobertura Total.** Se amparará una vez cumplido el periodo de espera de 6 meses; siempre y cuando la fecha de inicio del padecimiento y primer gasto sean posteriores a la alta en esta póliza.
Padecimientos Congénitos.	**Hasta la suma Asegurada indicada en la cobertura Eficiente.**
Medicamentos fuera del hospital.	**100%** hasta el GUA. No se aplicará coaseguro en medicamentos genéricos.
Actividades peligrosas y deportes no profesionales.	Hasta el **100%** del GUA.
Ambulancia Terrestre.	Hasta el **100%** del GUA.
Segunda opinión medica.	Hasta el **100%** del GUA.
Maternidad y Ayuda Recíen Nacido	
Parto normal o cesárea.	Monto de **$45,000**, se dará de manera indemnizatoria por evento. Con periodo de espera de 10 meses.
Complicaciones del embarazo.	**100%** hasta el GUA **Hasta la Suma Asegurada indicada en la cobertura total.**
Complicaciones del recién nacido.	Hasta el **100%** del GUA.
Periodo de Espera	
Padecimientos de rodilla, ácido-pépticos, columna vertebral, amígdalas, adenoides, hemorroides, hernias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, varices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías	24 meses

biliares, litiasis renal y en vías urinarias.	
Tratamiento contra el cáncer.	6 meses
VIH/SIDA.	48 meses
Maternidad: parto o cesárea.	10 meses
Trasplantes.	6 meses
Padecimiento o Enfermedad Preexistente.	48 meses

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de septiembre de 2026, con el número CNSF-S0003-0409-2026/ CONDUSEF-006246-11.

GMLI 2026-II