



CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE SALUD  
COLECTIVO "SI SALUD VITAL"

*Patrocinador Oficial*  
Comité Olímpico Mexicano



## Índice

<b>I. DEFINICIONES .....</b>	<b>6</b>
<i>Accidente .....</i>	<i>6</i>
<i>Accidente Cubierto.....</i>	<i>6</i>
<i>Agravación del Riesgo .....</i>	<i>6</i>
<i>Asegurado.....</i>	<i>6</i>
<i>Atención al Recién Nacido.....</i>	<i>6</i>
<i>Carátula de la Póliza.....</i>	<i>6</i>
<i>Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado) .....</i>	<i>6</i>
<i>Certificado Individual .....</i>	<i>6</i>
<i>Colectividad Asegurada.....</i>	<i>7</i>
<i>Compañía.....</i>	<i>7</i>
<i>Complicaciones del Embarazo .....</i>	<i>7</i>
<b>CONDUSEF .....</b>	<b>8</b>
<i>Contratante .....</i>	<i>8</i>
<i>Contrato de Seguro o Póliza.....</i>	<i>8</i>
<i>Copago.....</i>	<i>8</i>
<i>Endoso .....</i>	<i>8</i>
<i>Endoprótesis .....</i>	<i>8</i>
<i>Enfermedad o Padecimiento Cubierto .....</i>	<i>8</i>
<i>Enfermera(o).....</i>	<i>9</i>
<i>Evento .....</i>	<i>9</i>
<i>Exclusiones .....</i>	<i>9</i>
<i>Extraprima.....</i>	<i>9</i>
<i>Fecha de Antigüedad .....</i>	<i>9</i>
<i>Honorario Médico .....</i>	<i>9</i>
<i>Hospital o Sanatorio.....</i>	<i>9</i>
<i>Hospitalización .....</i>	<i>9</i>
<i>Indemnización .....</i>	<i>9</i>
<i>Lugar de Residencia .....</i>	<i>9</i>
<i>Maternidad Subrogada.....</i>	<i>9</i>

<i>Medicina Preventiva</i> .....	10
<i>Médico de Primer Contacto</i> .....	10
<i>Médico Tratante</i> .....	10
<i>Padecimientos Congénitos</i> .....	10
<i>Padecimientos Preexistentes</i> .....	10
<i>Periodo al Descubierto</i> .....	11
<i>Pago Directo</i> .....	11
<i>Periodo de Espera</i> .....	11
<i>Periodo de Gracia</i> .....	11
<i>Práctica Profesional de cualquier Deporte</i> .....	11
<i>Prima</i> .....	11
<i>Prótesis</i> .....	11
<i>Reclamación</i> .....	12
<i>RECAS</i> .....	12
<i>Red o Red de Prestadores de Servicios</i> .....	12
<i>Reembolso</i> .....	12
<i>Salud</i> .....	12
<i>Servicios Médicos Especializados</i> .....	12
<i>Signo</i> .....	12
<i>Síntoma</i> .....	12
<i>Suma Asegurada</i> .....	12
<i>La suma asegurada se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y en el certificado individual.</i> .....	12
<i>Tarjeta de Identificación</i> .....	12
<i>Urgencia o Emergencia Médica</i> .....	13
<i>Vigencia</i> .....	13
<b>II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS</b> .....	13
<b>1. OBJETO DEL SEGURO</b> .....	13
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS</b> .....	13
<b>2.1. COBERTURA BÁSICA</b> .....	13
<b>2.1.1. CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO</b> .....	13

2.1.2.	<b>CONSULTAS DE ESPECIALIDAD (SEGUNDO CONTACTO)</b> .....	14
2.1.3.	<b>MEDICAMENTOS</b> .....	14
2.1.4.	<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b> .....	14
2.1.5.	<b>HOSPITALIZACIÓN</b> .....	15
2.1.6.	<b>MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO</b> .....	16
2.1.7.	<b>AMBULANCIA TERRESTRE (con o sin unidad de terapia intensiva)</b> .....	17
2.1.8.	<b>PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS</b> .....	17
2.1.9.	<b>ESQUEMA DE VACUNACIÓN</b> .....	18
2.1.10.	<b>ORIENTACIÓN MÉDICO TELEFÓNICA</b> .....	18
2.1.11.	<b>CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA</b> .....	18
2.1.12.	<b>SERVICIOS DE ENFERMERÍA</b> .....	18
2.1.13.	<b>SUMINISTRO DE OXIGENO</b> .....	19
2.1.14.	<b>FISIOTERAPIA E INHALOTERAPIA</b> .....	19
2.1.15.	<b>PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA</b> .....	19
2.2.	<b>COBERTURAS ADICIONALES</b> .....	20
2.2.1.	<b>CONSULTA Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO</b> .....	20
III.	<b>EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS</b> .....	21
IV.	<b>CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO</b> .....	23
1.	<b>CONTRATO</b> .....	23
2.	<b>PERIODO DE BENEFICIO</b> .....	24
3.	<b>MODIFICACIONES EN LA RED</b> .....	24
4.	<b>REGISTRO DE ASEGURADOS</b> .....	24
5.	<b>RENOVACIÓN</b> .....	24
6.	<b>CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN</b> .....	25
7.	<b>REHABILITACIÓN</b> .....	25
8.	<b>EDAD</b> .....	25
9.	<b>RESIDENCIA</b> .....	26
10.	<b>MOVIMIENTO DE ASEGURADOS</b> .....	26
11.	<b>PRIMA</b> .....	27

<b>12. COMISIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>13. NOTIFICACIONES Y/O COMUNICACIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>14. RECTIFICACIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>15. MODIFICACIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>17. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA</b> .....	<b>29</b>
<b>18. PAGO DE INDEMNIZACIONES</b> .....	<b>30</b>
<b>19. NIVEL HOSPITALARIO</b> .....	<b>31</b>
<b>20. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS</b> .....	<b>32</b>
<b>21. MONEDA</b> .....	<b>32</b>
<b>22. INTERESES MORATORIOS</b> .....	<b>32</b>
<b>23. SUBROGACIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>24. ARBITRAJE MÉDICO</b> .....	<b>34</b>
<b>25. PRESCRIPCIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>26. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS</b> .....	<b>34</b>
<b>27. COMPETENCIA</b> .....	<b>34</b>
<b>28. REGIMEN FISCAL</b> .....	<b>35</b>
<b>29. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE</b> .....	<b>35</b>
<b>30. CAMBIO DE CONTRATANTE</b> .....	<b>35</b>
<b>31. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS</b> .....	<b>35</b>

## I. DEFINICIONES

### **Accidente**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones en la persona del Asegurado y que requieran atención médica o quirúrgica; **no se considera accidente, cualquier lesión corporal provocada intencionalmente por el Asegurado.**

### **Accidente Cubierto**

Accidente que se origine dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente cuya primera atención médica ocurra dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente.

En caso de que la atención médica no se presente dentro de los treinta días siguientes a la fecha del accidente se considerará como enfermedad.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

### **Agravación del Riesgo**

Es cuando por algún cambio de actividad u ocupación se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

### **Asegurado**

Persona física que radica en territorio nacional y que forma parte de la Colectividad Asegurada cubierta por el contrato de seguro. Tendrá el carácter de Titular en caso de que se expida a su nombre el correspondiente certificado individual de la póliza. En caso de que se extienda la cobertura a sus Dependientes Económicos, éstos podrán ser su cónyuge, hijos y/o ascendientes, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y cuyos nombres aparezcan en el certificado individual correspondiente.

### **Atención al Recién Nacido**

Es la atención médica inmediata y de urgencia que requiere el recién nacido desde el momento de su nacimiento, hasta el egreso hospitalario. Esta atención incluye los traslados hospitalarios que se realicen, sea cual sea la causa del traslado, así como la atención médica que se le brinde en el hospital al que sea trasladado por la Compañía.

### **Carátula de la Póliza**

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene las características del plan contratado, coberturas, sumas aseguradas, copagos, características de la Colectividad Asegurada, prima pactada, periodicidad de pago, fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza.

### **Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos (Gasto Usual y Acostumbrado)**

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía y que se le pagará a los Prestadores de Servicios Médicos con base en los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos, el cual podrá ser consultado en la página de internet [www.sisnova.com.mx](http://www.sisnova.com.mx).

El plan contratado determinará ese límite máximo de responsabilidad.

### **Certificado Individual**

Documento en el cual se establece la operación de seguro, el número de póliza y certificado, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento del(os) Asegurado(s), fecha de vigencia de la póliza y del certificado, suma asegurada o regla para determinarla, el copago contratado y nombre de los beneficiarios, en su caso.

### Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantienen un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, y que cumplen con los requisitos de elegibilidad establecidos por la Compañía, cuyos nombres se incluyen en el registro de asegurados de la póliza.

### Compañía

Toda mención en esta póliza de la Compañía se refiere a Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.

### Complicaciones del Embarazo

Se consideran complicaciones del embarazo, parto o puerperio aquellas condiciones o procesos patológicos asociados con el embarazo. Los eventos cubiertos por la presente póliza son:

- **Embarazo extrauterino:** Afección por la que un óvulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de falopio. Los síntomas incluyen dolor agudo en un lado del abdomen y hemorragia vaginal. También se llama embarazo ectópico.
- **Parto prematuro:** El parto prematuro o de pretérmino es aquel que se produce entre las semanas 20 y 37 de edad gestacional, como consecuencia de la ruptura de membranas y/o dilatación cervical con contracción uterina.
- **Preeclampsia:** Complicación del embarazo, en la cual se presentan hipertensión arterial y niveles elevados de proteína en la orina de la madre.
- **Toxemia gravídica (eclampsia):** Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral.
- **Atonía uterina:** Es la ausencia de contracción del útero tras el parto que provoca hemorragia al no cerrarse los vasos sanguíneos del útero (vasos uterinos).
- **Infección puerperal:** Es una inflamación séptica, localizada o generalizada, que se produce en los primeros 15 días del puerperio como consecuencia de las modificaciones y heridas que el embarazo y parto causan sobre el aparato genital de la madre.
- **Placenta acreta:** Complicación del embarazo que consiste en cualquier implantación placentaria en el cual haya adherencia anormalmente firme a la pared uterina.
- **Polhidramnios:** Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico alrededor del feto antes de que éste nazca.
- **Oligohidramnios:** Alteración que se caracteriza por la disminución en la cantidad de líquido amniótico.
- **Mola hidatiforme (embarazo molar):** Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas (células del útero que ayudan a que el embrión se adhiera al útero y ayudan a formar la placenta) después de que un espermatozoide fertiliza un óvulo.
- **Placenta previa:** La placenta previa ocurre cuando la placenta se implanta cerca del cuello uterino (cérvix) o sobre él. El cérvix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina. Con esta afección, la placenta puede cubrir una parte o la totalidad del cuello uterino.
- **Aborto involuntario:** Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente antes de la semana 20 del embarazo.

- **Embarazo anembriónico:** Es un óvulo que es fertilizado y que después de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior.
- **Óbito fetal:** El óbito fetal se define como la muerte del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre a partir de las 20 semanas de gestación y hasta el momento del parto.
- **Diabetes gestacional:** Intolerancia a la glucosa de severidad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo.

## CONDUSEF

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

## Contratante

Persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato de seguro para terceras personas, quién es responsable ante la Compañía del mismo, en virtud de su relación con los miembros de la Colectividad Asegurada.

## Contrato de Seguro o Póliza

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, los certificados individuales, las condiciones generales, los endosos que se agreguen, el folleto explicativo, así como 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, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

## Copago

Participación monetaria del Asegurado en el costo de la atención médica (consulta médica, medicamentos, etc.) que representa una parte del valor de los servicios médicos cubiertos. Esta participación es una cantidad previamente establecida que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El copago para cada tipo de atención médica se encontrará estipulado en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

## Endoso

Documento que forma parte del contrato de seguro, modificando y/o adicionando sus condiciones, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

## Endoprótesis

Objetos metálicos o plásticos destinados a reemplazar de forma permanente un hueso, una articulación o cualquier otra parte o función del organismo.

## Enfermedad o Padecimiento Cubierto

Se entenderá por enfermedad o padecimiento cubierto, toda alteración de la salud que amerite tratamiento médico o quirúrgico, diagnosticada por un médico profesional legalmente autorizado, que se origine dentro de la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico, así como sus recurrencias o



recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. **No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

**Enfermera(o)**

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

**Evento**

Se entenderá como evento a cada uno de los servicios que brinda la Compañía al Asegurado para el cuidado de su salud biológica. La duración del evento será desde el momento en que el Asegurado ingrese al servicio, incluirá la estancia continua del Asegurado en el mismo y finalizará con el egreso del Asegurado

**Exclusiones**

Son los eventos, gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza.

**Extraprima**

Recargo aplicable a la prima por concepto de agravación del riesgo cubierto en el presente contrato por la actividad u ocupación del Asegurado al momento de la celebración del mismo.

**Fecha de Antigüedad**

Es la fecha en que el Asegurado es dado de alta en la Póliza siempre y cuando ésta se renueve con vigencias sucesivas ininterrumpidas. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro una nueva póliza, la nueva fecha de alta será considerada como fecha de inicio de antigüedad.

**Honorario Médico**

Pago que obtiene el profesional médico legalmente autorizado, por los servicios que presta a los Asegurados.

**Hospital o Sanatorio**

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos o accidentados.

**Hospitalización**

Es la estancia continua en un hospital o sanatorio mayor de 24 horas a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno, siempre y cuando ésta, sea justificada y comprobable para el padecimiento cubierto.

**Indemnización**

Pago efectuado conforme a lo establecido en el contrato de seguro como consecuencia de la realización del riesgo cubierto en el mismo.

**Lugar de Residencia**

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

**Maternidad Subrogada**

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones

humanos en una mujer gestante, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo.

### **Medicina Preventiva**

Es la serie de acciones generales, específicas, de limitación del daño y de control, que evitan la ocurrencia o evolución de un daño a la salud por efecto de la presencia de padecimientos potenciales o presentes en la Colectividad Asegurada.

### **Médico de Primer Contacto**

Son aquellos médicos que pertenecen a la Red de Prestadores de Servicios con los que puede acudir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad o accidente cubierto, y definen si es necesario que el paciente sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Las especialidades que se consideran como de primer contacto son:

- a) Medicina General
- b) Medicina Familiar
- c) Medicina Interna
- d) Pediatría
- e) Ginecología y Obstetricia
- f) Oftalmología

### **Médico Tratante**

Médico legalmente autorizado para ejercer su profesión que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios, el cual está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

### **Padecimientos Congénitos**

Alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

### **Padecimientos Preexistentes**

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades respecto de los que previamente a la celebración del Contrato presentan una o varias de las siguientes características:

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

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

**Criterio de Preexistencia:** El criterio para determinar que un padecimiento es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro

medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado. Asimismo, se considerarán como preexistentes todos los padecimientos y/o enfermedades que por sus síntomas y/o signos no pudieron pasar desapercibidos.

Para resolver la procedencia de la reclamación, la Compañía, cuando cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitarle los resultados de dicho diagnóstico, o bien el resumen del expediente médico o clínico. La Compañía quedará liberada de sus obligaciones, derivadas de alguna reclamación, cuando por causas imputables al propio Asegurado, no se le proporcione a la Compañía la información requerida para continuar con el trámite de reclamación.

La Compañía podrá, al momento de suscribir el riesgo, realizar los exámenes médicos que juzgue convenientes y si como resultado de los mismos no resulta alguna condición preexistente respecto de alguna enfermedad y/o padecimiento relativo al tipo de examen que se haya realizado que no hubiese sido diagnosticado en los citados exámenes médicos, la Compañía no podrá rechazar el pago de las reclamaciones derivadas de dicha preexistencia.

Los padecimientos preexistentes deben ser declarados en términos del artículo 8° 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.

#### **Periodo al Descubierto**

Periodo durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente Contrato de Seguro. Se genera por falta de pago de primas.

#### **Pago Directo**

Beneficio mediante el cual la Compañía paga directamente a la Red de Prestadores de Servicios, por los servicios médicos prestados al Asegurado de acuerdo a las condiciones del presente contrato y cuando proceda la reclamación.

#### **Periodo de Espera**

Es el lapso continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de alta del Asegurado, a fin de que las coberturas contratadas puedan ser otorgadas bajo las condiciones establecidas. No aplica para el caso de accidentes o urgencias médicas.

#### **Periodo de Gracia**

Es el plazo de 30 días naturales que tiene el Contratante para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción de la misma en el caso de pago en parcialidades.

#### **Práctica Profesional de cualquier Deporte**

Significa dedicarse a una actividad física o ejercicio continuado y por el que se recibe cualquier tipo de retribución.

#### **Prima**

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del Contratante.

#### **Prótesis**

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

reemplazado.

### **Reclamación**

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante la Compañía, para obtener los beneficios de este contrato a consecuencia de una enfermedad, padecimiento o accidente cubierto. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las condiciones de la póliza.

### **RECAS**

Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF

### **Red o Red de Prestadores de Servicios**

Es el conjunto de médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, hospitales, entre otros con los que la Compañía mantiene convenio y que, al ser elegidos por el Asegurado brindan servicios de recuperación de la salud del Asegurado que así lo desee.

### **Reembolso**

Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado, que efectúa la Compañía conforme a las presentes condiciones generales al propio Asegurado, a consecuencia de haber sido atendido fuera de la Red de Prestadores de Servicios, por un accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza y hasta por el Gasto Usual y Acostumbrado.

### **Salud**

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

### **Servicios Médicos Especializados**

Son los servicios proporcionados por los médicos especialistas de la Red de Prestadores de Servicios y que en razón del padecimiento específico del Asegurado, lo atiende una vez que es turnado por un médico de primer contacto o bien por otro especialista.

### **Signo**

Se dice de cada una de las manifestaciones en una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

### **Síntoma**

Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

### **Suma Asegurada**

Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por los padecimientos amparados en esta póliza con base a las coberturas contratadas, siempre y cuando hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza y del certificado individual correspondiente.

Para cada indemnización procedente de cualquier padecimiento cubierto, la suma asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por todas las enfermedades o accidentes nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

En las coberturas con límite de suma asegurada en ningún caso se reinstalará la suma asegurada disminuida o agotada.

La suma asegurada se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

### **Tarjeta de Identificación**

Documento expedido por la Compañía al Asegurado, indispensable para identificarse en la obtención de los servicios médicos brindados a través de la Red de Prestadores de Servicios y para acreditar su derecho al uso de los mismos.

### **Urgencia o Emergencia Médica**

Cualquier accidente o enfermedad inesperada que ponga en peligro la vida del Asegurado, alguno de sus órganos o su integridad física y que requiera atención médica inmediata.

Cuando de acuerdo con el criterio del médico tratante, el tratamiento de urgencia ya no es requerido por estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, pudiendo éste continuar su tratamiento en su domicilio o lugar de origen, en ese momento cesará la condición de urgencia.

### **Vigencia**

Periodo durante el cual tiene validez este contrato y que se indica en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

## **II. OBJETO Y DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

### **1. OBJETO DEL SEGURO**

Con el propósito de contribuir a lograr un óptimo estado de salud del Asegurado, la Compañía, ofrece este Plan de Salud Colectivo dentro del territorio nacional, a través de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, consistente en el otorgamiento de atención médica de alta calidad, eficaz y humana, dirigida a prevenir, mantener y recuperar la salud del Asegurado, de acuerdo a las coberturas contratadas y mediante el pago de la prima correspondiente.

### **2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

Se podrán contratar cualesquiera de las siguientes coberturas, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

#### **2.1. COBERTURA BÁSICA**

##### **2.1.1. CONSULTAS DE PRIMER CONTACTO**

Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de consultas médicas de primer contacto, las cuales se listan a continuación:

- ✓ Medicina General
- ✓ Medicina Familiar
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Pediatría
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Oftalmología

El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios que le da a conocer la Compañía.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado indicado en la carátula de la póliza y certificado individual, al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

### 2.1.2. CONSULTAS DE ESPECIALIDAD (SEGUNDO CONTACTO)

Bajo esta cobertura el Asegurado en caso de así requerirlo, podrá ser turnado a una consulta con un médico especialista, en caso de presentar algún padecimiento cuya naturaleza requiera atención médica especializada, mediante la expedición de un pase médico mismo que proporcionará el médico tratante de primer contacto.

El Asegurado podrá elegir al médico especialista con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios que le da a conocer la Compañía.

Se encontrarán cubiertas las consultas de todas las especialidades médicas que requiera el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto mediante la presente póliza y que no se encuentre expresamente excluido de la misma.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado indicado en la carátula de la póliza y certificado individual, al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

#### ***Exclusión particular de la cobertura de consultas de especialidad***

- ***No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un médico de primer contacto.***

### 2.1.3. MEDICAMENTOS

Bajo esta cobertura se encuentran cubiertos los medicamentos, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos mediante receta por el médico tratante y estén en relación con el diagnóstico de la consulta.

Las recetas podrán canjearse en una farmacia de la Red de Prestadores de Servicios dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a su expedición.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado indicado en la carátula de la póliza y certificado individual, al prestador del servicio y se aplicará para cada caja o producto de medicamento.

#### ***Exclusión particular de la cobertura de medicamentos***

- ***No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.***

### 2.1.4. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

Bajo esta cobertura se encuentran cubiertos los estudios de Laboratorio, Gabinete e Imagenología, siempre y cuando éstos hayan sido prescritos por el médico tratante y estén en relación con el diagnóstico de la consulta. Estos servicios podrán practicarse en los Laboratorios y Gabinetes afiliados a la propia Red de Prestadores de Servicios.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado indicado en la carátula de la póliza y certificado individual, al prestador del servicio y se aplicará para cada estudio practicado.

Los estudios especializados como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, endoscopia, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría del ojo, requieren autorización de la Compañía.

### **Exclusiones particulares de la cobertura de servicios de diagnóstico**

- **No se cubren estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**
- **No se cubren los servicios de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y programados por el cirujano dentista, a excepción de radiografías dentales.**

### **2.1.5. HOSPITALIZACIÓN**

Bajo esta cobertura el Asegurado cuenta con servicio de hospital para corta y larga estancia, así como para la atención de urgencias médicas por accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Todas las hospitalizaciones deberán ser programadas y previamente autorizadas por la Compañía, a excepción de las remitidas por urgencias. Por cada evento hospitalario se debe cubrir el copago correspondiente estipulado en la carátula de la póliza y certificado individual.

#### **Alcance de la Cobertura:**

- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del médico tratante.
- Servicios y honorarios correspondientes a médicos, enfermería, ayudantía y anestesia que a juicio del médico tratante sean requeridos. Los honorarios del anesthesiólogo que la Compañía cubra, será de hasta un 30% de los honorarios reconocidos para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate.
- Gastos generados durante la hospitalización:
  - Derecho a quirófano, sala de terapia y de recuperación
  - Estudios de laboratorio y gabinete
  - Estancia en cuarto privado estándar
  - Alimentos del Asegurado durante la estancia
  - 3 Consultas post-operatorias con médicos de la Red de Prestadores de Servicios
  - Otros apoyos que indique el médico tratante
  - Gastos quirúrgicos por colocación de prótesis quirúrgicas y/o endoprótesis (la prótesis quirúrgica y/o endoprótesis se cubrirá con el copago correspondiente a tal cobertura)
- Los efectos de esta cobertura cesan al expedirse el alta hospitalaria por el médico tratante o bien al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado, bajo este rubro únicamente se cubren 3 consultas postoperatorias.
- Cualquier consulta y/o tratamiento posterior a lo anteriormente mencionado, no formará parte de este beneficio y el Asegurado deberá ser atendido por médicos de la Red de Prestadores de Servicios.
- Los medicamentos indicados para la aplicación de quimioterapia se cubren de acuerdo a la cobertura de medicamentos.
- La atención al recién nacido y complicaciones del embarazo de acuerdo a las definiciones del

presente contrato, se cubren de acuerdo a las condiciones de la cobertura de maternidad y atención al recién nacido. Lo anterior aun cuando dicha atención sea indicada por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios, sin importar que el recién nacido se encuentre como Asegurado dentro de la póliza.

### **Exclusiones particulares de la cobertura de hospitalización**

- **No se cubren los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, crema, jabones, etc. Así como rentas de películas, estacionamiento y habitaciones diferentes a la estándar.**

#### **2.1.6. MATERNIDAD Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**

Bajo esta cobertura la Asegurada cuenta con asistencia obstétrica (consultas, servicios de diagnóstico, parto, cesárea, complicaciones del embarazo y atención al recién nacido) que se requiera, hasta por el límite de suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza y certificado individual, siempre que la persona en cuestión haya estado asegurada al menos 10 meses en forma continua en la póliza al momento del evento final del embarazo (parto o cesárea). Por cada evento hospitalario se debe cubrir el copago correspondiente estipulado en la carátula de la póliza y certificado individual. Esta cobertura se otorga a las Aseguradas de la póliza entre 15 y 49 años de edad.

#### **Alcance de la Cobertura:**

- a) Honorarios y servicios médicos obstétricos
- b) Gastos generados por la Asegurada durante su hospitalización
  - Derecho a quirófano, sala de terapia, de expulsión y de recuperación
  - Estudios de laboratorio y gabinete
  - Medicamentos
  - Estancia en cuarto privado estándar
  - Alimentos de la Asegurada durante su estancia
  - En caso de cesárea, 3 consultas post-operatorias
- c) Otros apoyos necesarios a juicio del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios
- d) Atención al recién nacido: De conformidad con las definiciones del presente contrato.
  - Derecho a quirófano, sala de terapia y recuperación
  - Servicio de cunero
  - Medicamentos
  - Circuncisión
- e) Para la atención del recién nacido, es necesario notificar el nacimiento a la Compañía a más tardar a los 30 días de la fecha de nacimiento.

### **Exclusiones particulares de la cobertura de maternidad y atención al recién nacido**

- **No se cubren gastos de la cobertura cuando el embarazo sea derivado**



**de un tratamiento de fertilidad, esterilidad y/o maternidad subrogada así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica del recién nacido de dicho embarazo.**

- **No se cubre parto prematuro provocado por tabaquismo, alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.**
- **Quedan excluidas las complicaciones del embarazo, parto o cesárea que no se encuentren explícitamente definidas en esta cobertura.**
- **Quedan excluidos abortos y legrados punibles.**
- **No se cubren los siguientes conceptos hospitalarios: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, crema, jabones, etc. Así como rentas de películas, estacionamiento y habitaciones diferentes a la estándar.**

#### **2.1.7. AMBULANCIA TERRESTRE (con o sin unidad de terapia intensiva)**

Bajo esta cobertura se cubre el traslado terrestre (por urgencia o programado) del Asegurado, del domicilio o ubicación del mismo hacia el hospital, centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios. Este servicio deberá ser coordinado y autorizado por la Compañía. La unidad de terapia intensiva será enviada por el médico especialista en urgencias al serle reportados los síntomas presentados por el Asegurado. Esta atención puede o no derivar en un traslado de urgencia a un centro hospitalario.

##### **Alcance de la Cobertura:**

- a) Se otorga el servicio de traslado de ida y vuelta en un mismo día cubriendo el copago correspondiente que aparece en la carátula de la póliza y certificado individual.

##### **Exclusión particular de la cobertura de ambulancia terrestre**

- **No se cubre el traslado de pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátrico-agresivo, ebrio o drogado agresivo.**

#### **2.1.8. PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS**

Bajo esta cobertura, en caso de accidentes y/o enfermedades cubiertas por la presente póliza, se otorgan los aparatos de prótesis y endoprótesis previa valoración del médico tratante y de la Compañía, de acuerdo a los tipos, modelos y marcas establecidos por la Compañía. En cada evento se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la carátula de la póliza y certificado individual y de conformidad a las definiciones del presente contrato:

##### **Alcance de la Cobertura:**

- a) La prótesis y endoprótesis se otorgan cuando las limitaciones físico orgánicas impidan al Asegurado desarrollar adecuadamente sus funciones y no cuando sean requeridos con fines estéticos o cosméticos.
- b) Se cubre la reposición de prótesis y endoprótesis si la Compañía hubiere pagado la primera

prótesis o endoprótesis a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

- c) En caso de que la Compañía no hubiere pagado la primera prótesis o endoprótesis se cubrirá la reposición de ésta siempre que se cumpla con lo siguiente:
- o Hayan transcurrido por lo menos 5 años de la colocación de la prótesis o endoprótesis , y
  - o El Asegurado cuente con al menos veinticuatro meses de cobertura continua en la póliza de Salud de esta Compañía. **No aplica reconocimiento de antigüedad.**

### **Exclusiones particulares de la cobertura de prótesis y endoprótesis**

- **No se cubre prótesis dentales, a menos que sea requerida a causa de un accidente.**
- **No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos. Estos corren por cuenta del Asegurado.**

### **2.1.9. ESQUEMA DE VACUNACIÓN**

Bajo esta cobertura se cubre el esquema de vacunación indicado por la Secretaría de Salud. Adicional a este esquema quedan cubiertas las vacunas contra Hepatitis A y Varicela, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante.

### **Exclusión particular de la cobertura de esquema de vacunación**

- **No se cubren vacunas que no estén consideradas en el esquema de vacunación de la Secretaría de Salud de acuerdo a la edad y sexo del Asegurado correspondiente.**

### **2.1.10. ORIENTACIÓN MÉDICO TELEFÓNICA**

Bajo esta cobertura se cubre la orientación médica brindada telefónicamente al Asegurado por médicos especialistas en urgencias, capacitados para determinar la opción más conveniente para la atención de la urgencia.

### **2.1.11. CONSULTA MÉDICO DOMICILIARIA**

Bajo esta cobertura se cubre la atención médica brindada en el domicilio del Asegurado cubriendo el copago correspondiente indicado en la carátula de la póliza y certificado individual. Esta cobertura incluye los honorarios del médico que lo visite, perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios y los medicamentos derivados de estas consultas, aplicando para estos el copago definido en la cobertura de medicamentos.

### **2.1.12. SERVICIOS DE ENFERMERÍA**

Bajo esta cobertura se cubren los servicios de enfermería (especialistas, generales o auxiliares) previa valoración del médico tratante y autorización de la Compañía. En cada evento se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la carátula de la póliza y/o certificado individual y de conformidad con las definiciones del presente contrato.

### **Alcance de la Cobertura:**

- a) Esta cobertura se proporciona hasta por 30 días naturales con un máximo de 3 turnos por día por año póliza. Si el médico tratante lo prescribe, la Compañía pondrá a consideración la ampliación del plazo. Lo anterior siempre que la póliza se encuentre vigente.

### **Exclusiones particulares de la cobertura de servicios de enfermería**

- **No se otorgará el servicio a pacientes que se encuentran en condiciones psiquiátricas-agresivas, ebrio o drogado agresivo.**
- **No se cubren los honorarios de personal que no hayan sido autorizados y programados por la Compañía.**

#### **2.1.13. SUMINISTRO DE OXIGENO**

Bajo esta cobertura se cubre el suministro de oxígeno cuando sea prescrito por el médico tratante y previa autorización de la Compañía.

##### **Alcance de la Cobertura:**

- a) Se cubre por un plazo máximo de 24 semanas desde el inicio del padecimiento. En caso de ser prescrito por el médico tratante al requerirse un plazo mayor y previa autorización de la Compañía, se podrá ampliar el plazo otras 24 semanas como máximo siempre que la póliza se encuentre vigente.

#### **2.1.14. FISIOTERAPIA E INHALOTERAPIA**

Bajo esta cobertura el Asegurado será canalizado por el médico tratante por medio del formato correspondiente, para recibir la atención necesaria cubriendo por cada evento el copago indicado en la carátula de la póliza y certificado individual. Sólo se cubre un máximo de 30 sesiones por año póliza por fisioterapia y 30 por año póliza por inhaloterapia.

#### **2.1.15. PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA**

Para la protección de los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá haber cumplido previamente el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente o urgencia médica.

##### **a) Periodo de Espera de 1 año**

- Padecimientos de la vesícula y vías biliares
- Litiasis renal y en vías urinarias
- Padecimientos en glándulas mamarias
- Varices
- Padecimientos ginecológicos
- Insuficiencia de piso perineal
- Planificación familiar definitiva
- Hallux valgus (juanetes)

##### **b) Periodo de Espera de 2 años**

- Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y protusión discal cuando sea en columna vertebral
- Padecimientos anorrectales
- Nariz y senos paranasales
- Adenoiditis y/o amigdalitis que requiera cirugía
- Padecimientos de columna vertebral
- Padecimientos prostáticos
- Padecimientos de rodilla
- Cataratas

- Circuncisión y sus complicaciones
- Padecimientos del hombro
- Padecimientos de cadera

**c) Periodo de Espera de 4 años**

- VIH  
Se cubren los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Asegurado, siempre y cuando el Asegurado cuente con al menos cuatro años de contratación ininterrumpida de su plan.

**Exclusión particular de la cobertura de periodo de espera de 4 años**

- **La cobertura aplica siempre y cuando el Virus de Inmunodeficiencia Humana no haya sido detectado antes o durante ese periodo de cuatro años. Tampoco se otorgará el servicio de diagnóstico para detectar la presencia del VIH en el Asegurado en ningún momento.**

**2.2. COBERTURAS ADICIONALES**

Se podrán contratar cualesquiera de las siguientes coberturas, en cuyo caso, este hecho deberá hacerse constar necesariamente en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

**2.2.1. CONSULTA Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO**

Durante la vigencia de la póliza, los Asegurados que cuenten con esta cobertura, la cual deberá estar indicada en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente, gozarán de la protección de la misma, de conformidad con lo siguiente:

Estarán cubiertos los servicios de Odontología que requiera el Asegurado hasta por el límite de suma asegurada contratada, por concepto de: Diagnóstico y Profilaxis, Operatoria Dental y Especialidades (evaluación).

- Diagnóstico y Profilaxis
  - Diagnóstico y Profilaxis (limpieza)
  - Historia Clínica Dental
  - Radiografías Dentales

Cuando el Asegurado acuda por primera vez, o tenga más de seis meses de no haber recibido alguna atención dental, es necesario que solicite su cita a la Compañía, para que se le realice una evaluación.

- Operatoria Dental

Después de haber pasado por el área de Diagnóstico Dental, se valorará si es necesaria la atención en esta área, donde se realizarán:

- Obturaciones de amalgama
- Obturaciones de resinas fotocurables
- Extracciones
- Extracciones del tercer molar en consultorio **(que no requieran cirugía)**

### **maxilofacial)**

➤ Odontopediatria

Estarán cubiertos los siguientes servicios para niños de 1 a 11 años de edad:

- Obturaciones de amalgama
- Obturaciones de resinas fotocurables
- Extracciones

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio y se aplicará para cada servicio o atención médica.

La suma asegurada y el copago para estos gastos estarán indicados en la carátula de la póliza y en el certificado individual correspondiente.

### **Exclusiones particulares de la cobertura de consulta y tratamiento odontológico**

- ***No se cubre ortodoncia, cirugía maxilofacial, endodoncia, periodoncia, ortopedia dental ni guardas oclusales, ni cualquier procedimiento no enunciado anteriormente en la descripción del alcance de la cobertura.***
- ***No se cubren gastos relacionados con blanqueamiento dental, carillas o estética dental.***

### **III. EXCLUSIONES Y GASTOS NO CUBIERTOS**

Sin perjuicio de los riesgos que se excluyen en cada una de las coberturas contratadas, la Compañía expresamente manifiesta que no asumirá responsabilidad por siniestros que se originen por, o sean consecuencia de:

- 1) **Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro así como sus complicaciones.**
- 2) **Servicios originados por hechos ocultados o mal informados.**
- 3) **Cualquier servicio o tratamiento no ordenado expresamente por el médico tratante.**
- 4) **No se cubren enfermedades y/o padecimientos congénitos de cualquier tipo de los Asegurados mayores a 5 años de edad, cuya madre no haya estado asegurada al menos 10 meses ininterrumpidos a la fecha de parto y/o nacimiento del Asegurado en cuestión y diagnosticadas previamente a la fecha del alta del Asegurado en la póliza.**
- 5) **Complicaciones originadas por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.**
- 6) **No se cubre cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya**

21

manifestado en el periodo al descubierto, así como cualquier gasto erogado en dicho periodo.

- 7) Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, reproducción asistida, disfunción eréctil, eyaculación precoz, impotencia sexual, cambio o transformación de sexo ni cualquiera de sus consecuencias y/o sus complicaciones, así como cualquier evento hospitalario derivados de dichos tratamientos o estudios.
- 8) Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares.
- 9) Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.
- 10) Cirugía refractiva para corregir dioptrías menores a 5 por ojo.
- 11) Estudios y/ o tratamientos para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquinéticos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, lesiones autoinfligidas, intento de suicidio (aun cuando se cometan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica, tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos. Todo lo anterior independientemente de su causa o complicación.
- 12) Curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (check up), materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, etc.), productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, etc.), multivitamínicos, complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería o belleza, medicamentos de autoservicio o que no cumplan con la definición de medicamento de la Ley General de Salud.
- 13) Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia de culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas o cualquier tipo de tóxicos o fármacos, excepto cuando éstos hubieren sido ingeridos por prescripción médica.
- 14) Tratamientos y/o medicamento para corregir o controlar acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento quirúrgico de carácter estético o plástico.
- 15) Cirugía estética de nariz, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.
- 16) Tratamientos de calvicie, dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.
- 17) Honorarios, tratamientos médicos y quirúrgicos, procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo,

- homeopatía, quiropráctico, vegetarianos, etc.) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.
- 18) Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja, independientemente de la causa de su prescripción.
  - 19) Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
  - 20) Gastos, estudios y procedimientos quirúrgicos erogados por el donador de órganos, así como sus complicaciones y secuelas.
  - 21) Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubieran prescrito o seguido, y aquellos que por su naturaleza, se consideran experimentales o de investigación.
  - 22) Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador, lesiones sufridas como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval o policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones, a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, y epidemias declaradas oficialmente.
  - 23) Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte por el que el Asegurado perciba cualquier tipo de retribución, así como los resultantes de su participación en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia, o velocidad; o bien deportes peligrosos y/o extremos amateur o profesional, tales como: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia.
  - 24) Cámara hiperbárica
  - 25) Gastos, honorarios médicos y/o quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico cuando el médico sea el mismo Asegurado, familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.
  - 26) Tratamientos de planificación familiar no definitiva o de anticoncepción.
  - 27) Gastos médicos erogados fuera de la República Mexicana.

#### **IV. CLÁUSULAS GENERALES DEL CONTRATO**

##### **1. CONTRATO**

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, la carátula de la póliza, el certificado individual correspondiente, las condiciones generales,

los endosos adicionales en su caso y el folleto explicativo constituyen testimonio del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

## 2. PERIODO DE BENEFICIO

Por cada padecimiento que sufra el Asegurado estando la póliza vigente, se contará con un periodo de beneficio, tiempo durante el cual se cubrirán los servicios de salud que requiera el Asegurado terminando:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Después de dos años contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia de la póliza.

## 3. MODIFICACIONES EN LA RED

La Compañía informará a los Asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que éstos sucedan de los cambios a la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

Adicionalmente, los Asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de la Compañía en el número 01800 022 6436 o si lo prefieren revisar dentro de la página de internet [www.sisnova.com.mx](http://www.sisnova.com.mx) los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios.

## 4. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Compañía llevará un registro de los Asegurados, en el que consten, los siguientes datos: Operación y plan de seguro, nombre, edad y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, suma asegurada de cada uno o regla para determinarla, fecha en que entra en vigor el seguro para cada Asegurado, fecha de terminación del seguro para cada Asegurado, número de los certificados individuales correspondientes y coberturas amparadas.

## 5. RENOVACIÓN

Este contrato se considerará renovado por periodos de igual duración, si dentro de los últimos treinta días naturales de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

La Compañía podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en que fueron contratadas o en los términos y condiciones de los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y que sean congruentes con los originalmente contratados, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato, por lo que la Compañía no podrá modificar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento de los Asegurados, ampliar los periodos de espera, reducir los límites de edad y solicitar requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por los Asegurados.

**En cada renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada y sexo de cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha, registradas en la nota técnica ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. 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 la prima acreditado mediante el recibo expedido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.



## 6. CANCELACIÓN, TERMINACIÓN Y/O RESCISIÓN

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza y/o en el certificado individual correspondiente o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

- a) La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a través de transferencia a la cuenta proporcionada en dicho aviso por el mismo Contratante o cheque, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento.
- b) Esta póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del 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.
- c) Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

## 7. REHABILITACIÓN

En el caso de que este contrato de seguro se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes al término del periodo de gracia, debiendo pagar la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado.

La Compañía podrá otorgar la rehabilitación respetando la vigencia originalmente pactada, de acuerdo a sus políticas de aceptación y rehabilitación vigentes.

En ningún caso la Compañía cubrirá siniestros ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del plazo de gracia y la fecha indicada por la Compañía como rehabilitación de la póliza, así como accidentes, enfermedades o padecimientos y sus complicaciones detectados durante este periodo.

## 8. EDAD

Los límites de edad de aceptación para nuevos Asegurados son hasta los 64 años. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza. Para este contrato de seguro no existe un límite de edad para la renovación.

Si la edad declarada sobre algún Asegurado fue incorrecta, se procederá de la siguiente forma:

- a) Si la edad real a la fecha de celebración del contrato se encuentra fuera de los límites establecidos para esta Póliza, el seguro se rescindirá. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado, en la proporción que les corresponda, la diferencia entre la Prima Pagada y los gastos de adquisición de este Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia del último recibo pagado, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo Contratante y/o Asegurado o cheque.
- b) Si la edad real es menor que la declarada, estando ésta dentro de los límites de admisión, la Compañía devolverá al Contratante y/o Asegurado, en la proporción que les corresponda, 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, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo Contratante y/o Asegurado o cheque. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

- c) Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, la obligación de la Compañía 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.
- d) Si después de ocurrido un siniestro, se descubre que hubo falsedad en la declaración relativa a la edad del Asegurado y ésta se encuentra dentro de los límites de edad admitidos, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.
- e) En caso de que la Compañía ya hubiese pagado el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, ésta tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso c), incluyendo los intereses respectivos.

Para los cálculos que exige la presente cláusula, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al momento de la contratación de la Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, la Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

## 9. RESIDENCIA

Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente dentro de la República Mexicana.

El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales siguientes al cambio de residencia del Asegurado.

Si el Contratante no da aviso por escrito a la Compañía, ésta no tendrá obligación de proporcionar coberturas, ni cubrir gastos por reclamaciones que se presenten.

## 10. MOVIMIENTO DE ASEGURADOS

### Altas

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

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

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

Cuando se incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha del matrimonio civil, siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días

siguientes a la fecha de dicho matrimonio, debiendo adjuntar, el acta de matrimonio respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

Cuando se incluya a los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos desde su nacimiento siempre y cuando se le notifique a la Compañía por escrito por parte del Contratante durante los primeros treinta días siguientes a la fecha de dicho nacimiento, debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta.

### **Bajas**

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Compañía restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente, deduciendo los gastos de adquisición, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores, a través de transferencia a la cuenta proporcionada por el mismo Contratante y/o Asegurado o cheque.

La notificación para dar de baja a cualquier Asegurado de la póliza deberá ser por escrito y firmada por el Contratante con al menos cinco días hábiles de anticipación, dicha notificación dará por terminada la cobertura de la póliza para ese Asegurado.

Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, así como sus dependientes económicos, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo de inmediato y por escrito a la Compañía, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir del momento de la separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso antes indicado por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

## **11. PRIMA**

**Importe.** - El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las primas que correspondan a cada Asegurado. Esta se calculará de acuerdo a la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

**Vencimiento.** - La prima o fracción de la misma, vencerá en la fecha en que comience cada periodo pactado. En el caso de que el pago de la prima se haga en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

**Forma de pago.** - Las partes convienen que el periodo de pago de primas podrá ser de forma anual, semestral, cuatrimestral, trimestral o mensual.

**Periodo de gracia o Plazo de pago de prima.** - A partir del vencimiento de la prima o fracción de la misma en caso de pago en parcialidades, el Contratante dispondrá de treinta días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor.

Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

**Ajuste de Primas.** - En caso de altas de Asegurados, aumento de beneficios o cambio de residencia u ocupación, la Compañía cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro, emitiendo el recibo correspondiente.

**Pago de prima.**- El Contratante será el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad 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 otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, retenciones vía nómina, etc. El estado de cuenta o recibo donde aparezca el cargo correspondiente, hará prueba plena de la realización de dicho pago.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

## **12. COMISIONES**

En cualquier momento 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 este contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## **13. 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 y/o en el certificado individual. 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, tendrán validez si se hacen en el último domicilio que de éstos conozca la Compañía.

## **14. 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 naturales 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.

## **15. MODIFICACIONES**

Cualquier modificación del presente contrato, deberá hacerse por escrito y previo acuerdo entre las partes. Dichas modificaciones deberán estar registradas mediante endoso ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (C.N.S.F.).

En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones a la Póliza.

## **16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

Cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza y/o el certificado individual correspondiente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable en aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que ingresaron a la misma con posterioridad a la celebración del contrato y otorgaron su consentimiento después de los treinta días siguientes a la fecha en que adquirieron el

derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada.

## **17. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

El Asegurado deberá seguir íntegramente el procedimiento que se indica a continuación para la obtención de cada uno de los servicios cubiertos presentando siempre su tarjeta de identificación:

### **A. Consultas Médicas**

Para obtener cita para una consulta médica sólo es necesario llamar a nuestro teléfono:

01800 022 6436

### **B. Medicamentos**

Cuando el médico tratante prescriba alguno de los medicamentos cubiertos por esta póliza, el Asegurado deberá surtir dichos medicamentos en la farmacia de la Red de Prestadores de Servicios, para que le sean entregadas sus medicinas, previa entrega de su receta.

Se deben recoger los medicamentos dentro de los cinco días naturales siguientes posteriores a la fecha de expedición de la receta.

### **C. Servicios de Diagnóstico**

Cuando el médico tratante solicite estudios de laboratorio, gabinete y/o imagenología, el Asegurado deberá presentarse en el centro de diagnóstico de la Red de Prestadores de Servicios que elija, y recibir las indicaciones necesarias para su estudio, así como la fecha en que se practicará dichos estudios.

### **D. Hospitalización**

En caso de que el Asegurado requiera de una cirugía o atención hospitalaria ya sea de corta o larga estancia, el médico tratante, tramitará directamente con la Compañía la programación de la misma. Una vez programada la cirugía, el médico tratante le extenderá la autorización por escrito al Asegurado para su hospitalización en la fecha y hora programada.

### **E. Ambulancia**

El Asegurado podrá solicitar el uso de servicio de ambulancia para traslado terrestre programado o de urgencia, del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el centro de hospitalización, centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, en caso de que el mismo, por su condición de salud no lo pueda realizar por sus propios medios.

### **F. Prótesis y Endoprótesis**

Cuando el médico tratante prescriba alguna prótesis y/o endoprótesis que sea necesario para su tratamiento, deberá llamar al teléfono 01800 022 6436 para conocer la ubicación y horarios de la Red de Prestadores de Servicios para la adquisición de la misma.

### **G. Terapias de Rehabilitación Física y Enfermera**

En caso de que el Asegurado requiera de terapias de rehabilitación física y enfermera, el médico tratante le extenderá un pase médico de referencia con el cual el Asegurado podrá hacer uso del servicio.

### **H. Urgencias Médicas**

En caso de presentarse una urgencia médica real, el Asegurado tendrá la posibilidad de acudir al hospital más próximo a su domicilio o ubicación al momento de la urgencia médica, perteneciente la Red de Prestadores de Servicios. Asimismo, deberá comunicarse al teléfono 01800 022 6436 para solicitar indicaciones sobre el proceso a seguir.

Si por la gravedad de la urgencia el Asegurado es atendido por instituciones médicas o médicos no

afiliados a la Red, se deberá dar aviso de inmediato al teléfono 01800 022 6436 para que se le indique el procedimiento a seguir.

Una vez que el estado de salud del Asegurado se reporte como estable, el Asegurado continuará con la atención médica necesaria a través de la Red de Prestadores de Servicios.

## 18. PAGO DE INDEMNIZACIONES

**Cuantía del pago.** - La cantidad que la Compañía pagará directamente a los Médicos de la Red de Prestadores de Servicios será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo a las condiciones de la póliza y a los aranceles pactados previamente con la mencionada Red.

**Pagos improcedentes.**- Cualquier pago realizado indebidamente a un Proveedor Médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía.

**Pagos por reembolso.**- La Compañía se obliga a reembolsar en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en la Póliza, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Se entiende por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la propia Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica o bien si tomo la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Prestadores de Servicios, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: notas, facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación del gasto efectuado quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

1. Aviso de accidente o enfermedad: Este documento será requisitado en forma completa y con letra legible por el Asegurado.
2. Informe Médico: El documento será requisitado por él o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
3. Comprobantes de Gastos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.
4. Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.
5. Las notas o facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico Tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V.) o en su defecto estar a nombre del Contratante y/o Asegurado Titular.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe

médico como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, medicamentos o estudios, etc.)

El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, en su caso, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado de que se trate al momento en que se originó el siniestro.

**No se hará, por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.**

El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el gasto usual y acostumbrado de la Red de Prestadores de Servicios.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación, ajustándola previamente a las condiciones, limitaciones de la póliza y aplicando un copago adicional a los gastos realizados fuera de la Red de Prestadores de Servicios conforme a lo siguiente:

CONCEPTO	COPAGO
<b>Urgencia fuera de Red:</b>	
a) Con aviso dentro de los 5 días hábiles	<b>0% (cero por ciento)</b>
b) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles	<b>20% de la indemnización procedente</b>
<b>Atención fuera de la Red:</b>	
a) Con aviso dentro de los 5 días hábiles	<b>50% de la indemnización procedente</b>
b) Sin aviso dentro de los 5 días hábiles	<b>50%+20% de la indemnización procedente</b>

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

## 19. NIVEL HOSPITALARIO

Este producto se basa en diferentes niveles hospitalarios. El nivel hospitalario contratado para la póliza se encuentra indicado en la carátula de la misma y en el certificado individual correspondiente.

En caso de que el Asegurado sea atendido en un hospital de nivel distinto al contratado, el copago de los gastos hospitalarios se modificará de la siguiente manera:

- Si el hospital tiene un nivel menor al contratado, el copago disminuirá 5 puntos porcentuales por cada nivel hospitalario.
- Si el hospital tiene un nivel más alto al contratado, el copago se incrementará en 20 puntos

porcentuales por cada nivel del copago contratado.

## 20. COBROS POR SERVICIOS NO CUBIERTOS

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión de la póliza.

## 21. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en la época en que se efectúen los mismos.

## 22. INTERESES MORATORIOS

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, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual prevé lo siguiente:

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos



sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

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

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

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

### **23. SUBROGACIÓN**

La Compañía, una vez que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Compañía podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

### **24. ARBITRAJE MÉDICO**

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de un padecimiento preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía en su domicilio, la designación de un médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y la Compañía, para que éste a través de un arbitraje privado, decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado, derivan o no de un padecimiento preexistente.

La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante éste árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento de arbitraje estará establecido por el médico elegido por el Asegurado y por la Compañía quienes al momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá cosa de fuerza juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado.

### **25. PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos (2) 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 Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, el término de la prescripción se suspenderá al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### **26. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA RESPECTO DE TERCEROS**

En los términos de esta póliza queda entendido que el Asegurado y/o beneficiario, al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de la salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o beneficiario y 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, hospitales y médicos con el asegurado y/o beneficiario, por lo que la Compañía no es responsable de manera alguna por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo. El contenido de esta cláusula aplica a todos los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier cobertura adicional contratada.

### **27. COMPETENCIA**

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad

Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 BIS y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

## **28. REGIMEN FISCAL**

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado, cuando ocurra el riesgo amparado en la póliza.

## **29. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**

El Contratante tendrá las siguientes obligaciones durante la vigencia de la póliza.

- a) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada.
- b) Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- c) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o que dé lugar a modificaciones en las primas, de acuerdo con las reglas y condiciones establecidas. Las modificaciones surtirán efecto desde la fecha de cambio de condiciones.

Todos los movimientos se deberán informar a la Compañía dentro de los treinta días naturales siguientes en que éstos ocurran, si no, la Compañía podrá condicionar la aceptación del asegurado en caso de alta, reconocer los cambios de condiciones a partir de la fecha en que tuvo conocimiento y consintió éstos, así como exigir el pago de primas de cada asegurado que se dé de baja hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ello.

## **30. CAMBIO DE CONTRATANTE**

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y haya cambio del Contratante, la Compañía podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

## **31. DERECHOS DE LOS ASEGURADOS**

Los Asegurados que requieran algún servicio médico de acuerdo a las condiciones del seguro tendrán los siguientes derechos:

- a) Acceso expedito a los servicios.
- b) Trato respetuoso de parte del médico tratante.
- c) Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
- d) Seguridad personal durante el proceso de la atención.
- e) Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atiende, y la persona responsable del equipo.
- f) A ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

- g) Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- h) No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
- i) Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en esta póliza.
- j) No aceptar las propuestas terapéuticas.
- k) Seleccionar al médico y hospital para su atención dentro de la Red de Prestadores de Servicios y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este contrato.

**“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 30 de abril de 2019, con el número CNSF-H0711-0019-2019/CONDUSEF-003777-01”**

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P. 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico [atencionclientes@sisnova.com.mx](mailto:atencionclientes@sisnova.com.mx), o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 18:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), la cual se encuentra ubicada en Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100 o a través de su correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página de internet, [www.gob.mx/condusef](http://www.gob.mx/condusef), o telefónicamente a los teléfonos (55) 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.