

Únikuz B×+

Gastos Médicos Individual

Seguros B×+

Condiciones Generales

Gastos Médicos Individual Únikuz B×+

Abril 2025

CNSF-S0016-0145-2025, 29 de Abril de 2025

CONTENIDO

I. Objeto del seguro **7**

II. Definiciones y Abreviaturas **7**
Accidente 7
Agente de seguros 7
Antigüedad 7
Aparato ortopédico (auxiliares mecánicos) 7
Asegurado(a) 7
Asegurado(a) Titular 7
Beneficiario 7
Carátula de Póliza 8
CNSF 8
Coaseguro 8
COFEPRIS 8
Compañía 8
CONDUSEF 8
Contratante 8
Contrato de seguro o Póliza 8
Cuarto privado 8
Deducible 8
Discapacidad 8
Discapacidad Física 9
Discapacidad mental 9
Discapacidad intelectual 9
Discapacidad sensorial 9
Emergencia Médica 9
Endoso 9
Enfermedad o Padecimiento 9
Enfermedades Crónicas y Degenerativas 9
Enfermera 9
Evento 9
Exclusiones 9
FDA 10
Fecha de Alta 10
Fecha Reconocimiento de Antigüedad 10
Hospital 10
Hospital Preferente 10
Hospitalización 10
Lugar de residencia 10
Madre Asegurada 10
Madre Biológica 10
Maternidad Subrogada 10
Medicamento 11
Medicamento Genérico Intercambiable 11
Medicina alternativa 11
Médico 11
Médico Especialista 11
Médico Tratante 11
Nivel hospitalario 12
Padecimientos congénitos 12
Padecimiento Genético 12
Pago Directo 12

Pago por Reembolso 12
Periodo al Descubierto 12
Periodo de Espera 12
Práctica Amateur o No Profesional 12
Preexistencia 12
Prima 13
Programación de Cirugía y/o tratamiento Médico 13
Prótesis 13
Proveedores en Convenio 13
Reclamación o Solicitud de servicios 13
Renovación 13
Signo 13
Siniestro 13
Síntoma 13
Solicitud 13
Suma Asegurada 14
Tabulador Médico 14
Tope de Coaseguro 14
Vigencia 14

III. Cobertura básica 15
A) Gastos Médicos Amparados 15
1. Honorarios por procedimientos Médicos y/o quirúrgicos 15
2. Hospitalización 15
3. Tratamientos de Radioterapia y quimioterapia 16
4. Trasplante de órganos 16
5. Gastos del donador 16
6. Cirugía reconstructiva 16
7. Cirugía Robótica 16
8. Equipo y dispositivos Médicos especializados 16
9. Aparatos Ortopédicos 17
10. Tratamientos Dentales por Accidente 17
11. Estudios de laboratorio y gabinete 17
12. Enfermera fuera del Hospital 17
13. Equipo tipo Hospital 18
14. Terapias de rehabilitación 18
15. Ambulancia 18
16. Medicina Alternativa 19
17. Deportes peligrosos 19
18. Consulta Psicológica o Psiquiátrica 19
B) Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera 19
1. Amparados a partir de 10 meses 19
1.1 Maternidad básica 19
1.2 Complicaciones del embarazo o puerperio 20
1.3 Cobertura del Recién Nacido 21
2. Amparados a partir de 6 meses 21
2.1 Padecimientos congénitos 21
3. Amparados a partir de 12 meses 22
4. Amparados a partir de 18 meses 22
5. Amparados a partir de 24 meses 22
6. Amparados a partir de 48 meses 23
6.1 VIH y SIDA 23
6.2 Cirugía Bariátrica 23

IV. Servicios de asistencia **24**
1. Servicio de Asistencia BX+ 24
2. Servicios de asistencia al viajero 24

V. Coberturas adicionales con costo **26**
1. Medicamentos fuera del Hospital (Medicam Fuera del Hospital) 26
2. Complicaciones de tratamientos no amparados (C.Tratamientos No Amparados) 26
3. Padecimientos Preexistentes declarados (P. Preexistentes Declarados) 26
4. Eliminación de Deducible por Accidente (Elim Deducible por Accidente) 27
5. Ampliación de servicios 27
6. Maternidad plus 28
7. Emergencia médica en el extranjero (Emergencia Médica Extranjero) 29
8. Beneficio Hospitalario VIP 29
9. Enfermedades Graves en el Extranjero (Enfermedades Graves Extranjero) 30
10. Cobertura internacional 31
11. Multi-región 31
12. Ayuda diaria por Hospitalización (Ayuda Diaria Hospitalización) 31
13. Indemnización Enfermedades Graves (Indemnización Enferm Graves) 32
14. Reconocimiento de Antigüedad 34

VI. Exclusiones (gastos no cubiertos) **35**

VII. Gastos a Cargo del Asegurado en el Siniestro **39**

VIII. Cláusulas generales **41**
CONTRATO 41
OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES 41
INICIO Y FIN DE VIGENCIA 41
TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO 41
RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO 42
ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL 42
RECTIFICACIONES 43
NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES 43
MODIFICACIONES A PETICION DEL CONTRATANTE 43
CAMBIO DE CONDICIONES Y/O CAMBIO DE PRODUCTO 44
MOVIMIENTO DE ASEGURADOS 44
Altas 44
Bajas 45
Ajustes de Prima 45
RENOVACIÓN DEL CONTRATO 45
RÉGIMEN FISCAL 46
BENEFICIO FISCAL 46
AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO 48
EDAD 49
OCUPACIÓN 50
RESIDENCIA 50
ZONA DE COBERTURA (TERRITORIALIDAD) 50
MONEDA 51
PRIMA 51
PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA 51
FORMA DE PAGO DE LA PRIMA 51
LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA 51
REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA 51
COMISIONES 52

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS 52
PERIODO DE BENEFICIO 52
PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO 53
SUBROGACIÓN DE DERECHOS 54
PRESCRIPCIÓN 54
INDEMNIZACIÓN POR MORA 54
ARBITRAJE MÉDICO 56
COMPETENCIA 56
PRECEPTOS LEGALES 56

I. I. Objeto del seguro

El objeto de este seguro es resarcir los gastos en que incurra el Asegurado por la atención médica requerida, de acuerdo a un diagnóstico definitivo, para el restablecimiento de su salud a consecuencia de un Accidente o una Enfermedad amparada o por una discapacidad generada por un Accidente o Enfermedad amparada.. La Compañía pagará el costo de los mismos hasta el agotamiento de la Suma Asegurada y/o el periodo de beneficio, de acuerdo con:

- Las especificaciones de la Carátula de la Póliza,
- Condiciones generales,
- Endosos y Cláusulas Adicionales,

Siempre y cuando el evento ocurra durante el periodo de cobertura y cuando la Póliza se encuentre en vigor y los Padecimientos cumplan con lo enunciado en estas condiciones generales.

II. Definiciones y Abreviaturas

Para los efectos de la presente Póliza, los siguientes términos y abreviaturas tendrán el significado que se les atribuye, tanto para su forma singular o plural, en las presentes condiciones generales y/o en cualquier otra parte que integra y/o forma parte de la Póliza.

Accidente

AContecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa, súbita, fortuita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales que requieran atención médica o causen la muerte.

El tratamiento Médico o quirúrgico, recaídas, complicaciones y secuelas derivadas de un Accidente sufrido por el Asegurado se considerarán un mismo Siniestro.

No se consideran Accidentes aquellos casos en donde el primer gasto médico se realice después de los primeros 10 (diez) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente que le dio origen.

Agente de seguros

Persona autorizada por la CNSF para la comercialización de seguros.

Antigüedad

Tiempo que el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Ve por Más, S. A., Grupo Financiero Ve por Más.

Aparato ortopédico (AUXILIARES MECÁNICOS)

Aparato o aditamento mecánico que ayuda al correcto funcionamiento del sistema musculo esquelético. Se consideran Aparatos Ortopédicos: muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, collarines y férulas.

Asegurado(a)

Persona amparada por el Contrato de Seguro, aceptada por la Compañía y que así conste por escrito en la Carátula de la Póliza o Endoso correspondiente, que podrán ser cualquiera de las siguientes:

Asegurado(a) Titular

Persona física determinada por el Contratante que puede firmar como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la Solicitud del Seguro o Cuestionario Médico y adicional al Contratante puede solicitar modificaciones a la Póliza, siempre y cuando éste sea mayor de edad.

Beneficiario

Persona física designada por el Contratante o Asegurado Titular con el derecho a recibir las indemnizaciones procedentes objeto de la cobertura de la Póliza.

Carátula de Póliza
Documento que forma parte integrante de la Póliza, en el cual se indican, entre otros, los nombres, domicilios del Contratante y/o Asegurado, las coberturas contratadas, la Suma Asegurada, los Deducibles y/o Coaseguros aplicables y las Primas del seguro.

CNSF
Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Coaseguro
Porcentaje establecido en la Carátula de la Póliza que corresponde a la participación del Asegurado sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el Deducible correspondiente de la Póliza. En caso de existir una cantidad máxima a pagar por este concepto, estará indicada en la Carátula de la Póliza.

COFEPRIS
Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios.

Compañía
Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

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

Contratante
Persona física o moral con capacidad jurídica, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo y además se compromete a realizar el pago de las Primas, así como es responsable de solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza que no afecten el riesgo original contratado.

Contrato de seguro o Póliza
Aquel en el que se establecen los derechos y obligaciones de las partes, el cual está conformado por:

a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del seguro.
b) Carátula de Póliza.
c) Condiciones Generales.
d) Endosos.
e) Tabulador Médico.
f) Folleto de derechos básicos del Asegurado.
g) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, hayan requisitado a Solicitud de la Compañía.

Cuarto privado
Cuarto individual de Hospital, que incluye una cama extra para un acompañante y baño privado.

Deducible
Cantidad fija establecida en la Carátula de la Póliza que el Asegurado tendrá que cubrir una sola vez por cada Enfermedad o Accidente cubierto.

Discapacidad
Consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Física
Secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad mental
Alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad intelectual
Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad sensorial
Deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Emergencia Médica
Situación de Salud crítica que requiere tratamiento médico y/o quirúrgico en forma inmediata, el cual, de no otorgarse, pone en riesgo la vida o la integridad de algún órgano. También conocida como Urgencia Real.
Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Emergencia Médica.
NO se considera como Emergencia Médica agudizaciones de Padecimientos crónicos.

Endoso
Documento que forma parte del Contrato de seguro que modifica los términos originales de la póliza. Lo estipulado en un Endoso prevalecerá sobre las Condiciones Generales, en todo aquello que se contrapongan.

Enfermedad o Padecimiento
Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, y que amerite tratamiento médico o quirúrgico.
Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, es decir sus consecuencias, complicaciones y/o secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

Enfermedades Crónicas y Degenerativas
Enfermedades de larga duración y que por sus características tiene un desarrollo lento y progresivo. Van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos.

Enfermera
Persona titulada y legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

Evento
Momento en que se utiliza un servicio para la atención médica de un Accidente o Enfermedad amparada.

Exclusiones
Eventos, gastos, Enfermedades o Padecimientos no amparados por la Póliza.

FDA
Food and Drug Administration. Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos. https://www.fda.gov/about-fda/fda-en-espanol

Fecha de Alta
Aquella a partir de la cual el Asegurado contrata por primera vez este producto y comienza a formar parte de este Contrato de Seguro.
Para el caso de las coberturas adicionales con costo, la Fecha de Alta es la fecha a partir de la cual el Asegurado o Contratante contratan por primera vez la cobertura.

Fecha Reconocimiento de Antigüedad
Aquella a partir de la cual el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con otra Institución de Seguros y la Compañía lo reconoce expresamente al momento de la contratación del seguro.
Dicha Fecha Reconocimiento de Antigüedad se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza y únicamente sirve para eliminar o reducir algunos Periodos de Espera descritos en el apartado denominado “Cobertura Básica, inciso b) Gastos Cubiertos con Periodo de Espera”
Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su Antigüedad.

Hospital
Institución, clínica o sanatorio legalmente autorizado y certificado para brindar servicios Médicos, hospitalarios o quirúrgicos de enfermos o lesionados.
No se considera como Hospital a casas para ancianos, casas de descanso, Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

Hospital Preferente
Listado de Hospitales pertenecientes a Proveedores en convenio con los cuales la Compañía podrá brindar beneficios especiales.
Dicho listado podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.
Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital.

Hospitalización
Internamiento del Asegurado en un Hospital, médicamente justificado y por más de 24 horas. Inicia con el ingreso hospitalario y concluye con el alta que otorga el Médico Tratante.

Lugar de residencia
Domicilio declarado en la Solicitud por el Contratante y/o Asegurado Titular.

Madre Asegurada
Persona incluida en la Póliza, en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y da a luz al producto.

Madre Biológica
Mujer que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la Mujer Gestante.

Maternidad Subrogada
Práctica médica de Reproducción Asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo.

Medicamento
Producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un Padecimiento cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, Medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud.
Se utilizan bajo la prescripción del Médico Tratante y deben estar relacionados con el diagnóstico derivado de la Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto, adicionalmente debe cumplir con los siguientes puntos según corresponda:
En territorio Nacional:

- Debe estar registrado como tal ante la COFEPRIS.
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA.
- Se trate de Medicamentos disponibles para su venta al público en general en territorio nacional de acuerdo con la página oficial: http://economia.gob.mx/transparencia/transparencia-focalizada establecidos en el documento denominado: “Precios Máximos de Medicamentos de Patente”, los cuales deben contar con precio máximo al público.

En territorio Extranjero:

- Presentar receta emitida por el Médico Tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.
- Debe de estar relacionado con el Tratamiento de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto.
- Presentar factura del proveedor en el extranjero que surte el Medicamento.
- Estar aprobados por la FDA.

Medicamento Genérico Intercambiable
Especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y con especificaciones farmacopéicas iguales o comparables que, después de cumplir con las pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del Medicamento innovador o Medicamento de referencia, y que se encuentra registrado en el Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables en la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM), y se identifica con su denominación genérica.

Medicina alternativa
Es toda práctica que afirma tener los efectos sanadores de la medicina convencional, pero que no está apoyada, ni su efectividad, por pruebas obtenidas mediante el método científico para tratar un Accidente, Enfermedad o Padecimiento independiente a sus causas u origen.

Médico
Persona que ejerce la Medicina, con Cédula Profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, puede ser Médico General o Médico Especialista, certificado por la Secretaría de Educación Pública o autoridad competente para realizar los procedimientos Médicos correspondientes al grado de especialidad con que cuente.
Cualquier prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación aplicable.
El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el Tratamiento, atención o intervención quirúrgica.

Médico Especialista
Médico con autorización para ejercer la especialidad de que se trate, mediante el comprobante de posgrado y cédula profesional de especialidad correspondiente, además de estar certificado por el Consejo de la Especialidad de que se trate.

Médico Tratante
Médico responsable de la atención y evolución diaria del paciente durante su período de Hospitalización o tratamiento.

Nivel hospitalario
Hospitales, Clínicas o Sanatorios con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles que el Contratante o Asegurado Titular selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o Tratamiento Médico
El Nivel Hospitalario es elegido por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación de la Póliza y se encuentra especificado en la Carátula de Póliza.
La Compañía podrá cambiar o modificar sin previo aviso el Hospital, Clínica o Sanatorio de un Nivel Hospitalario a otro. Dicho listado no limita, ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que éste elija o seleccione libremente, el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendido.
Se pueden consultar los Hospitales, Clínicas o Sanatorios que integran cada Nivel Hospitalario en la página de internet: https://www.vepormas.com

Padecimientos congénitos
Enfermedades o Padecimientos que se originan durante el Período de Gestación y se manifiesta al nacimiento o durante la vida.

Padecimiento Genético
Enfermedad o Padecimiento que resulta de una anormalidad en el número o la estructura de los cromosomas humanos.

Pago Directo
Beneficio opcional que la Compañía puede otorgar, previa valoración y autorización, mediante el cual coordina y paga los gastos procedentes, de acuerdo a Condiciones de este Contrato de seguro, directamente al Hospital y/o al Médico, por servicios brindados a los Asegurados.
Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, Clínica, Sanatorio, Laboratorio, Gabinete o Farmacia con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios brindados por los prestadores citados.

Pago por Reembolso
Restitución por parte de la Compañía de los gastos procedentes y erogados en forma directa por el Asegurado a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

Periodo al Descubierto
Intervalo de tiempo durante el cual quedan suspendidos los beneficios de este Contrato de seguro.

Periodo de Espera
Tiempo mínimo de cobertura continua e ininterrumpida que debe transcurrir, a partir de la Fecha de Alta del Asegurado en esta Póliza y/o en alguna cobertura opcional, para la cobertura de ciertos gastos tal como se describe en el Apartado “GASTOS MÉDICOS AMPARADOS CON PERIODO DE ESPERA”

Práctica Amateur o No Profesional
Práctica de algún deporte con motivos de ocio o salud y por la cual no se recibe ningún tipo de remuneración.
No se considera Práctica Amateur aquellos Deportes Peligrosos que se practiquen con frecuencia mayor a 2 veces por semana.

Preexistencia
Aquellas Enfermedades que cumplan con cualquiera de los siguientes puntos:

- *Cualquier Enfermedad o Padecimiento que, previamente a la celebración de este contrato de seguro, se haya diagnosticado por un Médico y que se ha comprobado documentalmente.*
- *Cuando el Asegurado haya erogado gastos comprobables documentalmente para el diagnóstico o tratamiento de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente.*

- *Que previamente a la celebración de este contrato de seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.*

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la Preexistencia de Enfermedades, la Compañía, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen Médico.
Al Asegurado que se haya sometido al examen Médico a que se refiere el párrafo anterior, no se le aplicará la Cláusula de Preexistencia de la Enfermedad relativa al examen aplicado y que no hubiese sido diagnosticada en el citado examen.

Prima
Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante.

Programación de Cirugía y/o tratamiento Médico
Beneficio opcional por el cual la Compañía valora la procedencia del Siniestro, previo a la realización del tratamiento Médico y/o quirúrgico, siempre y cuando se cuente con toda la información médica y de estudios que permitan brindar dicho servicio.

Prótesis
Elemento artificial que se integra en el cuerpo con la finalidad de reemplazar un órgano o una extremidad que, por algún motivo, está ausente, presenta un grado de incapacidad física, invalidez o dosimetría, que justifica su sustitución parcial o completa.

Proveedores en Convenio
Guías de Hospitales, clínicas, laboratorios, gabinetes, farmacias y Médicos a los cuales la Compañía realiza el Pago Directo por los servicios cubiertos y brindados a los Asegurados de acuerdo a las condiciones de la Póliza.
Dicha Guía podrá sufrir modificaciones por parte de la Compañía en cualquier momento y sin previo aviso.
Esta lista no limita, ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio, Médico, laboratorio, gabinete, farmacias y proveedores diversos.
Al ser el Asegurado quien elige libremente a los Proveedores en Convenio con quien desea atenderse, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los proveedores.
La Compañía únicamente es responsable del pago a los Proveedores en Convenio o por el Pago por Reembolso al Asegurado de los gastos Médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

Reclamación o Solicitud de servicios
Trámite que efectúa el Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de esta Póliza.

Renovación
Acto por el cual la Compañía expide una Póliza por otro periodo de igual duración a la Vigencia anterior.

Signo
Manifestación Objetiva de una Enfermedad o Padecimiento, que resulta evidente para un observador diferente del sujeto que presenta. Puede ser espontáneo o provocado a través de una valoración médica.

Siniestro
Eventualidad prevista en el contrato de seguro.

Síntoma
Manifestación de una Enfermedad o Padecimiento, que sólo es percibida por el individuo que lo padece y es referido al Médico en forma directa o indirecta.

Solicitud
Documento mediante el cual el solicitante del seguro da a conocer y declara a la Compañía la información necesaria para la evaluación del riesgo y sus necesidades de cobertura. Dicho documento sirve como base para la suscripción, el cálculo de la Prima y la emisión de la Póliza, y formará parte integrante del contrato de seguro.

Suma Asegurada
Cantidad máxima de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado para cada cobertura contratada, con base en las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, Endosos y cláusulas correspondientes, aplicable para cada Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto.

Tabulador Médico
Listado de procedimientos Médicos y quirúrgicos en donde se especifican los montos máximos por concepto de honorarios Médicos que la Compañía cubrirá para cada uno de estos procedimientos.
El Tabulador Médico es seleccionado libremente por el Contratante o Asegurado Titular al momento de la contratación; el nombre del Tabulador Médico contratado se encuentra especificado en la Carátula de Póliza.
El listado puede consultarse en la página de Internet: https://www.vepormas.com

Tope de Coaseguro
Monto máximo con el que el Asegurado participa por concepto de Coaseguro, de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

Vigencia
Periodo de validez del Contrato de Seguro que se indica en la Carátula de la Póliza.

III. Cobertura básica
A) GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional por tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios y hayan sido prescritos o proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.
La Compañía pagará, de acuerdo a la Suma Asegurada contratada y estipulada en la carátula de la Póliza y a sus Endosos los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos:

1. Honorarios por procedimientos Médicos y/o quirúrgicos

Los Honorarios Médicos se pagarán de acuerdo a los montos establecidos en el Tabulador Médico contratado.
Quedan cubiertos:

i. Honorarios Médicos sin intervención quirúrgica
   Se cubrirán de acuerdo a Tabulador Médico contratado
ii. Honorarios Médicos con intervención quirúrgica
   Se cubrirán de acuerdo a Tabulador Médico contratado aplicando la siguiente tabla para el cálculo de los honorarios del equipo quirúrgico:

Médico	Porcentaje sobre Tabulador Médico
Cirujano	100%
Anestesiólogo	30%
Primer Ayudante	20%
Segundo Ayudante	10%

Las consultas post operatorias de los 15 días siguientes a la intervención estarán cubiertas dentro de los honorarios médicos quirúrgicos.
El segundo ayudante o instrumentista sólo se autorizará en aquellas cirugías que por protocolo lo requieran.
Los procedimientos realizados que no se encuentren en Tabulador Médico, se valuarán por similitud a los comprendidos en ella.
Si se practica al Asegurado dos procedimientos en la misma región anatómica por el mismo Médico, la Compañía pagará la cirugía de mayor monto de acuerdo al Tabulador Médico y la segunda no quedará amparada.
Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos procedimientos en regiones anatómicas distintas por el mismo Médico, se pagará la cirugía de mayor monto al 100% de lo estipulado en el Tabulador Médico y la segunda al 50%.
Cuando en una misma sesión quirúrgica se practique al Asegurado dos o más procedimientos en la misma región o en distintas regiones anatómicas y se requiera la intervención de otro Médico Especialista, la Compañía pagará a éste el 100% de lo estipulado en el Tabulador Médico contratado.
En caso de politraumatismo, cuando se requiera intervención quirúrgica por diferentes especialistas, se cubrirá el 100% de la tabla de honorarios quirúrgicos para cada uno de los procedimientos.

2. Hospitalización

Quedan cubiertos los siguientes gastos erogados durante la estancia hospitalaria en un Hospital para la atención de una Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto:

- Cuarto privado estándar con baño y cama para acompañante.
- Alimentos del Asegurado.
- Sala de operaciones, recuperación y de curaciones, terapia intensiva o intermedia y unidad de cuidados coronarios
- Medicamentos requeridos durante la Hospitalización que hayan sido prescritos por el Médico Tratante y estén relacionados con el Padecimiento o Accidente cubierto.
- Estudios de Laboratorio y Gabinete durante la Hospitalización prescritos por el Médico Tratante y que estén relacionados con el Padecimiento o Accidente cubierto.
- Suministros, equipo de anestesia, material Médico y cuidados generales de enfermería.
- Transfusiones de sangre, aplicaciones de plasma, plaquetas y suero, así como las pruebas de compatibilidad de los donantes definitivos.

3. Tratamientos de Radioterapia y quimioterapia
Quedan cubiertos los gastos por tratamientos de radioterapia y quimioterapia, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la COFEPRIS y el Tratamiento se encuentre indicado para el tipo de cáncer diagnosticado al Asegurado. Lo anterior aplica aun sin haber contratado la cobertura adicional con costo "MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL"

4. Trasplante de órganos
Quedan cubiertos los gastos del Asegurado receptor del trasplante.
Los trasplantes de órganos se deberán apegar al protocolo de Trasplante del CENATRA (Centro Nacional de Trasplante), de la Secretaría de Salud, no será necesario si el donador es un familiar del Asegurado.
Trasplantes de célula madre quedan cubiertos para tratamientos de leucemia, linfomas y Enfermedades hematopoyéticas, siempre y cuando no sean consideradas experimentales.
El trasplante de córnea quedará cubierto exclusivamente por Accidente, en caso de Padecimiento Congénito y/o Genético será cubierto siempre y cuando el Asegurado haya nacido dentro de la Vigencia de la Póliza y la Madre Asegurada haya tenido 10 (diez) meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento del Asegurado.

Exclusiones: gastos derivados de compra de órganos, tejidos y células.

5. Gastos del donador
Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un Accidente o Enfermedad amparados por la Póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante definitivo, necesarios para el trasplante.

El límite para esta cobertura es de 250,000 pesos o al agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

En el caso del donador definitivo sólo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología, Hospitalización y honorarios médicos de acuerdo al Tabulador Médico contratado, únicamente durante el Evento de donación o extracción del órgano.

6. Cirugía reconstructiva
Se cubren los tratamientos quirúrgicos de carácter reconstructivo a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando sea médicamente necesario.

7. Cirugía Robótica
Queda cubierta la cirugía Robótica únicamente para la realización de prostatectomía, histerectomía, nefrectomía y colectomía.

8. Equipo y dispositivos Médicos especializados
Se cubren los dispositivos y equipo médico especializado y su colocación a consecuencia de un Accidente o Padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico Tratante y el tratamiento se encuentre aprobado por la FDA para el Padecimiento a tratar.

Quedará cubierto únicamente lo que a continuación se menciona:
Internos
- Electroestimulación diafragmática: para lesiones de la médula espinal
- Estimuladores cerebrales profundos: para Enfermedad de Parkinson
- Electroestimulación del nervio vago: para epilepsia con convulsiones no controladas con Medicamentos
- Neuroestimulador medular: en caso de dolor crónico de tipo neuropático
- Electroestimulación para vejiga neurogénica
- Sistema cardiovascular: Marcapasos, marcapasos desfibrilador, auxiliares ventriculares internos/externos

Externos
- Bombas de insulina

- Auxiliares ventriculares externos.
- Mallas quirúrgicas y grapas quirúrgicas
- Material de Osteosíntesis y cirugía articular, el siguiente listado es informativo más NO limitativo: clavos, placas ,tornillos, Prótesis totales articulares, Prótesis parciales articulares, espaciadores intervertebrales, cajas intersomáticas, anclas.
- Material cardiovascular: válvulas cardiacas, reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVR), injertos vasculares, injertos endovasculares, stents, y materiales utilizado para reparar lesiones cardiacas.
- Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) sólo se cubre en procedimientos de cirugía cardiovascular

Exclusiones: reemplazos o reposiciones de los mencionados equipos y dispositivos médicos especializados.

9. Aparatos Ortopédicos

Se cubrirán los gastos por Aparatos Ortopédicos y Auxiliares mecánicos que se requieran a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto que sean indicados por el Médico Tratante.
Los Aparatos Ortopédicos y Auxiliares Médicos Mecánicos cubiertos son: muletas, bastones, andaderas, sillas de ruedas mecánicas, collarines, férulas.

El Asegurado deberá hacerse cargo del mantenimiento y cumplir con las instrucciones de uso y reparación de los Aparatos Ortopédicos y Auxiliares Médicos Mecánicos; en caso de que estos se encontraran dañados al momento de la recepción por parte del Asegurado, este deberá notificar inmediatamente al proveedor para hacer válida la garantía del equipo y recibir uno en buen estado.

Exclusiones:

a) **Reemplazos o reposiciones de los mencionados Aparatos Ortopédicos.**
b) **Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas ortopédicas o alerones ortopédicos, aunque sean prescritos como médicamente necesarios.**

10. Tratamientos Dentales por Accidente

Quedan cubiertos los tratamientos dentales, maxilofaciales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un Accidente cubierto, debidamente sustentados con el estudio radiográfico que corrobore el daño sufrido por el Accidente, siempre que la atención dental inicie dentro de los primeros 90 (noventa) días naturales posteriores al Accidente.

11. Estudios de laboratorio y gabinete

Quedan cubiertos los gastos por análisis de laboratorio o estudios de rayos X, isótopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o cualquier otro estudio que establezca el diagnóstico definitivo de la Enfermedad o Padecimiento y Accidente cubiertos.
Los laboratorios y gabinetes dentro de los Hospitales, Clínicas o Sanatorios pertenecientes a los Proveedores en Convenio, tendrán el mismo Nivel hospitalario que el Hospital, Clínica o Sanatorio en que se encuentren para efectos de aplicación de Coaseguro.

Exclusiones: estudios para llegar al diagnóstico de la Enfermedad sin reporte de alteración en la salud o diagnóstico definitivo, o aquellos de tipo experimental, en fase de investigación o protocolo médico.

12. Enfermera fuera del Hospital

Quedan cubiertos los honorarios de Enfermeras, siempre y cuando sea por indicación del Médico Tratante considerando únicamente las labores de enfermería relacionadas con la aplicación de Medicamentos de alta especialidad por vía parenteral o enteral, rehabilitación pulmonar, vigilancia y cambio continuo de sondas.

Se pagará de acuerdo al Tabulador Médico contratado por un periodo máximo de 720 (setecientos veinte) horas por Enfermedad o Padecimiento o Accidente cubierto.

Exclusiones: otras labores NO relacionadas con las anteriores y “servicios de cuidadora”.

13. Equipo tipo Hospital
Previa autorización de la Compañía, se cubre la renta de Equipo Tipo Hospital para la recuperación del Asegurado en domicilio, siempre y cuando se encuentre médicamente justificado, sea prescrito por el Médico Tratante y se requiera a causa de una Enfermedad o Padecimiento o Accidente Cubierto.

Queda cubierto: camas ortopédicas, trapecio, barras, grúa ortopédica, porta suero, bomba de infusión, concentrador de oxígeno.

- El mantenimiento queda a cargo del Asegurado y deberá cumplir con las instrucciones de uso y mantenimiento del equipo.
- No son reemplazables antes de que finalice la vida útil del equipo.
- La Compañía pondrá a disposición del Asegurado el equipo Médico durante el tiempo necesario para el restablecimiento de la salud, lo cual deberá ser constatado por escrito por el Médico Tratante, debiendo devolverlo al finalizar su uso, en las mismas condiciones en que fue proporcionado, por lo que cualquier desperfecto por mal uso o sobreuso, será a cargo del Asegurado en forma directa con el proveedor.

Oxígeno

Se cubren los gastos por consumo de oxígeno medicinal fuera de Hospital, siempre que sean prescritos por el Médico Tratante, mediante receta médica expedida por periodos máximos de 90 días naturales.

14. Terapias de rehabilitación
Quedan cubiertos los gastos por las siguientes Terapias de Rehabilitación médicamente necesarias para la recuperación de la salud del Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Padecimiento o Accidente cubierto: Rehabilitación Física, Neurorehabilitación, hidroterapia, inhaloterapia. Siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Sean indicadas por el Médico Tratante quien canalizará al Asegurado con un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Asegurado sea determinado por el Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, excepto para el caso de inhaloterapia en la cual el Médico Tratante es quien prescribe el tratamiento y número de sesiones.
- Para los programas de neurorehabilitación se requiere contar con la valoración inicial por un Médico Especialista en neurorehabilitación y/o rehabilitación y con el plan de tratamiento que describa las distintas terapias involucradas y pronóstico.
- Para los programas de neurodesarrollo, se cubrirá exclusivamente a Asegurados nacidos dentro de la Vigencia de la Póliza y cuya Madre Asegurada haya cumplido con 10 meses continuos en la Póliza al momento del nacimiento. Así mismo se requiere contar con la valoración inicial por un Médico Especialista en rehabilitación y el plan de tratamiento que describa las distintas terapias involucradas y pronóstico.
- Las Terapias se deben realizar en centros especializados certificados y ser proporcionadas por personal que cuente con cédula profesional de especialidad para ejercer la medicina física y de rehabilitación.

Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y número de especialidades que lo proporcionen.

La Compañía cubrirá cómo máximo las siguientes Terapias de rehabilitación:
- 30 (treinta) sesiones para músculo esquelético
- 360 sesiones para programas de neurorehabilitación.
- 360 sesiones para programas de neurodesarrollo.

El pago se realizará de acuerdo con el Tabulador Médico contratado (el cual incluye el pago del honorario Médico)

15. Ambulancia
Se cubrirán los siguientes servicios de ambulancia dentro del Territorio Nacional hacia o desde el Hospital, cuando se requieran a consecuencia de una Enfermedad o Accidente amparado:
- Ambulancia terrestre

- Ambulancia aérea en caso de Emergencia Médica, sólo si en la localidad en donde se encuentra el Asegurado no se cuenta con los recursos Médicos hospitalarios necesarios para su atención y se haya expedido una responsiva médica que autorice el traslado.

La Ambulancia Aérea sólo se cubrirá por Pago por Reembolso, aplicando Coaseguro del 20%

16. Medicina Alternativa
Bajo este concepto se cubren únicamente los gastos por tratamientos de acupuntura para clínica del dolor, así como los honorarios de homeópatas y quiroprácticos que cuenten con cédula profesional que los acredite como Médicos autorizados para realizar dichos tratamientos y que sean recomendados por el Médico Tratante.

17. Deportes peligrosos
Quedan cubiertos los gastos derivados por lesiones que sufra el Asegurado por la Práctica Amateur o No Profesional de cualquier deporte incluyendo deportes peligrosos, excepto lo estipulado en el apartado denominado "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)"

18. Consulta Psicológica o Psiquiátrica
Se cubren como máximo 15 (quince) Consultas psiquiátricas o psicológicas prescritas por el Médico Tratante, únicamente cuando sean requeridas a causa de:

- Que el Asegurado sea víctima de: robo con violencia, secuestro o violación.
- Politraumatismo que implique cambio radical en la calidad de vida del Asegurado.
- Los siguientes Padecimientos o tratamientos:
  - Cáncer en fase terminal.
  - Insuficiencia renal crónica.
  - Cirugía de las coronarias o Infarto al miocardio.
  - VIH o SIDA.
  - Accidente vascular cerebral con daño permanente.
  - Trasplante de órganos mayores.
  - Amputación de una extremidad.
  - Invalidez Total o Permanente a causa de un Padecimiento o Accidente cubierto.

Las consultas tendrán como límite el monto máximo establecido en el Tabulador Médico contratado.

Exclusiones: Medicamentos, aun cuando se tenga contratada la cobertura de Medicamentos Fuera del Hospital.

B) GASTOS MÉDICOS AMPARADOS CON PERIODO DE ESPERA

Quedarán cubiertos los gastos que a continuación se mencionan, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso aplique.
Aplica Deducible y Coaseguro estipulados en la Carátula de Póliza así come el límite de Suma Asegurada establecido en la misma.

El Periodo de Espera se cuenta a partir de la Fecha de Alta en esta Póliza o la Fecha de Antigüedad que aplique en cada caso.

1. Amparados a partir de 10 meses

1.1 Maternidad básica

La Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en la Carátula de Póliza para esta cobertura, sin aplicar Deducible ni Coaseguro, siempre y cuando la Asegurada al momento del parto o cesárea tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza.

NO aplica "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su causa o complicación y su forma de tratamiento:

- **Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad**
- **Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

1.2 Complicaciones del embarazo o puerperio

Se cubrirán únicamente los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o puerperio:

- Atonía Uterina.
- Cerclaje
- Diabetes Gestacional
- Embarazo Extrauterino
- Embarazo Molar
- Fiebre Puerperal
- Huevo Muerto Retenido
- Óbito
- Placenta Acreta
- Placenta Previa
- Preclampsia, Eclampsia y Toxicosis gravídica
- Púrpura Trombocitopénica
- Complicaciones por Infecciones Urinarias
- Complicaciones por hiperémesis gravídica

Este beneficio aplica siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos 10 (Diez) meses de cobertura continua con esta Póliza.

Para esta cobertura no aplica el beneficio de "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD", por lo que no aplica reducción o eliminación de Periodo de Espera.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación y su forma de tratamiento:

- **Aborto Voluntario.**
- **Complicaciones del Embarazo, parto, cesárea o puerperio que no se encuentren explícitamente mencionadas en esta cobertura.**
- **No se cubren Enfermedades y procedimientos en el feto.**
- **Complicaciones o gastos cuando sean como consecuencia de un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida. En estos casos no quedarán cubiertos los gastos de la madre ni tampoco los gastos relacionados con el recién nacido, excepto lo especificado en el apartado denominado "COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS"**
- **En caso de Maternidad Subrogada no quedan cubiertos los gastos de la Madre Biológica ni de la Madre Gestante**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

1.3 Cobertura del Recién Nacido

Quedan amparados los gastos del Recién Nacido por Accidente o Padecimientos cubiertos que ocurran a partir del nacimiento, así como tratamientos médicos y/o quirúrgicos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro, Padecimientos Genéticos, Padecimientos congénitos, circuncisión por fimosis e implante coclear siempre y cuando:

- La Madre Asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza al momento del nacimiento del Recién Nacido.
- Se haya notificado a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento

Si la Madre Asegurada cumple con los 2 (dos) puntos anteriores, el Recién Nacido podrá ser dado de Alta en la Póliza de la Madre Asegurada sin pasar por el proceso de selección médica, quedando asegurado desde su fecha de nacimiento.

En caso de no cubrir con alguno de los 2 (dos) puntos anteriores, deberá de solicitar el Alta de acuerdo con la cláusula de Alta de estas Condiciones Generales, debiendo entregar Solicitud de seguro requisitada y firmada pasando por el proceso de selección médica.
Para la cobertura de VIH o SIDA del Recién Nacido la Madre Asegurada deberá cumplir con al menos 48 (cuarenta y ocho) meses de cobertura continua con esta Póliza al momento del nacimiento del Recién Nacido.

Para esta cobertura no aplica el beneficio de "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para la Madre Asegurada, por lo que no aplica reducción o eliminación de Periodo de Espera.

Exclusiones: No quedan cubiertos los siguientes Eventos, sin importar cuál sea su origen o complicación:

- **Padecimientos Genéticos o Congénitos, tratamientos del Recién Nacido inmaduro y/o prematuro o cualquier Padecimiento o complicación cuando éstos sean a consecuencia de un Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad al que se hayan sometido alguno de los padres o cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida.**
- **Padecimientos que presente el Recién Nacido a consecuencia de algún Padecimiento no cubierto o excluido a la Madre Asegurada en esta Póliza.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "Exclusiones (Gastos no cubiertos)" de estas Condiciones Generales.

2. Amparados a partir de 6 meses

2.1 Padecimientos congénitos

Quedarán cubiertos a partir de 6 (seis) meses de cobertura continua en esta Póliza los Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza y de aquellos nacidos durante la Vigencia de la Póliza pero sin que la madre haya cumplido 10 meses de cobertura continua en esta Póliza al momento de su nacimiento. Siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado Síntomas y/o Signos, ni realizado diagnóstico Médico a la fecha alta del Asegurado en la Póliza
- No hayan erogado gastos por dichos Padecimientos a la Fecha de Alta del Asegurado en la Póliza
- El Padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la Fecha de Alta del Asegurado.
- No haya sido conocido por la evolución natural del Padecimiento.

Si se cumple con lo anterior, el Padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica.

Para esta cobertura no aplica el beneficio de "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD", por lo que no aplica reducción o eliminación de Periodo de Espera.

3. Amparados a partir de 12 meses
Se cubren, a partir de 12 (doce) meses de cobertura continua en la presente Póliza los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

3.1 Padecimientos ginecológicos incluyendo cáncer de ovario, cáncer cervicouterino y endometrio.
3.2 Padecimientos de glándulas mamarias incluyendo cáncer
3.3 Padecimientos en vías urinarias incluyendo litiasis renal y Padecimientos del riñón
3.4 Padecimientos de la vesícula y vías biliares
3.5 Padecimientos del piso pélvico.
3.6 Várices, varicocele e insuficiencia venosa de extremidades inferiores
3.7 Enfermedades ácido pépticas, incluyendo reflujo gastroesofágico

Aplica "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

Estos Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes.

3.8 Cirugía para corregir trastornos de la refracción ocular
Se amparan, a partir de 12 meses continuos con esta Póliza, los gastos por cirugía para corregir trastornos de la refracción ocular, cuando la graduación por ojo sea mayor o igual a cinco dioptrías. El tratamiento para corregir uno o ambos ojos en una misma sesión se considera como un solo Evento. La Suma Asegurada será de $14,000 por ambos ojos sin aplicar Deducible ni Coaseguro.

No aplica el beneficio de "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para reducir o eliminar el Periodo de Espera.

4. Amparados a partir de 18 meses
Se cubren, a partir de 18 (dieciocho) meses de cobertura continua en la presente Póliza los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

4.1 Nariz y senos paranasales.
4.2 Padecimientos de Rodilla
4.3 Padecimientos de Columna Vertebral incluyendo hernias de disco
4.4 Padecimientos de Cadera

Aplica "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

En caso Accidente quedarán cubiertos sin Periodo de Espera, aplicando Coaseguro del 50%, no aplica Tope de Coaseguro.

Estos Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes.

5. Amparados a partir de 24 meses
Se cubren, a partir de 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua en la presente Póliza los gastos derivados de las siguientes Enfermedades o Padecimientos:

5.1 Hemorroides y Enfermedades ano rectales.
5.2 Amígdalas y adenoides.
5.3 Hernias de cualquier tipo incluyendo diástasis de rectos.
5.4 Circuncisión por fimosis para Asegurados nacidos fuera de la Vigencia de la Póliza.

5.5 Padecimientos de próstata incluyendo cáncer.
5.6 Cataratas (incluyendo lente intraocular hasta una Suma Asegurada de $ 25,000 por lente).

Aplica “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

Estas Enfermedades o Padecimientos no quedarán cubiertos si son Preexistentes.

5.7 Cirugía de párpados (Ptosis Palpebral / Blefaroplastía)
Se cubren, a partir de 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua en la presente Póliza los gastos derivados de Cirugía de párpados (Ptosis Palpebral / Blefaroplastía) bajos las siguientes condiciones:
- Se requiere fotografía (mirando de frente) previa a la cirugía.
- Solo se cubren las cirugías requeridas de tipo funcional.

No aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

6. Amparados a partir de 48 meses

6.1 VIH y SIDA
Se cubren los gastos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando se haya detectado después del Periodo de Espera de 48 (cuarenta y ocho) meses.

No aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

6.2 Cirugía Bariátrica
Se cubrirá la Cirugía Bariátrica requerida por el Asegurado siempre y cuando se compruebe médicamente:
- Diagnóstico de obesidad mórbida con un índice de masa corporal superior al 40%
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o hipertensión arterial
- Sea mayor de 18 años y menor de 55 años

Para esta cobertura aplica un límite de $500,000 en el cual se incluyen los gastos por el Evento quirúrgico, estudios, seguimiento y sus posibles complicaciones.

No aplica el beneficio de “RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD” para reducción o eliminación del Periodo de Espera.

IV. Servicios de asistencia

1. Servicio de Asistencia B×+

El Asegurado tiene a su disponibilidad los siguientes servicios:

Asistencia Médica

a) **Asesoría médica telefónica**
Servicio de Asistencia BX+, orientará telefónicamente al Asegurado sobre problemas menores o dudas con relación a:
- Utilización de Medicamentos.
- Síntomas o molestias que le aquejen.

Este servicio será proporcionado las 24 horas de los 365 días del año. El Equipo de Médicos de Servicio de Asistencia BX+ no emitirá ningún diagnóstico, pero a Solicitud del Asegurado se le direccionará para:
- Programar la visita de un Médico a domicilio con un costo preferencial para el Asegurado.
- Programar el envío de una ambulancia terrestre.

Ni la Compañía ni el Servicio de Asistencia BX+ serán responsables respecto a alguna atención o falta de ella cometida por los Médicos o instituciones médicas.

b) **Envío de Médico a domicilio** (consulta domiciliaria)
A Solicitud del Asegurado, el Servicio de Asistencia BX+ gestionará el envío de un Médico general sin costo o un Médico especialista con costo preferencial (mismo que el Asegurado deberá liquidar directamente al Médico), hasta su residencia legal o al lugar donde se encuentre en el momento de solicitarlo.
Este servicio está limitado a dos Eventos durante la Vigencia de la Póliza y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

c) **Envío de ambulancia terrestre** (traslado Médico terrestre)
El Servicio de Asistencia B×+, con el consentimiento del Asegurado, gestionará su traslado al centro hospitalario más cercano.
Este servicio está limitado a un Evento sin costo durante la Vigencia de la Póliza y está sujeta su disponibilidad en la localidad que corresponda.

Asistencia Funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular de la Póliza los familiares tendrán acceso a la red de funerarias con las que Servicio de Asistencia BX+ tiene convenios, en las que se otorgará un descuento único de $10,000 pesos en cualquier paquete de servicio funerario aplicable para la red de Servicio de Asistencia BX+. El servicio debe ser gestionado y coordinado telefónicamente por Servicio de Asistencia BX+ desde un inicio con su red de funerarias, no aplican reembolsos y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento del Asegurado.

2. Servicios de asistencia al viajero

El Asegurado tiene a su disponibilidad los servicios de asistencia cuando se encuentre viajando a 75 km. o más de su residencia legal o en otro país cubriéndose únicamente los primeros 90 días consecutivos a partir del inicio del viaje. Si el Asegurado sufre una Emergencia Médica o personal, éste podrá comunicarse al Centro de Atención Telefónica que se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.
Es importante que el Asegurado que requiera hacer uso del servicio presente su tarjeta de identificación.
El Servicio de Asistencia ofrece:
- Una red global de Médicos.
- Un centro de operaciones capacitado para responder en cualquier parte del mundo.
- Proveedores de servicio de ambulancias aéreas y terrestres.
- Profesionales en la gestión de crisis.

Mientras el Asegurado se encuentre de viaje estará sujeto a las condiciones generales de la Póliza contratada; para la asistencia en viaje contará con los siguientes servicios:
- Referencia Médica y Hospitalaria en cualquier parte del mundo.
- Asistencia al Asegurado para su ingreso hospitalario.
- Traslado Médico de Emergencia: Cuando no existan los centros Médicos adecuados en el lugar donde el Asegurado se encuentre, se podrá utilizar el método de transporte, equipo y personal necesario para trasladar al Asegurado al centro más cercano capaz de proporcionar la atención médica apropiada.

- Monitoreo Médico: El personal Médico de asistencia se mantendrá en comunicación constante con el Médico que atiende el caso y con el Hospital, luego transmitirá la información necesaria a la familia o al Contratante.
- Repatriación Médica: Una vez que la condición médica del Asegurado se considere estable según lo determine un Médico de La Compañía y el Médico que atiende el caso, harán los arreglos necesarios para transportarlo de regreso a su domicilio o a un centro de rehabilitación. La repatriación se hará bajo constante supervisión médica y únicamente cuando sea médicamente necesario.
- Asistencia de Medicamentos: Si el Asegurado pierde u olvida su Medicamento recetado mientras está de viaje, se le brindarán los servicios de asistencia a efecto de que este puede reponer o reemplazar dicho Medicamento, sin embargo el costo del Medicamento será a cargo del Asegurado.
- Transporte para reunirse con un paciente: Si un Asegurado está viajando solo y requiere ser hospitalizado por más de siete días, tan pronto como se determine esto, se proporcionará un boleto de transporte en clase turista hasta el lugar de la Hospitalización, para que viaje una persona elegida por el Asegurado para acompañarlo.
- Cuidados para Menores de Edad: Si algún menor de edad queda desatendido como resultado de una Emergencia Médica del Asegurado, se proporcionará transporte en clase turista de regreso a su domicilio, con acompañantes calificado si fuera necesario.
- Traslado de Restos Mortales: En caso del fallecimiento del Asegurado, se asistirá con la logística y el costo para transportar los restos mortales al lugar de entierro. Incluyendo la localización de una funeraria, morgue o centro de disposición para la preparación del cadáver para su transporte, así como la tramitación de toda la documentación.
- Asistencia de Equipaje y Documentos Perdidos: Apoyo en la localización y recuperación de equipaje y documentos personales perdidos.
- Referencia Legal y de Intérprete: El Asegurado cuenta con la asistencia para obtener información vía telefónica con intérpretes o abogados en el lugar donde se encuentre.

Exclusiones de la asistencia

En adición a lo dispuesto por el apartado de EXCLUSIONES (Gastos no Cubiertos), este contrato en ningún caso ampara:

Traslado o repatriación de un Asegurado sin autorización médica ni por los siguientes casos:

- **Por lesiones leves, tales como esguinces, luxaciones, fracturas simples, o Enfermedades leves que puedan ser tratadas por Médicos locales y que no impidan que el Asegurado continúe su viaje o regrese a su hogar.**
- **Por un embarazo de más de seis meses.**
- **Por trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.**
- **Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento Médico.**
- **Intento de suicidio.**
- **Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
- **Si el Asegurado participa en un acto ilegal.**
- **Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que estas sean recetadas por un Médico.**
- **Traslado del Asegurado de una instalación médica a otra con servicios similares y que proporcione el mismo nivel de cuidado Médico.**
- **El tiempo que exceda de los 90 días consecutivos de viaje.**
- **Por demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplos no limitativos a, condiciones climatológicas, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.**

V. Coberturas adicionales con costo

Cualquiera de las siguientes Coberturas Adicionales con costo quedarán cubiertas, siempre y cuando hayan sido contratadas a petición del Contratante o Asegurado Titular.
Se cubren los gastos correspondientes de acuerdo a las condiciones y límites especificados en la Carátula de la Póliza y/o Endoso.

1. **Medicamentos fuera del Hospital (Medicam Fuera del Hospital)**
   A partir de la fecha de contratación de esta cobertura se cubrirán los costos de los Medicamentos adquiridos por el Asegurado fuera del Hospital, prescritos por los Médicos Tratantes y que estén relacionados con el Padecimiento cubierto.
   Aplica para Medicamentos adquiridos en territorio nacional y que cumplan con la definición de Medicamentos establecida en el apartado "DEFINICIONES Y ABREVIATURAS" de este contrato.
   Aplica la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro establecido en la Carátula de la Póliza.

   No aplica para Padecimientos que hayan iniciado antes de la contratación de la cobertura.

   Exclusiones: Medicamentos adquiridos en territorio extranjero.

   Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)"de estas Condiciones Generales.

2. **Complicaciones de tratamientos no amparados (C.Tratamientos No Amparados)**
   Mediante la contratación de esta cobertura, quedarán amparados los gastos originados por una Emergencia Médica derivada de las complicaciones por tratamientos o cirugías no amparadas por la Póliza, únicamente por los siguientes conceptos:
   - Tratamientos quirúrgicos estéticos.
   - Tratamientos quirúrgicos por obesidad, anorexia y bulimia.
   - Tratamientos quirúrgicos de infertilidad y esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
   - Tratamientos dentales.

   Aplica un límite de Suma Asegurada estipulado para esta cobertura en la Carátula de la Póliza o Endoso.
   Aplicará el Deducible y Coaseguro de la cobertura básica estipulado en Carátula de la Póliza.
   Al estar estabilizada y controlada la Emergencia Médica cesarán los beneficios de esta cobertura.

Esta cobertura únicamente aplica en territorio nacional.

Exclusiones:

a) **En caso de que no exista la Emergencia Médica no quedará amparado ningún gasto.**
b) **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.**
c) **Aquellas complicaciones de tratamientos que se hayan realizado fuera de la Vigencia de la Póliza.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

3. **Padecimientos Preexistentes declarados (P. Preexistentes Declarados)**
   Algunos Padecimientos preexistentes declarados podrán ser evaluados por la Compañía de acuerdo a las características de la Enfermedad y su tiempo de evolución.

Quedarán cubiertos los Padecimientos preexistentes que hayan sido declarados y aceptados por la Compañía, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- No se haya recibido tratamiento Médico y/o haya erogado gasto en los 6 meses anteriores a la contratación de la cobertura.
- El Padecimiento no se encuentre expresamente excluido por Endoso.

Este beneficio aplica siempre y cuando el Asegurado cumpla con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en esta cobertura..

Exclusiones: los siguientes Padecimientos Preexistentes:

a) Enfermedades crónicas y degenerativas.
b) Padecimientos oncológicos que no hayan estado en remisión durante los 5 años anteriores a la contratación de esta cobertura.
c) Padecimientos neurológicos.
d) Accidentes Vasculares Cerebrales.
e) Padecimientos cardiacos.
f) Padecimientos reumatológicos .
g) Padecimientos autoinmunes.
h) Padecimientos que requieran trasplante de órgano y las complicaciones del mismo.
i) Padecimientos Preexistentes estipulados en los Endosos de exclusión de esta Póliza en caso de existir.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

4. **Eliminación de Deducible por Accidente (Elim Deducible por Accidente)**
Mediante la contratación de esta cobertura se elimina el Deducible contratado en caso de un Accidente amparado, siempre y cuando el Asegurado se atienda en un Hospital del mismo nivel o menor al contratado y los gastos procedentes excedan 3,000 pesos, de acuerdo a la definición de Accidente amparado de estas condiciones generales.
Esta cobertura aplica únicamente en Territorio Nacional.

Exclusiones:

a) Tratamiento de Nariz y/o Senos Paranasales.
b) Rodilla y columna, cuando el Asegurado no cumpla con el periodo de espera establecido en "Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera".
c) Cualquier otro padecimiento que no haya cumplido con el periodo de espera establecido en "Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera".

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

5. **Ampliación de servicios**
Mediante la contratación de esta cobertura quedan cubiertos los siguientes servicios que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparada o por una discapacidad generada por un Accidente o Enfermedad amparada por la Póliza:
   a) Ampliación de Servicio de Enfermera: Mediante esta cobertura se podrá ampliar máximo de 720 horas adicionales el servicio de enfermería establecido en la cobertura denominada "Enfermera

fuera de Hospital", siempre y cuando se encuentre justificado y solicitado por el Médico Tratante considerando únicamente las labores de enfermería relacionadas con la aplicación de Medicamentos de alta especialidad por vía parenteral o enteral, rehabilitación pulmonar, vigilancia y cambio continuo de sondas. Se pagará de acuerdo al Tabulador Médico contratado.

Exclusiones: otras labores NO relacionadas con las anteriores y "servicios de cuidadora".

b) Ampliación de Terapias de Rehabilitación: Mediante esta cobertura se podrá ampliar el límite de sesiones de Terapia establecidos en la cobertura "TERAPIAS DE REHABILITACIÓN", siempre y cuando se cumpla con los requisitos establecidos en dicha cobertura.

Se tendrán máximo las siguientes sesiones adicionales a lo establecido en la cobertura básica:

- 20 (veinte) sesiones para músculo esquelético
- 180 sesiones para programas de neurorehabilitación
- 180 sesiones para programa de neurodesarrollo

El pago se realizará de acuerdo con el Tabulador Médico Contratado (el cual incluye el pago del honorario médico)

Exclusiones: padecimientos que hayan iniciado antes de la contratación de la cobertura.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

6. Maternidad plus

Con la contratación de esta cobertura la Compañía sustituirá la Suma Asegurada de la cobertura de Maternidad Básica descrita en el apartado de "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS" por la contratada en esta cobertura.

Esta cobertura aplica bajo las siguientes condiciones:

- La Asegurada deberá cumplir con al menos 10 meses continuos con esta cobertura al momento del parto.
- Al momento del parto la Suma Asegurada que aplicará será la menor que haya tenido contratada la Asegurada en los últimos 10 meses

La Suma Asegurada no es acumulable con la cobertura de Maternidad Básica estipulada en el apartado "COBERTURA BÁSICA".
No aplica el beneficio de "RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD" para reducción o eliminación de Periodo de Espera.

Exclusiones:

a) Tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, cuando se haya realizado un Tratamiento para la Reproducción Asistida, excepto lo especificado en la cobertura denominada "COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS" en caso de tenerla contratada.
b) Maternidad Subrogada, sea la Madre Biológica o Mujer Gestante

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

7. Emergencia médica en el extranjero (Emergencia Médica Extranjero)

Mediante la contratación de esta cobertura, se amparan los gastos Médicos a consecuencia de una Urgencia o Emergencia Médica ocurrida fuera del Territorio Nacional.

La Suma Asegurada máxima y Deducible serán los indicados en la Carátula de la Póliza, sin aplicación de Coaseguro. La Compañía pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio vigente a la fecha en que el Asegurado haya recibido los servicios Médicos.

Al estar estabilizada y controlada la Emergencia Médica, cesarán los efectos de esta cobertura.

Los gastos amparados para esta cobertura se sujetan únicamente a los siguientes conceptos definidos anteriormente y son:

- Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos
- Gastos Hospitalarios
- Suministros en el Hospital
- Estudios de Laboratorio y Gabinete
- Ambulancia, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula Uso de Ambulancia
- Aparatos Ortopédicos y Prótesis necesarias para el tratamiento.

Exclusiones:

a) Tratamientos que no sean catalogados como de Emergencia médica, porque no ponen en peligro la vida del Asegurado ni la integridad corporal de algún órgano.
b) Los gastos por Parto o Cesárea.
c) Las Enfermedades o Accidentes preexistentes a la contratación de esta cobertura.
d) Gastos no mencionados en la descripción de esta cobertura.
e) Cirugías previamente programadas.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

8. Beneficio Hospitalario VIP

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado gozará de algunos beneficios enlistados a continuación siempre y cuando se atienda en cualquier Hospital Preferente perteneciente a su nivel hospitalario y con un Médico perteneciente al Hospital Preferente:

- **Reducción de Coaseguro**
  En caso de algún Siniestro el Coaseguro que aplicará será 0% en la factura hospitalaria, siempre y cuando el Padecimiento sea atendido por un Médico que forme parte de Proveedores en Convenio y el procedimiento se realice en Hospital Preferente del mismo nivel hospitalario contratado o menor.

  El beneficio de Coaseguro del 0% aplica únicamente si el Coaseguro contratado es menor o igual a 15%.
  En caso de que el Asegurado cambie a un Médico, servicios, insumos y/o Hospital no Preferente, el Coaseguro que se aplicará será el contratado en la Póliza.
  Si se atiende en un Hospital de mayor nivel al contratado o una región mayor se aplicará lo establecido en el apartado "Gastos a Cargo del Asegurado en el Siniestro".

- **Paquete de admisión**
  Quedará amparado el paquete de admisión hospitalaria.

- **Medicamentos necesarios para evitar complicaciones de Enfermedades o Accidentes amparados**
  Quedan amparados los Medicamentos que no estén directamente relacionados con la Enfermedad y/o Accidente amparado pero que el Médico Tratante prescriba para evitar complicaciones de la Enfermedad o Accidente amparado, tales como protectores gástricos y Medicamentos para controlar la glucosa y la hipertensión arterial entre otros.
  Para que dichos Medicamentos sean amparados, será necesario presentar a la Compañía lo siguiente:
  - Receta del Médico Tratante con la prescripción del Medicamento.
  - Documento emitido por el Médico Tratante que justifique su uso. Esta cobertura se manejará por reembolso, con un tope máximo de $10,000 pesos sin Deducible y Coaseguro.

Exclusiones de esta cobertura: no aplica el beneficio de reducción de Coaseguro en los siguientes procedimientos quirúrgicos: Robots (método Da Vinci), Radiocirugía y terapia endovascular.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

9. Enfermedades Graves en el Extranjero (Enfermedades Graves Extranjero)

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado podrá ampliar la zona de cobertura de la Póliza a territorio extranjero para la atención médica del Asegurado, a consecuencia de las Enfermedades descritas más adelante, cuyo inicio de Signos o Síntomas, diagnóstico y primeros gastos se originen posterior a la contratación de esta cobertura adicional y que cumplan con el Periodo de Espera establecido en las presentes condiciones generales para las Enfermedades amparadas por esta cobertura:

a) **Infarto al miocardio**
b) **Cirugía Coronaria** (Operación de Torax abierto)
c) **Enfermedades Cerebrovasculares y Cerebrales**
   Únicamente los tratamientos Médicos y quirúrgicos derivados de: tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, malformaciones del aparato circulatorio, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.
d) **Neoplasia Maligna (Cáncer)**
   - Tumores malignos,
   - Cáncer con metástasis
   - Leucemia.

   El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplástica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos.
e) **Insuficiencia Renal Crónica Terminal:** Falla funcional de ambos riñones, que se diagnostican por la franca y persistente alteración de las pruebas de función renal (urea y creatinina) que hacen necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis o trasplante renal
f) **Trasplante de Órgano Vital:** quedan cubiertos únicamente los trasplantes de corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea y páncreas.

Para esta cobertura aplica la Suma Asegurada contratada para la COBERTURA BÁSICA, la cual se encuentra estipulada en la Carátula de Póliza, esta Suma Asegurada es para su uso tanto en territorio nacional como en el extranjero.

Los Honorarios Médicos generados en el extranjero se pagará de acuerdo a tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable).

Aplica Deducible y Coaseguro contratado y estipulado en la Carátula de Póliza, independientemente si los gastos fueron erogados en territorio nacional o extranjero aplicando lo establecido en las cláusulas "Pago de Indemnizaciones por Siniestro" y "Gastos a Cargo del Asegurado"

Exclusiones de esta cobertura

a) **Se excluye cualquier Enfermedad que existiera antes de la fecha de contratación de esta cobertura.**
b) **No quedan cubiertos los tratamientos por Enfermedades o Padecimientos que no hayan cumplido el Periodo de Espera establecido en el apartado B) Gastos Médicos Amparados con Periodo de Espera.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

10. Cobertura internacional

Mediante la contratación de esta cobertura el Asegurado podrá complementar y ampliar la cobertura de la Póliza para atención en el extranjero de cualquier Enfermedad o Accidente amparado bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

El monto máximo de cobertura será la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica, esta Suma Asegurada no es adicional a la Básica, es decir la suma de los gastos totales en que incurra el Asegurado tanto en territorio nacional como en el extranjero no deberán rebasar la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

Para esta cobertura aplica el Deducible y el Coaseguro contratado para la Cobertura básica, y se elimina el Tope de Coaseguro establecido en la caratula de la Póliza. El Tope de Coaseguro aplica sólo para atención en territorio nacional.

Exclusiones:

a) **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.**

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)"de estas Condiciones Generales.

11. Multi-región

A través de la contratación de esta cobertura, el Asegurado podrá atenderse en un Hospital del mismo nivel o menor al contratado dentro de la República Mexicana en una región diferente a la contratada sin que se aplique el incremento del Coaseguro estipulado en el apartado "Aplicación de Coaseguro" por recibir atención médica en una zona distinta a la zona en donde se emitió la Póliza.

Exclusiones:

a) **Gastos que se originen a consecuencia de Padecimientos Preexistentes a la contratación de esta cobertura adicional.**
b) **Las Exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado "Exclusiones (Gastos no cubiertos)" de estas Condiciones Generales.**

12. Ayuda diaria por Hospitalización (Ayuda Diaria Hospitalización)

Se otorgará al Asegurado una indemnización diaria durante la Hospitalización ininterrumpida por un lapso mayor a tres días a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparado que haya iniciado durante la Vigencia de esta cobertura. La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura establecida en la Carátula de la Póliza por cada día de Hospitalización hasta el periodo máximo establecido en la misma.

EXCLUSIONES: Esta cobertura en ningún caso ampara la hospitalización a consecuencia de una complicación del embarazo y/o puerperio, cesárea, parto o complicaciones de gastos Médicos no cubiertos.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)"de estas Condiciones Generales.

13. Indemnización Enfermedades Graves (Indemnización Enferm Graves)

Mediante la contratación de esta cobertura, si durante la Vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera, al Asegurado se le diagnostica alguna de las Enfermedades Graves señaladas más adelante, la Compañía pagará la Suma Asegurada estipulada para este beneficio en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando el Asegurado cumpla con el Periodo de Espera establecido en la cláusula denominada "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS CON PERIODO DE ESPERA" de las presentes Condiciones Generales. Cabe señalar que la Suma Asegurada es indemnizatoria y por lo tanto no aplica Deducible ni Coaseguro.

Para los casos que no se encuentren especificados en el apartado denominado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS CON PERIODO DE ESPERA" se aplicará un Periodo de Espera de 90 días. Si dentro de este Periodo de Espera, el Asegurado es diagnosticado por alguna Enfermedad grave, la Suma Asegurada contratada no será otorgada.

Los periodos de espera no aplicarán tratándose de Infarto del Miocardio, infarto y/o hemorragia cerebral.
Si el Asegurado falleciere por alguna de estas Enfermedades Graves, el pago de la Suma Asegurada Procedente se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado y que aparecen en la Póliza a la que se adhiere esta cobertura adicional con costo.
Se considerará Enfermedad Grave, cuando el Asegurado sea diagnosticado por alguno de las siguientes Enfermedades:

a. **Infarto del Miocardio (Infarto Cardiaco):** Necrosis de una porción del músculo cardiaco, como resultado de una interrupción en el aporte sanguíneo de esa área y que ocurre por primera vez. El diagnóstico debe incluir evidencia de los Síntomas o Signos correspondientes a un proceso de infarto agudo, los cuales son:
    - Historia del dolor torácico típico
    - Cambios electrocardiográficos usuales o diagnósticos de infarto al miocardio y aumento en las enzimas cardiacas por sobre valores normales de laboratorio.
b. **Cirugía Coronaria:** Cirugía que requiere toracotomía (apertura de tórax) y que se practica sobre las arterias coronarias con objeto de restaurar el aporte sanguíneo adecuado al músculo cardíaco y comprende::
    - Puente aorto-coronarios venosos o arteriales

    El diagnóstico debe incluir la evidencia preoperatoria de estrechez orgánica significativa u oclusión de las coronarias mediante angiografía coronaria u otro método de imagen.
c. **Infarto y/o Hemorragia Cerebral:** Muerte de una porción cerebral como resultado de una interrupción del aporte sanguíneo adecuado al área involucrada. Hemorragia masiva intra-cerebral que causa daño cerebral que se manifiesta por sintomatología por más de 2 meses después del suceso junto con las pruebas de resonancia magnética nuclear, tomografía y/o angioresonancia.
d. **Neoplasia Maligna (Cáncer):** La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos a los diversos tipos de leucemia excepto la leucemia linfocítica crónica, los linfomas y la Enfermedad de Hodgkin; caracterizados por crecimiento incontrolado, dispersión de células malignas e invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico debe incluir evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada por estudio histopatológicos.
e. **Insuficiencia Renal Crónica Terminal:** Falla funcional de ambos riñones, que se diagnostican por la franca y persistente alteración de las pruebas de función renal (urea y creatinina) que hacen necesaria la diálisis peritoneal o hemodiálisis o trasplante renal. Los criterios para el diagnóstico serán los aceptados en la norma oficial mexicana y tendrán que ser avalados por especialistas certificados.
f. **Parálisis de las Extremidades:** Daño irreversible del sistema nervioso central que produce parálisis permanente de dos o más extremidades completas producida por Accidente o Enfermedad, El

diagnostico deberá de ser establecido por especialistas certificados y deberá de acompañarse de estudios de imagen y electromiografía.

g. **Trasplante de un Órgano Vital:** Es el que se realiza cuando el Asegurado por Accidente o por una Enfermedad crónica e irreversible que dañen en forma permanente y total un órgano, es necesario para su supervivencia siendo receptor del Trasplante de un órgano que puede ser cualquiera de los siguientes: corazón total, pulmón, hígado, riñón médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el Trasplante de islote de Langerhans), solo se cubrirán los Trasplantes de órganos que se hayan realizado respetando la Norma Oficial Mexicana y cualquier legislación relacionada vigente a la fecha del Trasplante. Los gastos Médicos y hospitalarios del retiro quirúrgico del órgano quedan amparados.

Condiciones particulares de esta cobertura

Para el pago de la Suma Asegurada, el Asegurado deberá presentar ante la Compañía un dictamen emitido por el Médico o Médicos que hubieran atendido al Asegurado, así como todos los exámenes y pruebas que hubieran servido de fundamento para dicho dictamen. La Compañía, a su costa, tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes médicos y demás pruebas que considere necesarias, con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. En caso de que el Asegurado se negare injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Compañía quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cobertura adicional con costo.

Esta cobertura quedará cancelada automáticamente, sin necesidad de la declaración expresa de la Compañía, con cualquiera de los siguientes acontecimientos:

a. En el momento en que la Compañía efectúe el pago de la Suma Asegurada por la primera ocurrencia de cualquiera de las Enfermedades graves amparadas.
b. Al final del aniversario de este beneficio en que la edad cumplida del Asegurado sea de 65 años.
c. En caso de fallecimiento del Asegurado.
d. Si el Asegurado no contrae ninguna Enfermedad grave de las aludidas al término del plazo del seguro contratado, la cobertura concluirá sin obligación para la Compañía.

La edad de aceptación para la contratación está comprendida entre 18 y 64 años, con Renovación hasta los 64 años.

Exclusiones:

1. **Cualquier Enfermedad grave que existiera antes de la fecha de inicio de Vigencia de esta cobertura.**
2. **Para la Enfermedad grave de cirugía coronaria queda excluido:**
   a. **Angioplastia coronaria transluminal percutánea.**
   b. **Trombolisis.**
3. **Para la Enfermedad grave de infarto y/o hemorragia cerebral queda excluido:**
   a. **Cuando no hay lateralización de los Signos neurológicos y la sintomatología no prevalece por más de 24 horas.**
4. **Para la Enfermedad grave de neoplasia maligna (cáncer) queda excluido:**
   a. **Neoplasia de la piel, con excepción de melanomas malignos invasivos.**
   b. **Carcinoma “in situ” (por ejemplo de cérvico uterino, vejiga, pólipos de recto y colon). El cáncer “in situ” es una clasificación que debe de constar en el estudio**
   c. **histopatológico emitido por el Médico especialista que hizo el registro.**
5. **Los tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma in situ en los cuáles se consideran:**
   a. **Displasia Cervical NIC-I, NIC-II, NIC-III**
      Los cuales son:
      NIC-I Displasia Leve

NIC-II Displasia Moderada
NIC-III Severa Carcinoma In Situ

b. **Los melanomas con espesor menor de 1.5mm., determinado por examen histopatológico, o cuando la invasión sea menor del nivel III de Clark.**
Clasificación de Clark:
   - **Grado I. Lesiones que sólo complican a la epidermis (melanoma in situ) no es una lesión invasiva.**
   - **Grado II. Infiltración de la dermis papilar, pero no alcanza la interfase papilar reticular de la dermis.**
   - **Grado III. Infiltración ocupa y expande la dermis papilar, pero no penetra la dermis reticular.**
   - **Grado IV. Infiltración en la dermis reticular pero no en el tejido subcutáneo.**

c. **Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocélulares de la piel.**
d. **Todos los carcinomas de células escamosas de la piel.**
e. **Los cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 (incluyendo T1 (a) o T1 (b) del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el cáncer), o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.**

Donde:
Etapa T I

Se encuentran células cancerosas en la biopsia pero no se nota nada en el tacto rectal.
Las etapas T I se pueden subclasificar en T I a, T I b y T I c.
Las etapas T I a y T I b corresponden a tumores encontrados accidentalmente durante una resección transuretral de la próstata que es una operación que se hace para disminuir los Síntomas que se presentan cuando hay un agrandamiento de la próstata que se supone benigno.
La etapa T I indica que más del 95% del tejido extraído es benigno y menos de un 5% es maligno.
Se clasificará como T I b si más del 5% del tejido es maligno.
Los cánceres en la etapa T I c se localizan porque se ha realizado una biopsia debido a que se ha detectado alguna anomalía en la prueba de sangre de determinación del antígeno prostático.

Adicional a las Exclusiones particulares de esta cobertura, aplica lo establecido en "EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS)" de estas Condiciones Generales.

14. Reconocimiento de Antigüedad

Mediante la contratación de esta cobertura se reconocerá el tiempo que el Asegurado ha estado amparado de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores con otra Institución de Seguros con el fin exclusivamente de eliminar o reducir algunos Periodo de Espera de las Enfermedades o Padecimientos cubiertos establecidos en estas Condiciones Generales en los que se establezca el beneficio de reconocimiento de Antigüedad. Este beneficio se aplica con la Fecha Reconocimiento de Antigüedad estipulada en la Carátula de la Póliza o Endoso.

Exclusiones:
Este beneficio en ninguna circunstancia será útil para obtener el pago de los gastos Médicos u hospitalarios derivados de Padecimientos Preexistentes y no implica el reconocimiento

de Enfermedades o Accidentes que hayan sido cubiertos o hayan iniciado algún Síntoma en otra Póliza de seguros.

VI. Exclusiones (gastos no cubiertos)

En adición a las exclusiones particulares establecidas por cada cobertura, el presente Contrato de Seguro no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por Enfermedades o Accidentes, estudios, Tratamientos Médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los siguientes conceptos señalados:

1. ***Padecimientos que hayan iniciado durante los primeros 30 días de Vigencia de la Póliza, este periodo no aplica en caso de Renovación ni en caso de Accidente y Emergencias Médicas del Asegurado.***
2. ***Padecimientos Preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones, excepto lo específicamente mencionado en la Cobertura de Enfermedades Preexistentes Declaradas.***
3. ***Cualquier gasto no relacionado directamente con el Tratamiento Médico y/o quirúrgico del Padecimiento o Accidente cubierto.***
4. ***Cualquier Enfermedad o Padecimiento cuyo inicio se haya manifestado en cualquier Periodo al Descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.***
5. ***Los siguientes productos o tratamientos aún con prescripción médica:***
   - ***a) Fórmulas lácteas.***
   - ***b) Suplementos y complementos alimenticios.***
   - ***c) Multivitamínicos y complementos vitamínicos.***
   - ***d) Cosméticos y dermatológicos.***
   - ***e) Medicamentos fuera del Hospital, salvo lo estipulado en el apartado" B) Coberturas Opcionales con costo, inciso 1. Medicamentos Fuera del Hospital"***
   - ***f) Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.***
   - ***g) Medicamentos de acción de Terapia celular.***
   - ***h) Fórmulas naturistas.***
6. ***Técnicas y tecnologías médicas que no estén aprobadas por la FDA de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.***
7. ***Ningún protocolo de estudio para tratar Enfermedades que no estén apegadas a las guías de práctica clínica y que dichos tratamientos estén registrados y avalados por la Secretaría de Salud.***
8. ***Las pruebas genéticas: MAMA PRINT, COLO PRINT, páneles de herencia, foundation one, páneles de biomarcadores, caris my profile, biopsia líquida.***
9. ***Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado como responsable, así como riñas cuando el Asegurado sea el provocador. La autoridad competente será quien determine la responsabilidad del Asegurado, para lo cual deberá presentar la resolución por escrito de la misma.***
10. ***Participación directa del Asegurado en aviación en calidad de tripulante, pasajero o mecánico en vuelos no comerciales.***

11 ***Participación directa del Asegurado en entrenamientos, competencias, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.***

12 ***Lesiones derivadas de Accidentes que el Asegurado sufra viajando como piloto o pasajero en motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares, a menos que el vehículo haya sido rentado con fines recreativos o vacacionales.***

13 ***Enfermedades o Accidentes resultantes de la práctica de box, box thai, lucha libre, motonáutica y Automovilismo en cualquiera de sus modalidades, así como Enfermedades o Accidentes resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.***

14 ***Tratamientos por Enfermedades y/o Accidentes originados a consecuencia de ingesta de alcohol, toxicomanía y/o drogadicción no prescrita por un Médico, así como sus respectivos Tratamientos de desintoxicación.***

15 ***Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos de los candidatos a donación, excepto lo especificado en el apartado "GASTOS MEDICOS AMPARADOS, GASTOS DEL DONADOR".***

16 ***Tratamientos para la calvicie, tratamientos de carácter estético o plástico así como sus complicaciones excepto lo especificado en el apartado Coberturas adicionales con costo "COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS".***

17 ***Tratamientos dietéticos, por obesidad, bajo peso, anorexia, bulimia, talla baja y cualquiera de naturaleza análoga, así como sus complicaciones.***

18 ***Trastornos de enajenación mental, depresión, trastornos de ansiedad, histeria, estrés, neurosis o psicosis y todo tipo de Padecimiento psiquiátrico, psíquico o nervioso, problemas psicológicos, psicomotores, trastornos de lenguaje o de aprendizaje, de conducta, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, independientemente del origen de éstas, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, CONSULTA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA"***

19 ***Las siguientes Terapias y/o tratamientos Médicos, cualquiera que sea su origen:***

- ***a) Terapias de lenguaje***
- ***b) Estimulación temprana***
- ***c) Rehabilitación psicomotora, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, TERAPIAS DE REHABILITACIÓN"***
- ***d) Neurolingüisticas***
- ***e) Terapias de Neuroestimulación, excepto aquello cubierto bajo las condiciones del apartado "GASTOS MÉDICOS AMPARADOS, TERAPIAS DE REHABILITACIÓN"***
- ***f) Neurofeedback***
- ***g) Rehabilitación cognitiva***
- ***h) Aprendizaje***
- ***i) Ocupacional***
- ***j) Vocacional***
- ***k) Recreativa***

No queda cubierto ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o Terapias antes mencionadas ni sus complicaciones, aun cuando éstas se encuentren justificadas médicamente y deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.

20 ***Disfunción sexual, incluyendo la eréctil o impotencia sexual.***

21 ***Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales, excepto lo específicamente señalado en el apartado de "gastos amparados, "TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTE".***

22 ***Aborto o interrupción del embarazo durante las primeras 12 semanas así como sus complicaciones sin importar cualquiera que sea su causa.***

23 ***Los gastos de la Madre Biológica y de la Mujer Gestante en caso de Maternidad Subrogada***

24 ***Prematurez, inmadurez fetal, malformaciones y Enfermedad o Padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta Póliza, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura denominada "PADECIMIENTOS CONGÉNITOS"***

25 ***Tratamientos o procedimientos para control de la fertilidad, infertilidad o la natalidad y Reproducción Asistida ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, excepto lo especificado en el apartado de Coberturas adicionales con costo "COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS".***

26 ***Complicaciones del embarazo, parto o puerperio así como Padecimientos congénitos o genéticos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, cuando alguno de sus padres se haya sometido a un Tratamiento para la Reproducción Asistida, tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, excepto lo especificado en el apartado de Coberturas adicionales con costo "COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS NO AMPARADOS".***

27 ***Padecimientos congénitos, Enfermedades y/o complicaciones de Recién Nacido prematuro, originados por alcoholismo e ingesta de alcohol, así como por el consumo de drogas, incluyendo las prescritas por el Médico.***

28 ***Curas de reposo, Check up.***

29 ***Tratamientos preventivos o profilácticos, incluyendo los indicados por el Médico Tratante e interconsultantes, aún en Siniestros que hayan sido cubiertos con anterioridad.***

30 ***Los tratamientos que se requieran para la atención por intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, así como cualquier lesión auto-inflingida, aún cuando se produzca en estado de enajenación mental o bajo el efecto de enervantes.***

31 ***Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratocono o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo, así como la adquisición de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares y anillos intracorneales, excepto lo mencionado en el apartado denominado "CIRUGÍA PARA CORREGIR TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN OCULAR".***

32 ***Implantes auditivos y cocleares. Excepto lo estipulado en el apartado denominado "COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO".***

33 *Zapatos o plantillas ortopédicas así como Reposición de Aparatos Ortopédicos.*

34 *Los gastos erogados por cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, naturista, hipnotismo, homeopatía, acupuntura, magnetoterapia, curación energética, ozonoterapia, radiestesia, tratamientos experimentales y de investigación y similares que carezcan de evidencia científica. Excepto lo mencionado en el apartado denominado "MEDICINA ALTERNATIVA".*

35 *Tratamientos experimentales o en periodo de investigación.*

36 *Los gastos por honorarios Médicos, cuando el Médico sea el mismo Asegurado o se trate de sus padres, hijos, cónyuge o hermanos.*

37 *Los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de este en el Hospital, excepto cama extra.*

38 *Tratamientos Médicos cuya comercialización al público en general no esté autorizada por la COFEPRIS en territorio nacional y/o estén registrados como tales ante esa misma institución y que su combinación no esté aprobada por la FDA de los Estados Unidos de América.*

39 *Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.*

40 *Servicios de peluquería, barbería, pedicurista y la compra o renta de aparatos y/o servicios para la comodidad y recreación personal.*

41 *Honorarios de Médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos o de acupuntura, homeopáticos proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como Médicos legalmente autorizados para realizar dichos Tratamientos.*

42 *Tratamientos Médicos o quirúrgicos relacionados con trastornos fisiológicos tales como menopausia, andropausia, acné juvenil, pubertad, menstruación, lentigo solar, melasma o cloasma e hiperpigmentación cutánea por daño solar.*

43 *Gastos erogados fuera de la República Mexicana a excepción de lo especificado en los apartados denominados "EMERGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO", "ENFERMEDADES GRAVES EN EL EXTRANJERO" y "COBERTURA INTERNACIONAL"*

VII. Gastos a Cargo del Asegurado en el Siniestro

Queda a cargo del Asegurado el pago de Deducible y Coaseguro establecidos en este Contrato de seguro correspondiente a cada una de las coberturas contratadas.

Aplicación de Deducible y Coaseguro:

1. Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos por un mismo Padecimiento o Accidente, ajustándolos a los límites y condiciones establecidos en el Contrato de Seguro.
2. A la cantidad resultante señalada en el párrafo anterior se descontará el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro aplicando el Tope de Coaseguro correspondiente.

Aplicación de Deducible

El Deducible que se aplicará será el vigente en el momento que el total de los gastos procedentes rebasen dicho monto.

El Deducible aplica para cada Padecimiento o Accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes del contrato.

En caso de solicitar un cambio de Deducible por un Deducible mayor y este cambio haya sido aceptado por la Compañía, el Asegurado deberá pagar la diferencia que exista entre el Deducible pagado y el nuevo Deducible elegido por el Contratante o Asegurado Titular.

Aplicación de Coaseguro

El Coaseguro se aplicará sobre todos los gastos procedentes de esta Póliza hasta el Tope de Coaseguro, ambos indicados en la Carátula de Póliza.

El Tope de Coaseguro que se aplicará será el vigente en el momento en que se rebase dicho monto.

a) Si el Asegurado decide acudir a un Hospital con clasificación diferente a la contratada, se aplicará un porcentaje adicional o porcentaje de disminución al Coaseguro contratado sobre la factura hospitalaria, de acuerdo con la siguiente tabla:

	Nivel Hospitalario de Atención		
Nivel Hospitalario Contratado	Elite	Plus	Estándar
Elite	Coaseguro Contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 5 puntos porcentuales
Plus	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales
Estandar	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado

b) Todos los hospitales que no se encuentren en convenio, serán considerados como Nivel Hospitalario Elite para la aplicación del Coaseguro.

c) El Asegurado puede recibir atención médica en una zona distinta a la zona en donde se emitió la Póliza, en ese caso se aplicará el aumento o disminución de Coaseguro sobre la factura hospitalaria, de acuerdo a la siguiente tabla, en caso de Emergencias Médicas no aplicará el aumento en Coaseguro:

Zona Contratada	Zona de Atención			
	CDMX y Edo. Mex.	Nuevo León	Guadalajara	Otra
CDMX y Edo. Mex.	Coaseguro Contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 5 puntos porcentuales	Disminución de 5 puntos porcentuales
Nuevo León	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Disminución de 5 puntos porcentuales
Guadalajara	Aumento de 15 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado
Otras	Aumento de 20 puntos porcentuales	Aumento de 15 puntos porcentuales	Aumento de 10 puntos porcentuales	Coaseguro contratado

d) En caso de que el Asegurado se atienda en Zona y nivel hospitalario diferente al contratado aplicará la combinación (suma de Coaseguros) de las tablas presentadas en el inciso a y c.

e) El Tope de Coaseguro Aplica de acuerdo a la siguiente tabla:

Coaseguro Contratado	Tope de coaseguro	
	Nivel hospitalario o Zona de atención	
	Contratado o Inferior	Superior
10%	$48,000	$144,000
15%	$60,000	$180,000
20%	$72,000	$216,000
25%	$84,000	$228,000
30%	$96,000	$240,000

f) En caso de que el Asegurado se atienda en un Hospital de nivel superior al contratado o zona distinta a la de contratación, el Tope de Coaseguro se fijará en el nivel Superior para todos los gastos del Siniestro, aunque el Asegurado regrese a sus zona o nivel hospitalario de atención contratado.

g) Reducción de Coaseguro en Medicamentos Genéricos Intercambiables

En caso de que el Asegurado tenga contratada la Cobertura Adicional con Costo de “MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL” podrá contar con el siguiente beneficio:

En caso de que el Asegurado adquiera Medicamentos Genéricos Intercambiables, se aplicará una reducción de 10 (Diez) puntos porcentuales sobre el Coaseguro contratado, esta disminución será aplicable únicamente sobre el monto procedente de los Medicamentos que cuenten con dichas características, al resto de los Medicamentos se les aplicará el Coaseguro contratado.

VIII. Cláusulas generales

CONTRATO
La compañía se obliga en términos y condiciones de este contrato a pagar al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto.
Para todos los efectos legales, formarán parte de este Contrato:

a) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del seguro.
b) Carátula de Póliza.
c) Condiciones Generales.
d) Endosos.
e) Tabulador Médico.
f) Folleto derechos básicos del Asegurado.
g) Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado Titular para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, hayan requisitado a Solicitud de la Compañía.

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
El Contratante y los Asegurados, o sus representantes, están obligados a contestar con veracidad los cuestionarios que constan en la Solicitud al momento de la contratación del seguro, asimismo declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

De la Ley sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 8
"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
"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
"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".
Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato para el(los) Asegurado(s) de que se trate(n), aunque no hayan influido en la realización del Siniestro. (Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).
Artículo 47
"Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 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."

La Compañía estará facultada para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan cuando se realice algún pago por concepto de omisiones, inexactas declaraciones o negligencia por parte del Contratante, Solicitante, Asegurado y/o Beneficiarios.

INICIO Y FIN DE VIGENCIA
La Vigencia de este contrato de seguro inicia y termina en la fecha y hora indicada en la Carátula de la Póliza.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO
La Vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta Póliza o antes sí se presenta lo siguiente:

a) **La Vigencia de la Póliza podrá terminar de manera anticipada a Solicitud del Contratante en caso de que decida dar por terminado el contrato, la Compañía devolverá el 55% de la Prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada), siempre y cuando no haya reclamado ningún Siniestro.**
En este caso, la Prima no devengada se devolverá al Contratante en un término de 10 días hábiles, mediante cheque nominativo para abono en cuenta del Contratante.

b) **En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato de Seguro dentro de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá el 100% (cien por ciento) de la Prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza, sin incluir el derecho de Póliza.**

c) **Esta Póliza terminará anticipadamente su Vigencia si el Contratante no paga la Prima respectiva dentro del periodo establecido en la cláusula de "PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA" correspondiente, cesando los efectos de la misma a las 12:00 horas del último día del citado periodo, sin necesidad de notificación o declaración alguna.**

RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el presente contrato, por las siguientes causas:

a) **Por cualquier omisión o inexacta declaración de alguno de los Asegurados con relación a los hechos que refieren los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, aunque no haya influido en el riesgo.**
La Compañía comunicará por escrito al Asegurado la rescisión del contrato dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.

b) **Las demás causas consignadas en la Ley sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.**

La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el contrato, respecto de ese Asegurado, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. En este caso aplicará la devolución del 100% de la Prima neta pagada.

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Compañía se obliga a entregar al Contratante o Asegurado Titular la Póliza correspondiente.
Al acordar la contratación del seguro, la Compañía proporcionará al Contratante o Asegurado Titular:

I. El número de Póliza o folio de confirmación que corresponda a su Solicitud de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;
II. El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
III. La dirección de la página electrónica en Internet de la Compañía, con la finalidad de que se pueda identificar y consultar el modelo del clausulado en donde consten los derechos y obligaciones adquiridos;
IV. Los datos de contacto para la atención de Siniestros o quejas de la Compañía;
V. Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía;
VI. Los datos de contacto de la CONDUSEF.

Enviará al Contratante o Asegurado Titular la Póliza y sus Condiciones Generales vía correo electrónico a la dirección proporcionada por el Contratante o a través del medio elegido, en un plazo no mayor a treinta (30) días

naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

En el supuesto de que el Asegurado no recibiere la Póliza en el plazo indicado con anterioridad, podrá solicitar a la Compañía, le sea enviada la Póliza de seguro y sus Condiciones Generales vía correo electrónico en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles.
La Póliza podrá ser cancelada o no renovada de manera automática a petición del Contratante o Asegurado Titular mediante aviso dado por escrito a la Compañía, o a través del mismo medio por el cual fue contratada, para lo cual se le proporcionará un número de folio de confirmación de la cancelación y/o no Renovación.

La cancelación o no Renovación de la Póliza surtirá efecto en el momento que al Asegurado le sea asignado el folio de cancelación y/o no Renovación.

Artículo 102 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:
"En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social y a seguros de caución, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros.
Las Instituciones de Seguros podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros. Para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.
Las personas morales a que se refiere este artículo, estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Comisión, respecto de las operaciones previstas en el mismo."

RECTIFICACIONES
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:
"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones."

NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES
Las notificaciones y/o comunicaciones deberán hacerse por escrito en el domicilio social de la Compañía, señalado en la Carátula de la Póliza. En los casos en que el domicilio de la Compañía llegare a ser diferente del que conste en la Carátula de la Póliza, la Compañía deberá comunicar el nuevo domicilio para todas las informaciones y/o avisos que deban enviarse a la misma y para cualquier otro efecto legal.
Los requerimientos y/o comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado Titular, tendrán validez si se hacen en el último domicilio del mismo que ésta conozca.

MODIFICACIONES A PETICION DEL CONTRATANTE
Cualquier modificación al presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito y con Solicitud firmada por el Contratante o Asegurado Titular y aceptado por la Compañía por Solicitud expresa del Contratante o Asegurado Titular. El Agente de seguros sólo podrá tramitar las modificaciones solicitadas. Estas modificaciones deberán constar mediante Endoso.

Cualquier modificación solicitada por el asegurado deberá apegarse a términos y condiciones del producto registrado ante la CNSF.

Todas las modificaciones a condiciones generales o especiales de aseguramiento deberán estar previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas."

CAMBIO DE CONDICIONES Y/O CAMBIO DE PRODUCTO

a) La Compañía ofrece la opción al Contratante o Asegurado Titular finalizar su Contrato de Seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de Seguro, con nuevas condiciones utilizando el mismo producto originalmente contratado.
El Contratante o Asegurado Titular podrá modificar algunos de los siguientes conceptos:
- Suma Asegurada.
- Deducible.
- Coaseguro.
- Nivel Hospitalario
- Tabulador Médico.
- Altas o Bajas de Coberturas adicionales con costo.

Para los casos donde el Asegurado solicite incremento en el monto del Deducible contratado, éste deberá cubrir la diferencia económica que exista entre el monto del nuevo Deducible y el que hasta esa fecha se encuentre vigente por cada Siniestro procedente que presente reclamaciones a partir de la fecha de este incremento y cuyo primer gasto se haya originado previo a la fecha del citado incremento.
Para los casos en que el Asegurado incremente el monto de Suma Asegurada contratada, los Siniestros cuyo primer gasto se haya originado previo a la fecha del citado incremento quedarán limitados a la Suma Asegurada anterior al cambio.

En caso que el Asegurado solicite un cambio de condiciones en el mismo producto, la Compañía no garantizará:
- El cambio sin requisitos de Asegurabilidad.
- Los Periodos de Espera del plan anterior.
- Los Gastos no Cubiertos (Exclusiones).

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado Titular deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios y deberá requisitar y firmar la Solicitud de Cambio y Cuestionario Médico con la finalidad que La Compañía realice el proceso de selección médica.
La Compañía puede o no aceptar dicho cambio de acuerdo con las políticas de cambio Vigentes.
En caso de ser aceptado el cambio solicitado, la Compañía deberá notificarlo por escrito, respetando la Fecha de Alta de la Póliza anterior y la Fecha de Alta de las Coberturas Adicionales con costo.

b) El Contratante o Asegurado Titular podrán solicitar un cambio de producto.
En caso de que el Asegurado solicite un Cambio de Producto, la Compañía no garantizará:
- La Fecha de Alta del Contrato de Seguro anterior.
- El cambio sin requisitos de Asegurabilidad.
- Los Periodos de Espera del plan anterior.
- Los Gastos no Cubiertos (Exclusiones).

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado Titular deberá pedir a la Compañía por escrito dichos cambios debiendo requisitar y firmar Solicitud y Cuestionario Médico con la finalidad que La Compañía realice el proceso de selección médica.
La Compañía puede o no aceptar dicho cambio de acuerdo con las políticas Vigentes
En caso de ser aceptado el cambio solicitado, la Compañía deberá notificarlo por escrito.

MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

Altas

- La Compañía, mientras se encuentre en vigor la Póliza, podrá incluir conforme a las pruebas de asegurabilidad que considere pertinentes y previa Solicitud por escrito del Contratante o Asegurado Titular de la misma, a las personas que cumplan con los requisitos para ser Asegurado, según la definición incluida en las presentes condiciones.

- Los hijos de las madres aseguradas, con Antigüedad de más de 10 meses con la Compañía que sean dados de alta en la Póliza dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento estarán amparados presentando el Acta de Nacimiento o Constancia de Nacimiento expedida por el Hospital. Si no lo hiciere así, la aceptación quedará sujeta a la presentación de pruebas de asegurabilidad y la cobertura entrará en vigor hasta el momento de la aceptación por escrito de la Compañía.

En ambos casos, una vez aceptada la inclusión del nuevo Asegurado, deberá efectuarse el pago de la Prima correspondiente.

Bajas

- La notificación para dar de baja a el(los) Asegurado(s) de la Póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante o Asegurado Titular, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la Póliza para ese Asegurado.

Ajustes de Prima

En caso de alta de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, la Compañía, de ser necesario, cobrará al Contratante una Prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados o disminución de beneficios, se devolverá al Contratante el 55% de la Prima neta pagada al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza correspondiente a dicho Asegurado y/o movimiento, siempre y cuando no haya reclamado ningún Siniestro

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

Si el Contratante o Asegurado Titular no solicitó a la Compañía un cambio de condiciones o cambio de producto la Renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- Se respetará Antigüedad del Asegurado en la Póliza
- No implicará modificación de los Periodos de Espera.
- No considerará los límites de las Edades de aceptación

Los valores de la Prima, Deducible, franquicia o Coaseguro aplicables en la Renovación, se harán del conocimiento del Contratante y/o Asegurado por parte de la Compañía con al menos 20 (veinte) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza.

El Contrato de seguro se considerará renovado si el Contratante o Asegurado Titular no dan aviso por escrito de su voluntad de no renovarlo al menos 20 (veinte) días hábiles antes de la fecha de fin de Vigencia de la Póliza a renovar.

La Compañía no negará la Renovación del contrato por motivo de su siniestralidad o edad, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de omisiones o inexactas declaraciones.

En cada Renovación, la Compañía aplicará las Condiciones que se encuentren vigentes y debidamente registradas ante la CNSF respetando la equivalencia con las condiciones de aseguramiento originalmente contratadas. Asimismo, se podrán actualizar los montos de Deducible, Suma Aseguradas, Coaseguros y topes de Coaseguro.

En caso de Solicitud de cambio de condiciones o cambio de producto, se aplicará lo establecido en las cláusulas “CAMBIO DE CONDICIONES” y “CAMBIO DE PRODUCTO” de estas Condiciones Generales.

En cada Renovación, la Prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, con apego a la metodología registradas en nota técnica ante la CNSF. El incremento de Primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica.

El pago de Prima, acreditada mediante el recibo, se tendrá como prueba suficiente de la Renovación.

RÉGIMEN FISCAL
El régimen fiscal de este contrato de seguro estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado y/o a sus Beneficiarios, cuando ocurra el riesgo amparado en la Póliza.

BENEFICIO FISCAL
Las Primas por seguros de gastos médicos constituyen deducciones personales para el Contratante, siempre que el Asegurado sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta. (Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta).

Artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta:
"Los residentes en México y los residentes en el extranjero con establecimiento permanente en el país, están obligados a pagar el impuesto conforme a lo dispuesto en este Capítulo, por los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes que obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras en las que participen, directa o indirectamente, en la proporción que les corresponda por su participación en ellas, así como por los ingresos que obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que sean transparentes fiscales en el extranjero.
Los ingresos a que se refiere este Capítulo son los generados en efectivo, en bienes, en servicios o en crédito por las entidades o figuras jurídicas extranjeras y los que hayan sido determinados presuntamente por las autoridades fiscales, aun en el caso de que dichos ingresos no hayan sido distribuidos por ellas a los contribuyentes de este Capítulo.
Para los efectos de esta Ley, se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes, los que no están gravados en el extranjero o lo están con un impuesto sobre la renta inferior al 75% del impuesto sobre la renta que se causaría y pagaría en México, en los términos de los Títulos II o IV de esta Ley, según corresponda. No se considerará el impuesto sobre dividendos señalado en el segundo párrafo del artículo 140 de la presente Ley al momento de determinar los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes.
Se considerará que los ingresos están sujetos a un régimen fiscal preferente cuando el impuesto sobre la renta efectivamente causado y pagado en el país o jurisdicción de que se trate sea inferior al impuesto causado en México en los términos de este artículo por la aplicación de una disposición legal, reglamentaria, administrativa, de una resolución, autorización, devolución, acreditamiento o cualquier otro procedimiento.
Para determinar si los ingresos se encuentran sujetos a regímenes fiscales preferentes en los términos del párrafo anterior, se considerará cada una de las operaciones que los genere. Cuando los ingresos los obtenga el contribuyente a través de una entidad extranjera en la que sea miembro, socio, accionista o Beneficiario de ella, o a través de una figura jurídica que se considere residente fiscal en algún país y tribute como tal en el impuesto sobre la renta en ese país, se considerará la utilidad o pérdida que generen todas las operaciones realizadas en ella.
En los casos en los que los ingresos se generen de manera indirecta a través de dos o más entidades o figuras jurídicas extranjeras, se deberán considerar los impuestos efectivamente pagados por todas las entidades o figuras jurídicas a través de las cuales el contribuyente realizó las operaciones que generan el ingreso, para efectos de determinar el impuesto sobre la renta inferior a que se refiere este artículo.
Tendrán el tratamiento fiscal de este Capítulo, los ingresos que se obtengan a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que sean transparentes fiscales en el extranjero, aun cuando dichos ingresos no tengan un régimen fiscal preferente.
Se considera que las entidades o figuras jurídicas extranjeras son transparentes fiscales, cuando no son consideradas como contribuyentes del impuesto sobre la renta en el país en que están constituidas o tienen su administración principal o sede de dirección efectiva y sus ingresos son atribuidos a sus miembros, socios, accionistas, o Beneficiarios.
Se consideran entidades extranjeras, las sociedades y demás entes creados o constituidos conforme al derecho extranjero que tengan personalidad jurídica propia, así como las personas morales constituidas conforme al derecho mexicano que sean residentes en el extranjero, y se consideran figuras jurídicas extranjeras, los fideicomisos, las asociaciones, los fondos de inversión y cualquier otra figura jurídica similar del derecho extranjero que no tenga personalidad jurídica propia.
No se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes en los términos de este artículo, los obtenidos a través de entidades o figuras jurídicas extranjeras que realicen actividades empresariales, salvo que sus ingresos pasivos representen más del 20% de la totalidad de sus ingresos.
Para los efectos de este Capítulo, se consideran ingresos pasivos: los intereses; dividendos; regalías; las ganancias en la enajenación de acciones, títulos valor o bienes intangibles; las ganancias provenientes de operaciones

financieras derivadas cuando el subyacente se refiera a deudas o acciones; las comisiones y mediaciones, así como los ingresos provenientes de la enajenación de bienes que no se encuentren físicamente en el país, territorio o jurisdicción donde resida o se ubique la entidad o figura jurídica extranjera y los ingresos provenientes de servicios prestados fuera de dicho país, territorio o jurisdicción, así como los ingresos derivados de la enajenación de bienes inmuebles, los derivados del otorgamiento del uso o goce temporal de bienes, así como los ingresos percibidos a título gratuito.

No se considerarán ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes los generados a través de entidades extranjeras que sean residentes fiscales en algún país, territorio o jurisdicción y tributen como tales en el impuesto sobre la renta en el mismo, cuando sus utilidades estén gravadas con una tasa igual o mayor al 75% de la tasa establecida en el artículo 9 de esta Ley, siempre que sean gravables todos sus ingresos, salvo los dividendos percibidos de entidades que sean residentes del mismo país, territorio o jurisdicción, y que sus deducciones sean o hayan sido realmente erogadas, aun cuando se acumulen o deduzcan, respectivamente, en momentos distintos a los señalados en los Títulos II y IV de esta Ley. Para estos efectos, se presume, salvo prueba en contrario, que no se reúnen los elementos previstos en este párrafo.

Tampoco se considerarán ingresos sujetos a régimen fiscal preferente los percibidos por las entidades o figuras jurídicas del extranjero por concepto de regalías pagadas por el uso o concesión de uso de una patente o secretos industriales, siempre que se cumpla con lo siguiente:

I. Que dichos intangibles se hayan creado y desarrollado en el país en donde se ubica o resida la entidad o figura jurídica del extranjero que es propietaria de los mismos. No será necesario cumplir con este requisito, si dichos intangibles fueron o son adquiridos a precios o montos que hubieran utilizado partes independientes en operaciones comparables, por dicha entidad o figura jurídica del extranjero.
II. Que las regalías pagadas no generen una deducción autorizada para un residente en México.
III. Que los pagos de regalías percibidos por dicha entidad o figura jurídica extranjera se hagan a precios y montos que hubieran utilizado con o entre partes independientes en operaciones comparables.
IV. Tener a disposición de las autoridades fiscales la contabilidad de las entidades o figuras jurídicas extranjeras a que se refiere este párrafo y presentar dentro del plazo correspondiente la declaración informativa a que se refiere el artículo 178 de esta Ley.

No se considerarán ingresos sujetos a régimen fiscal preferente, los que se generen con motivo de una participación promedio por día en entidades o figuras jurídicas extranjeras que no le permita al contribuyente tener el control efectivo de ellas o el control de su administración, a grado tal, que pueda decidir el momento de reparto o distribución de los ingresos, utilidades o dividendos de ellas, ya sea directamente o por interpósita persona. Para estos efectos, se presume salvo prueba en contrario, que el contribuyente tiene control de las entidades o figuras jurídicas extranjeras que generan los ingresos sujetos a regímenes fiscales preferentes.

Para la determinación del control efectivo, se considerará la participación promedio diaria del contribuyente y de sus partes relacionadas, en los términos del artículo 179 de esta Ley o personas vinculadas, ya sean residentes en México o en el extranjero. Para los efectos de este párrafo, se considerará que existe vinculación entre personas, si una de ellas ocupa cargos de dirección o de responsabilidad en una empresa de la otra, si están legalmente reconocidos como asociadas en negocios o si se trata del cónyuge o la persona con quien viva en concubinato o son familiares consanguíneos en línea recta ascendente o descendente, colaterales o por afinidad, hasta el cuarto grado.

Las autoridades fiscales podrán autorizar a los contribuyentes de este Capítulo para no aplicar las disposiciones del mismo a los ingresos pasivos generados por entidades o figuras jurídicas del extranjero que tengan autorización para actuar como entidades de financiamiento por las autoridades del país en que residan, cuando dichos ingresos se utilicen para cumplir con los requisitos que al efecto se establezcan para el otorgamiento de créditos contratados con personas, figuras o entidades que no sean consideradas como partes relacionadas en los términos del artículo 179 de esta Ley y no se genere una deducción autorizada para un residente en México.

La autorización a que se refiere el párrafo anterior, estará sujeta a las condiciones que se establezcan en las reglas de carácter general que al efecto expidan las autoridades fiscales.

Cuando se enajenen acciones dentro de un mismo grupo, derivadas de una reestructuración internacional, entre ellas la fusión y escisión, que generen ingresos comprendidos dentro de este Capítulo, los contribuyentes podrán no aplicar las disposiciones del mismo a dichos ingresos, siempre y cuando se cumplan con los requisitos y documentación siguientes:

1. Presentar un aviso ante las autoridades fiscales con anterioridad a la realización de dicha reestructuración, que comprenda el organigrama del grupo, con la tenencia accionaria y una descripción detallada de todos los pasos que se realizarán en la misma.

2. Que la realización de la reestructura esté soportada por motivos y razones de negocios y económicas válidas, sin que la principal motivación de la reestructura sea obtener un beneficio fiscal, en perjuicio del Fisco Federal. El contribuyente deberá explicar detalladamente los motivos y las razones del porqué se llevó a cabo dicha reestructuración en el aviso a que se refiere el numeral anterior.
3. Que presenten a las autoridades fiscales dentro de los 30 días siguientes a que finalice la reestructura, los documentos con los que acrediten la realización de los actos comprendidos dentro de la citada reestructura.
4. Que las acciones que forman parte de la reestructuración no se enajenen a una persona, entidad o figura jurídica que no pertenezca a dicho grupo, dentro de los dos años posteriores a la fecha en que terminó la reestructura.
   Para efectos de este Capítulo, se entenderá por grupo el conjunto de sociedades cuyas acciones con derecho a voto representativas del capital social sean propiedad directa o indirecta de una misma persona moral en por lo menos 51%"

AGRAVACIÓN ESENCIAL DEL RIESGO

Para efectos de este contrato, se entenderá como Agravación de Riesgo a toda modificación o alteración posterior a la celebración del contrato que, incrementando la posibilidad de ocurrencia o peligrosidad de un evento, afecta a un determinado riesgo.
Las obligaciones de la Compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los Artículos 52, 53, 54 y 55, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Es obligación del Asegurado, comunicar a la Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, (actualmente artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).
En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

La Compañía 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.

De la Ley sobre el Contrato de Seguro:
Artículo 52
"El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo."

Artículo 53
"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

1. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
2. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro".

Artículo 54
"Lo dispuesto en los dos artículos anteriores no impedirá que en el contrato se pacten expresamente determinadas obligaciones a cargo del asegurado con el fin de atenuar el riesgo o impedir su agravación."

Artículo 55
"Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones."

EDAD
Los límites de edad de aceptación para este contrato son desde el nacimiento hasta 64 años. La compañía podrá ofrecer opciones para edades de 65 años en adelante, de acuerdo con los requisitos de contratación que determine para la evaluación del riesgo.

Para este contrato no existe límite de edad para la Renovación.

Si a consecuencia de Inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación de la Póliza queda fuera de los límites de aceptación fijados por este contrato, La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el contrato o sólo para este Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante el 55% de la Prima neta que hubiese pagado en exceso, calculada a partir de la fecha en la que la Compañía tenga conocimiento. El nuevo monto de la Prima se determinará de acuerdo a la edad real del Asegurado.

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

Cuando exista un error en la Edad imputable a la Compañía, se calculará la Prima con base en la Edad real realizando la devolución de Prima en caso de que la Prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la Prima resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

Artículo 172 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:
"Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. - Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

IV. - Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se conociera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato."

OCUPACIÓN

Si el Asegurado cambia de ocupación, lo deberá comunicar a la Compañía por escrito, dentro de los 15 días naturales siguientes al cambio de ocupación, para que a consideración de esta última continúe o no el seguro para esos Asegurados. En caso de no hacerlo se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro.

La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de ocupación, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de ocupación, si la Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y la Compañía devolverá al Contratante el 55% de la Prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza, siempre y cuando no haya reclamado ningún Siniestro. Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la prima correspondiente a la nueva ocupación, o bien, excluirá los Accidentes o Enfermedades relacionadas con la nueva ocupación.

RESIDENCIA

Esta Póliza ampara a los Asegurados que radiquen en la República Mexicana con las diferencias de tarifa regional que la Compañía tenga en vigor al momento de la contratación.

En caso de que alguno de los Asegurados vaya a radicar por más de 3 meses y hasta 12 meses fuera del Territorio Nacional, deberá notificarlo por escrito a la Compañía dentro de los 5 días previos al viaje. En caso de no hacerlo se rescindirá de pleno derecho el Contrato de Seguro.

El Contratante y/o Asegurado Titular tienen la obligación de notificar a la Compañía el Lugar de residencia de sus Asegurados cuando éstos no residan en el mismo domicilio del Titular, así como el cambio de residencia de los mismos.

La Compañía cuenta con 15 días naturales siguientes a la fecha en que recibió la notificación del cambio de residencia, para comunicar a los Asegurados su aceptación o rechazo a continuar cubriéndolos por el cambio de residencia, si la Compañía no comunica su intención de cubrir al Asegurado, dentro del plazo mencionado, se tendrá por rechazada la propuesta y la Compañía devolverá al Contratante el 55% de la Prima neta de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de Vigencia de la Póliza (Prima no devengada), siempre y cuando no haya reclamado ningún Siniestro.

Si la Compañía acepta el riesgo, cobrará la prima correspondiente al nuevo Lugar de residencia.

La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia de los Asegurados.

ZONA DE COBERTURA (TERRITORIALIDAD)

Los gastos Médicos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana.

En caso de contratar alguna de las siguientes Cobertura Adicionales con Costo: "EMERGENCIAS EN EL EXTRANJERO", "ENFERMEDADES GRAVES EN EL EXTRANJERO" o "COBERTURA INTERNACIONAL", los gastos Médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser amparados de acuerdo a lo establecido en estas

condiciones generales para dichas coberturas adicionales.
Para efectos de este Contrato solamente estarán protegidos por este beneficio los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.
La Compañía podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la reclamación o Solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

MONEDA
Los pagos de Primas e indemnizaciones de la Póliza se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la hora de pago. Los gastos efectuados en el extranjero se cubrirán al tipo de cambio vigente, de la moneda nacional, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, a la fecha de la erogación del gasto.

PRIMA
La Prima total vence al momento del inicio de Vigencia del contrato, y las Primas fraccionadas al inicio de Vigencia del recibo correspondiente. La Prima total de la Póliza es la suma de las Primas correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o Renovación de la Póliza.
En cada Renovación, la Prima se determinará por cada uno de los Asegurados y el Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la Prima con el recargo correspondiente. El cálculo de la tarifa en vigor se realiza conforme al procedimiento descrito en la correspondiente Nota Técnica registrada ante la CNSF.

PLAZO DE PAGO DE LA PRIMA O PERIODO DE GRACIA
El Contratante gozará de un plazo de 30 días naturales, conocido como periodo de gracia, contado a partir del vencimiento de la Prima ya sea el pago en una sola exhibición o fraccionado de acuerdo a lo contratado.
Durante este periodo, no aplicará el beneficio de Pago Directo.
Pasado el periodo de gracia, si no hubiere sido pagada el total de la Prima o la fracción correspondiente, cesarán los derechos del Asegurado estipulados en el Contrato de manera automática las doce horas del último día de ese plazo.
En caso de Siniestro, si la Póliza está dentro del periodo de gracia y aún no se ha pagado la Prima, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera el total de la Prima pendiente de pago.

FORMA DE PAGO DE LA PRIMA
La unidad de la Prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, y vencerán al inicio de cada período pactado, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.
La forma de pago estipulada para el seguro, se señala en la Carátula de la Póliza.

LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA
Las Primas convenidas se pagarán en las oficinas de la Compañía contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las Primas también podrán ser pagadas a través de los medios de pago definidos por la compañía.
El estado de cuenta, recibo de pago o confirmación de la transacción bancaria hará prueba plena del pago en tanto La Compañía entregue el comprobante de pago correspondiente.

REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA
En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de Primas, el Contratante o Asegurado Titular podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha de cancelación, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

a) El Contratante o Asegurado Titular lo soliciten por escrito a La Compañía.
b) El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que La Compañía le(s) requiera.

c) La Compañía comunicará por escrito al Contratante o Asegurado Titular la aceptación de la propuesta de rehabilitación correspondiente en un lapso no mayor a 15 días a partir de la Solicitud de rehabilitación por parte del Contratante o Asegurado Titular, si pasado este lapso La Compañía no emite comunicación alguna, se tendrá por rechazada la propuesta de rehabilitación. Este contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que La Compañía comunique por escrito al Contratante o Asegurado Titular haber aceptado la propuesta de rehabilitación y el Asegurado haya pagado la Prima correspondiente. No se considerará rehabilitada la Póliza sin que el Contratante o Asegurado Titular haya recibido la notificación aun y cuando haya pagado la Prima.
d) Pagar el importe del ajuste correspondiente al período comprendido desde la fecha de rehabilitación hasta el siguiente vencimiento de Primas.

En ningún caso, la Compañía cubrirá Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, así como Accidentes, Enfermedades o Padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

La Compañía se reserva el derecho de rehabilitar la Póliza transcurrido el periodo de gracia, una vez recibida la documentación solicitada arriba descrita, asimismo también la Compañía está facultada para solicitar información adicional.

COMISIONES

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía, le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de esta Póliza. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la Solicitud.

RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

En los términos de la Póliza, queda entendido que el Asegurado y/o Beneficiario al elegir voluntariamente el Hospital, los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o Beneficiario con cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales prestadores de servicios y el Asegurado y/o Beneficiario, por lo que la Compañía no tiene ninguna responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de la Póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

PERIODO DE BENEFICIO

La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de Siniestros ocurridos y cubierto por la póliza, dentro de la Vigencia del contrato, de conformidad con las condiciones contratadas vigentes al momento de la erogación del gasto, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

a) El agotamiento de la Suma Asegurada.
b) El monto de gastos incurridos procedentes durante el periodo de Vigencia de la Póliza y hasta treinta días naturales siguientes a la fecha de terminación de la Vigencia del contrato de seguro.
c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado.

Cuando la Compañía apruebe que el Asegurado se incorpore a este seguro proveniente de un cambio de plan o de producto, los beneficios ganados por Antigüedad del Asegurado no se verán afectados.

No obstante lo anterior, la Compañía podrá llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

Si la Póliza se cancela de forma anticipada a petición expresa del Contratante o en caso de baja de algún Asegurado:

- **No se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación o baja de la Póliza, por lo que se termina la cobertura.**

Si la Póliza se cancela por falta de pago:

- **Los efectos del contrato terminarán a las doce horas del último día del plazo de pago, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.**

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 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."

En caso de que el Asegurado esté recibiendo algún tipo de atención médica amparada por la Póliza al momento de la cancelación de la misma, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, agotamiento de la Suma Asegurada o por 30 días naturales adicionales a partir de la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

PAGO DE INDEMNIZACIONES POR SINIESTRO
Es obligación del Contratante, Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a la Compañía la reclamación en caso de haberse presentado cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización para casos dentro de la República Mexicana. Para reclamaciones fuera del territorio nacional, el Asegurado deberá contactar a la administradora de reclamos de la Compañía. El tratamiento de emergencia en el extranjero debe ser notificado dentro de los 5 días siguientes al inicio del tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo reportarse en cuanto sea posible, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguros.

Artículo 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:
"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".

La Compañía tendrá derecho a exigir del Contratante o Asegurado Titular toda clase de información sobre los hechos relacionados con Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
En toda reclamación, el Contratante o Asegurado Titular deberá comprobar a la Compañía la realización del Siniestro y deberá presentar los documentos correspondientes, debidamente requisitados, que para tal efecto se le proporcionen, los informes Médicos, planes de tratamiento y estudios relacionados con el Evento reclamado, así como los comprobantes fiscales (recibos y facturas) de los gastos efectuados.

La Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación cuando:

a) El Contratante o Asegurado Titular obstaculicen la obtención de información o investigaciones de la Compañía con motivo de determinarse las circunstancias de la realización del Siniestro y las consecuencias del mismo.
b) El Asegurado no presente la información o documentación solicitada por la Compañía sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, dentro del término establecido en la cláusula "PRESCRIPCIÓN" de estas condiciones, de conformidad con lo establecido en los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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."

SUBROGACIÓN DE DERECHOS
En caso de que el Asegurado sufra un daño amparado por la Póliza a consecuencia de un tercero, la Compañía tiene la facultad de recuperar de éste hasta la cantidad pagada por concepto de la(s) cobertura(s) del Contrato de Seguro.
El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o el Beneficiario tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien, si son civilmente responsables de la misma.
Si la Compañía lo solicita, a costa de la misma el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

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 aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
La presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de la Compañía, exclusivamente suspende la prescripción de las acciones respectivas.

Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro
"Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:
I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
II.- En dos años, en los demás casos.
En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."

Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro
"El plazo de que trata el artículo 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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor".

INDEMNIZACIÓN POR MORA
En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada y sea procedente, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta dentro de los 30 días posteriores a la entrega de la documentación, en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario una indemnización por mora calculada de acuerdo a lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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. I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.
El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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

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

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

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

ARBITRAJE MÉDICO

Si existiere controversia entre el Asegurado y la Compañía por la improcedencia de una reclamación a las obligaciones definidas en las condiciones generales, el Asegurado podrá optar por acudir ante una persona física o moral que será designada por las partes de común acuerdo, para un arbitraje Médico independiente.
Para que se formalice el procedimiento de arbitraje ambas partes deberán de firmar un convenio arbitral.
El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Compañía o en la CONDUSEF. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el Juez Estatal del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF".

PRECEPTOS LEGALES

De conformidad con el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en el siguiente enlace se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato: https://www.vepormas.com/fwpf/storage/preceptoslegales.pdf

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al telefono 5511021919 o 800 837 6762 opción 7 ó elegir opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros Bx+, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico "aclaraciones.une@segurosvepormas.com", o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página http://www.gob.mx/condusef.

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 29 de abril de 2025, con el número CNSF-S0016-0145-2025/CONDUSEF-004264-05

CNSF-S0016-0145-2025. CONDUSEF-004264-05.

Cobertura adicional con costo

Xtensuz B×+

Julio 2021

Aut. Oficio No. **BADI-S0016-0022-2021**, 22 de julio de 2021

CONTENIDO

1. Descripción y alcance de la cobertura **60**

2. De interés para el asegurado **61**

Las presentes condiciones corresponden a una cobertura de beneficio adicional con costo, por lo que en la presente documentación se incluyen únicamente las condiciones particulares de ésta cobertura.

1. DESCRIPCIÓN Y ALCANCE DE LA COBERTURA

Mediante la contratación de esta cobertura y a partir de la Fecha de Alta en la misma, la Compañía se obliga a pagar el importe de los gastos médicos y hospitalarios que erogue el Asegurado, una vez rebasado el deducible del beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+, con motivo de la atención médica de los Accidentes, Enfermedades o Padecimientos amparados en este Contrato de Seguro.

En caso de contar con esta cobertura, el Deducible de la cobertura de beneficio adicional con costo Xtensuz BX+ sustituye al Deducible de la cobertura básica establecido en la carátula de la póliza.

Con la contratación de esta cobertura la Compañía otorga los siguientes beneficios:

- La Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios en que incurra el Asegurado de acuerdo a las condiciones estipuladas y contratadas por esta Póliza, una vez rebasado el Deducible del beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+ estipulado en la Carátula de Póliza.
- Una vez concluida la Póliza de Gastos Médicos Colectivo, el Asegurado podrá solicitar la cancelación de esta cobertura, sustituyendo el Deducible del beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+ por el Deducible contratado y estipulado en la Carátula de Póliza, sin pasar por el proceso de selección médica.
- La Compañía reconocerá los Padecimientos iniciados desde la contratación de esta cobertura para la continuación del pago de Siniestros.

En caso de que el Contratante de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo realice cambios a las condiciones de la misma, el Asegurado deberá informar por escrito a la Compañía dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a los cambios.
Para poder dar de baja la cobertura de beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+ se requerirá documentación oficial que compruebe la separación laboral de la empresa y un comprobante de la Suma Asegurada vigente al momento de la baja.
En ningún caso y bajo ninguna circunstancia esta cobertura será aplicable para el pago de gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado derivados de forma directa o indirecta de Accidentes, Enfermedades o Padecimientos Preexistentes, ocurridos, diagnosticados o respecto de los cuales se haya generado un gasto con anterioridad a la contratación de esta cobertura.
El pago de los gastos médicos u hospitalarios en que incurra el Asegurado en afectación de su Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo contratada con esta u otra Compañía de seguros, no obliga a la Compañía al pago de los gastos médicos u hospitalarios excedentes del Deducible del beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+ en afectación de esta cobertura, pues su pago está sujeto a los términos y condiciones de las presentes Condiciones Generales.

Para el límite de responsabilidad para esta cobertura aplican los siguientes límites y condiciones:

a. **La Suma Asegurada es la contratada en la Cobertura básica y estipulada en la Carátula de Póliza a la cual se adhiere este beneficio adicional.**
b. **Aplican las condiciones contratadas y estipuladas en Carátula de Póliza, Condiciones Generales, Condiciones particulares, endosos y demás documentación que forma parte del Contrato del seguro o Póliza a la cual se adhiere este beneficio adicional.**

Exclusiones particulares

a. Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en el apartado VI. Exclusiones (Gastos no cubiertos), de las Condiciones Generales de la Póliza a la cual se adhiere este beneficio adicional.

b. La contratación de esta cobertura deja sin efecto las coberturas de: Maternidad Básica, Maternidad Plus, Ayuda diaria por hospitalización, Indemnización de enfermedades graves, Emergencia médica en el extranjero, Servicios de Asistencia y Deducible Cero por Accidente de la Póliza a la cual se adhiere este beneficio adicional.

Los efectos de la cancelación de esta cobertura son:

a) Dejar sin efecto la cobertura de beneficio adicional con costo Xtensuz BX+, quedando vigente el Contrato de Seguro de Gastos Médicos Mayores individual contratado, el cual estará sujeto a los términos y limitantes establecidos en las Condiciones Generales y carátula de la póliza.

b) La Compañía continuará pagando los gastos médicos y hospitalarios procedentes y generados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura, con base en los términos y limitantes establecidos en las Condiciones Generales y carátula de la póliza.

c) La Compañía respetará la Antigüedad generada en la cobertura del beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+ para la Reducción de Periodos de Espera con base en los términos y limitantes establecidos en las Condiciones incluyendo las coberturas de: Maternidad Básica, Maternidad Plus, SIDA o VIH, Cirugía Bariátrica, cirugía de párpados, cobertura del recién nacido, cirugía para corregir los trastornos de la refracción ocular, padecimientos congénitos para asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.

El Asegurado deberá solicitar por escrito la cancelación de esta cobertura, dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a la terminación de la Póliza de Gastos Médicos Mayores Colectivo o baja definitiva de dicha colectividad asegurada; en caso de que el Asegurado no cumpla con esta obligación, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación relativa al beneficio adicional con costo Xtensuz Bx+.

2. DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

Esta cobertura de beneficio adicional con costo es en adición a lo especificado en las condiciones generales del contrato de seguro de Gastos Médicos Mayores individual en el rubro **V. Coberturas adicionales con costo.**

Los demás límites y condiciones aplican de acuerdo con lo establecido en la carátula de la póliza, certificado, endosos y condiciones generales del contrato de seguro de Gastos Médicos Mayores individual al cual se adhiere este beneficio adicional.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 5511021919 o 800 837 6762 opción 7 ó elegir opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros Bx+, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico "aclaraciones.une@segurosvepormas.com", o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página http://www.gob.mx/condusef.

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 22 de julio de 2021, con el número BADI-S0016-0022-2021/ CONDUSEF-004888-02.

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

En términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y de Fianzas, el Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, si así lo desea, podrán hacer uso de los Medios Electrónicos que La Compañía pone a su disposición y que se regulan 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 https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/productos-seguros

Para efectos de lo establecido en la presente cláusula, se entiende como uso de Medios Electrónicos a la utilización de equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones para: (i) la celebración del contrato de seguro, (ii) operaciones de cualquier tipo relacionadas con el contrato de seguro, (iii) prestación de servicios y (iv) cualesquiera otros que sean incluidos en los “Términos y condiciones para el uso de Medios Electrónicos”.

La utilización de los Medios Electrónicos por parte del Contratante, Asegurado y/o Beneficiario implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así como de los términos y condiciones de su uso.

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 06 de agosto de 2025, con el número CGEN-S0016-0051-2025/G-01732-001

CLÁUSULA DE CUMPLIMIENTO EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE DINERO Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO

I. El **Contratante** de la Póliza a la cual se adhiere la presente Cláusula General, reconoce y acepta las obligaciones relacionadas con la **Cláusula de Agravación del Riesgo** que forman parte del contrato de seguro suscrito, adicionalmente, se obliga bajo la presente cláusula y bajo protesta de decir verdad declara que:

1. Cuenta con los recursos financieros y económicos, necesarios y suficientes, los cuales le son propios, para cumplir con sus obligaciones derivadas del presente contrato de seguro.

2. Los recursos utilizados para el cumplimiento de sus obligaciones derivados de la Póliza a la cual se adhiere esta cláusula general y de la contratación de cualquier otro beneficio.
provienen de origen lícito.

3. Las actividades que realiza son de origen lícito conforme a la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Ley Sobre el Contrato de Seguro y las disposiciones aplicables, obligándose a mantener actualizada su información registral y fiscal cuando le sea requerida por la **Compañía** para fines de prevención de lavado de dinero y financiamiento al terrorismo. Manifiesta, además que en caso de ser persona moral, su capital social no proviene de actividades ilícitas, ni está sujeto a gravámenes o medidas cautelares relacionadas con investigaciones por delitos financieros.

4. No se encuentra sujeto a proceso penal ni ha sido condenado por delitos relacionados con operaciones con recursos de procedencia ilícita, corrupción, financiamiento al terrorismo o delincuencia organizada, tanto a nivel nacional como internacional; adicionalmente, se obliga a notificar de inmediato a la **Compañía** cualquier inicio de investigación o procedimiento que pudiere modificar esta declaración.

5. En caso de que sea persona moral, manifiesta que sus accionistas, consejeros, directivos, empleados, clientes, proveedores, contratistas y/o socios comerciales son personas físicas o morales que realizan actividades lícitas, y que, en la medida de su conocimiento, no se encuentran incluidos en listas oficiales nacionales o internacionales de personas bloqueadas, sancionadas o investigadas por operaciones ilícitas.

6. En el supuesto de que llegare a tener conocimiento de que cualquiera de las personas citadas en la declaración anterior cae en alguno de los supuestos señalados, lo informará de inmediato la **Compañía**, entendiéndose que ésta estará facultada para: (i) suspender de inmediato operaciones y actividades relacionadas con el presente Contrato; y/o (ii) rescindir de pleno derecho el Contrato, sin responsabilidad para la Compañía, cuando exista falsedad, omisión o incumplimiento de las declaraciones previamente realizadas. El **Contratante** se obliga a sacar en paz y a salvo la **Compañía** frente a cualquier reclamación, daño, sanción o costo derivados de dicha falsedad, omisión o incumplimiento, cuando así lo determine una instancia judicial competente.

7. Los recursos que destinará para cumplir con sus obligaciones en virtud del producto contratado han tenido y continúan teniendo una fuente legal y origen legítimo, producto de actividades llevadas a cabo dentro del marco legal; siendo **El Contratante** el único responsable por la legitimidad y legalidad de dichos recursos.

8. Ha declarado con antelación a la **Compañía** si tiene, o no, la calidad de Persona Políticamente Expuesta (PEP) y hará inmediatamente del conocimiento de la **Compañía** si alguno de sus cotitulares, beneficiarios, apoderados, representantes, accionistas, socios y/o Beneficiarios Finales/Controladores ostenta dicha calidad. En caso afirmativo, **El Contratante** se obliga a informarlo por escrito a la **Compañía** y a proporcionar la información adicional que se le requiera, incluyendo el que la Compañía solicite a El Contratante el llenado de cuestionarios para clientes catalogados como de alto riesgo, la atención a entrevistas personales y la presentación de pruebas documentales sobre el origen de los recursos relacionados con el contrato de seguro suscrito con la Compañía. Igualmente, El Contratante se obliga a notificar inmediatamente a la Compañía cualquier cambio en dicho estatus.

9. Tratándose de persona moral o de estructuras jurídicas, **El Contratante** manifiesta conocer e identificar a su(s) Beneficiario(s) Final(es) o Controlador(es) conforme a la legislación aplicable, comprometiéndose a: (i) proporcionar a la **Compañía** la información y documentación correspondiente cuando le sea requerida; (ii) mantenerla actualizada durante la vigencia de la relación; y (iii) notificar cualquier modificación en su cadena de propiedad y control dentro de los plazos legales. **El Contratante** declara que ninguno de sus Beneficiarios Finales/Controladores se encuentra impedido por la normativa aplicable ni incluido en listas de sanciones.

II. Derivado de las declaraciones y obligaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía hace del conocimiento de **El Contratante** que cuenta con facultades para requerir cierta documentación e información comprobatoria y para llevar a cabo las siguientes acciones:

1. La falsedad, omisión, inexactitud o falta de actualización de cualquiera de las declaraciones u obligaciones establecidas en materia de prevención de lavado de dinero y financiamiento al terrorismo encontradas a lo largo de la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL y los documentos anexos o complementarios a la misma, a cargo de El Contratante, podrá constituir una causa de rescisión inmediata por parte de la Compañía, sin necesidad de declaración judicial previa, independientemente de las acciones civiles, administrativas o penales que correspondan, incluyendo los reportes regulatorios aplicables a la autoridad investigadora de delitos financieros. El Contratante se obliga a indemnizar y mantener en paz y a salvo la Compañía por los daños y perjuicios, costos, gastos y sanciones que se generen, cuando así lo determine una instancia judicial competente, con motivo de dicho incumplimiento.

2. El Contratante se obliga a proporcionar, actualizar y/o complementar, de forma veraz, completa y oportuna la información, documentación y actualizaciones necesarias que le requiera la Compañía para dar cumplimiento a la normativa aplicable en materia de Prevención de Lavado de Dinero o Financiamiento al Terrorismo incluyendo, de manera enunciativa mas no limitativa: identificación y verificación de identidad, información del(los) Beneficiario(s) Final(es)/Controlador(es), comprobantes de origen y procedencia lícita de recursos, información patrimonial y fiscal, así como cualquier actualización que resulte necesaria para el monitoreo transaccional y la aplicación del enfoque basado en riesgos.

3. El Contratante, de igual manera a solicitud de la Compañía deberá actualizar la información y/o documentación que le sea solicitada en el plazo requerido por la Compañía, en el entendido de que la falta de entrega de la misma constituirá incumplimiento material, y una agravación esencial del riesgo en términos de las condiciones generales de la Póliza a la cual se adhiere esta cláusula, por lo que la Compañía podrá a su elección, terminar o rescindir de manera inmediata y sin necesidad de declaración judicial previa el presente Contrato y/o los documentos anexos al mismo, sin responsabilidad alguna, encontrándose facultada para notificar en el domicilio al Contratante, dicha rescisión o terminación.

4. El Contratante a solicitud por escrito de la Compañía, deberá re-certificar anualmente su domicilio entregando la documentación que lo acredite y notificar cualquier cambio dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. Adicionalmente, El Contratante autoriza expresamente a la Compañía a realizar visitas, auditorías o verificaciones remotas para corroborar la existencia y localización del domicilio, y a requerir un domicilio alterno para realizar dichas notificaciones.

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 09 de febrero de 2026, con el número CGEN-S0016-0072-2025/G-01759-002