GMM
Segumedic
Banorte

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al
01 800 201 6764
en donde recibirás atención rápida y personalizada
las 24 horas los 365 días del año.

Para mayor información llama a nuestro
Centro de Atención Telefónica
01 800 837 1133
de lunes a viernes de 8:00 a.m a 8:00 p.m.
o consulta **www.segurosbanorte.com.mx**

BANORTE
EL BANCO FUERTE DE MÉXICO

BANORTE | SEGUROS

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

DEFINICIONES 7

OBJETO DEL SEGURO 16

CONTRATO 16
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS 17

1. **GASTOS HOSPITALARIOS** **18**
2. HONORARIOS MÉDICOS 18
3. MEDICAMENTOS 19
4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO 19
5. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES 19
6. CONSUMO DE OXÍGENO 19
7. SERVICIOS DE AMBULANCIA 20
8. HONORARIOS DE ENFERMERÍA 20
9. HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS QUIROPRÁCTICOS 21
10. APARATOS ORTOPÉDICOS, PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS 21
11. RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL 21
12. TRATAMIENTOS DE INHALOTERAPIA, TERAPIA RADIOACTIVA O QUIMIOTERAPIA 21
13. REHABILITACIÓN FÍSICA 21
14. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS 22

GASTOS MÉDICOS MAYORES CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA 29

1. CON CUARENTA Y OCHO MESES DE PERÍODO DE ESPERA 30
2. CON VEINTICUATRO MESES DE PERÍODO DE ESPERA 31
3. CON DOCE MESES DE PERÍODO DE ESPERA 31
4. CON DIEZ MESES DE PERÍODO DE ESPERA 32

LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO 32

1. SUMA ASEGURADA 32
2. DEDUCIBLE 33
3. COASEGURO 33

4. PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 37
EXCLUSIONES 38

COBERTURAS OPCIONALES (CON COSTO) 43

1. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO 43
2. COBERTURA EN EL EXTRANJERO 45
3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE 47
4. REDUCCIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE 49
5. COBERTURA DE VISIÓN INCREMENTAL 50

CLAUSULAS GENERALES 51
1. CONTRATO 51
2. VIGENCIA 51
3. RENOVACIÓN 51
4. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES 53
5. CAMBIO DE PLAN 53
6. ENTREGA DE PÓLIZA 54
7. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS 54
8. COMPETENCIA 55
9. MONEDA 55
10. PRESCRIPCIÓN 56
11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO 56
12. PERIODO DE GRACIA Y CESACIÓN DE EFECTOS 57
13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO 57
14. REHABILITACIÓN 58
15. PRIMA 59
16. DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO) 60
17. EDAD 60
18. NACIMIENTOS 61
19. REPORTE DE MOVIMIENTOS 62
20. SINIESTROS 62
21. PAGO DE INDEMNIZACIÓN 64
22. INTERÉS MORATORIO 66
23. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO 69
24. RECLAMACIONES 69
25. INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN 70
26. RESIDENCIA 70

27. RESPONSABILIDAD CIVIL 70
28. SUBROGACIÓN 70
29. ACTIVIDADES ILÍCITAS 71
30. SEGUNDA OPINIÓN 72
31. AVISO DE PRIVACIDAD 72

CONDICIONES GENERALES GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL / FAMILIAR "SEGUMEDIC BANORTE"

DEFINICIONES

1. **Aborto involuntario (espontáneo):** Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (133 días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a 500 gramos).

2. **Accidente:** Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa súbita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un accidente se considerarán como un solo evento. Se considerará accidente siempre y cuando se presente el gasto dentro de los primeros 30 (treinta) días naturales de acontecido el siniestro. No se considerará como accidente las lesiones corporales o la muerte provocadas de manera autoinflingidas por el Asegurado.

3. **Antigüedad generada en La Compañía:** Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente la protección de una o varias coberturas en las mismas condiciones dentro de La Compañía y que por ello otorgan ciertos derechos al Asegurado con relación a los riesgos que amparan dichas coberturas.

4. **Antigüedad reconocida:** Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente hasta el momento de contratación de esta póliza, la protección de una o varias coberturas en condiciones similares y equivalentes en ésta u otra compañía.

5. **Aparatos Ortopédicos:** Son aquellos aparatos para corregir o apoyar, de forma parcial o total, una función.

6. **Asegurado:** Es toda persona indicada en la carátula de esta póliza, que se encuentra protegida ante los riesgos especificados en cada una de las coberturas contratadas.

7. **Asegurado Dependiente:** Cónyuge, hijos y/o padres del Asegurado titular. Se entenderá también por dependiente económico al concubinario que posea tal carácter conforme lo dispuesto en el

Artículo 1635 del Código Civil del D.F. en materia común y para toda la República en materia Federal.

8. **Asegurado Titular:** Es la persona que por sí misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por esta póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro. En el caso de menores de edad, el responsable de la veracidad de las respuestas será el padre o tutor.

9. **Beneficiario:** Persona física designada por el Contratante o Asegurado Titular en la solicitud de este seguro, a quien corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de esta póliza.

10. **Coaseguro:** Porcentaje de contribución estipulado en la carátula de esta póliza que el Asegurado aportará al monto total de gastos cubiertos que resulte de cada reclamación y de acuerdo a las reglas estipuladas en las Condiciones de la misma, una vez descontado el deducible especificado.

11. **Compañía:** Toda mención en adelante de la Compañía, se refiere a Seguros Banorte, S. A. de C. V.; Persona moral que se obliga frente al Asegurado a indemnizarle lo pactado en la carátula de esta póliza, siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y a condición de que la prima correspondiente se encuentre pagada en las condiciones convenidas.

12. **Contratante:** Persona física o moral que es responsable ante La Compañía de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad, así como solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

13. **Contrato:** El Contrato de Seguro es el documento (póliza, así como sus adiciones y reformas asentadas por escrito) por virtud del cual La Compañía se obliga frente al Asegurado o beneficiarios, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los eventos previstos (siniestro) en dicho documento siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y a condición de que la prima correspondiente se encuentre pagada en las condiciones convenidas.

14. **Deducible:** Cantidad fija establecida en la carátula de esta póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada

evento que proceda conforme a las condiciones convenidas en el Contrato.

15. **Eliminación o reducción de períodos de espera:** Es el beneficio que otorga La Compañía con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra compañía, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los períodos de espera de algunos de los padecimientos cubiertos.

16. **Endoso:** Documento, generado por La Compañía y recibido por el Contratante, que al adicionarse a las Condiciones Generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica especifica que, por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del Contrato; es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

17. **Enfermedad o Padecimiento:** Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un Médico titulado y legalmente autorizado para emitir dicho diagnóstico.

18. **Enfermera:** Persona que está legalmente autorizada para la práctica de su profesión.

19. **Evento:** Es toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como todas las lesiones, complicaciones, otras enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

    En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por esta póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad.

    Respecto al accidente, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados de un mismo accidente siempre que esté cubierto por la póliza.

    Las enfermedades amparadas serán cubiertas siempre y cuando las primeras manifestaciones y gastos se presenten después de 30 (treinta) días del alta del Asegurado a ésta póliza, excluyendo los

padecimientos con periodo de espera.Esta limitación no aplicará cuando la enfermedad amparada sea considerada como una urgencia médica descrita en estas condiciones en el punto 5. GASTOS MEDICOS MAYORES CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA.

En el caso de accidentes se cubrirán desde el primer día del alta del Asegurado a ésta póliza.

20. **Extraprima:** Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a La Compañía, por cubrir un riesgo agravado en razón de sus actividades, hábitos o estado de salud al momento de contratar la póliza.

21. **Fecha de Primer Gasto:** Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un evento cubierto.

22. **Gasto (Costo) Usual y Acostumbrado (GUA/CUA):** Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre La Compañía y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

23. **Honorarios:** Responsabilidad máxima que tiene la compañía para pagarle a un médico legalmente autorizado por la atención médica que brinda a los asegurados, la cual no podrá rebasar los límites que se establecen en el catálogo de honorarios médicos que forma parte de este contrato.

24. **Hospital, Clínica o Sanatorio:** Establecimiento sanitario, legalmente autorizado conforme a las Instituciones de Salud correspondientes donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.

25. **Hospitalización:** Es la estancia continua mayor a 24 horas, comprobable y justificada del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que determine el Médico Tratante.

26. **Lugar de Residencia:** Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

27. **Médico:** Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina.

28. **Médico Especialista:** Médico avalado por un organismo colegiado en una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

29. **Médico Tratante:** Médico responsable que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su período de hospitalización o tratamiento.

30. **Padecimiento Congénito:** Alteración del estado de la salud, fisiológico y/o morfológico, en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo humano que tuvo su origen durante el período de gestación, independientemente de que éste sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad. El conjunto de alteraciones que durante el período gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un solo evento.

31. **Ortesis:** Dispositivo de apoyo aplicado al cuerpo como férula que sirve para sostener o alinear la función del aparato locomotor o sustituye un órgano o miembro.

32. **Pago Directo:** Es el pago que realiza directamente La Compañía al prestador de servicios independiente y con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica y hospitalaria a los Asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por el Contrato respectivo, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos por la póliza, el deducible y coaseguro de acuerdo a lo establecido en el punto 6. LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO de las Condiciones Generales. Este beneficio es un servicio adicional que ofrece La Compañía al Asegurado sin que por ello quede obligada a realizarlo.

33. **Período de Espera:** Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza para poder cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del Contrato.

La Compañía no cubrirá los gastos erogados y los padecimientos correspondientes originados, durante este período.

34. Plan: Es el conjunto de coberturas y condiciones de la póliza tales como grupo de hospitales, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, beneficios adicionales, entre otras, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

35. Preexistencia: Se considera preexistente, cualquier padecimiento y/o enfermedad:

I. Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad; o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

II. Cuando la Compañía 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 solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

III. Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, La Compañía, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico. Al Asegurado que se haya sometido al examen médico, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

36. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios: Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

37. Prima: Es la contraprestación económica prevista en la póliza a cargo del Contratante, a favor de La Compañía, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según establezca la póliza.

38. Prima Neta: Es la prima sin incluir derechos de póliza, impuestos (IVA), ni recargo por pago fraccionado.

39. Prótesis: Pieza o implante para la sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano interno o externo, que reproduce la parte a sustituir.

40. Reclamación: Es el trámite que realiza el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de esta póliza.

41. Reconocimiento de Antigüedad: Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida en La Compañía o en otra Compañía de seguros, en una póliza de Gastos Médicos Mayores.

Para considerar un período de antigüedad, el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a La Compañía que durante ese período la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado, fueron pagada(s).

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas Condiciones Generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

No podrán eliminarse o reducirse los períodos de espera de SIDA, padecimientos preexistentes, recién nacidos, padecimientos congénitos, recién nacidos prematuros y puerperio.

42. Red Médica: Prestadores de servicios que se ponen a disposición del Asegurado y que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes La Compañía pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a los límites y condiciones establecidas en esta póliza.

El Asegurado podrá escoger libremente utilizar o no la Red para recibir la atención médica dependiendo de las características de acceso, especialidad, tipo de servicio, costos, etc., que les brinda el plan de protección contratado.

Los servicios prestados por dichos proveedores no son responsabilidad de La Compañía, ya que su ejercicio es libre.

Prestadores de servicios médicos y auxiliares que se encuentran en convenio con La Compañía y que se ponen a disposición del Asegurado, para que en caso de que así lo decida, reciba la atención médica con éstos.

En virtud de que estos prestadores no son empleados de La Compañía, en cualquier momento podrán dejar de pertenecer a la Red Médica, por lo que la compañía sugerirá a los Asegurados otros prestadores de servicios.

La Compañía podrá actualizar la Gama Hospitalaria o modificarla son previo aviso. En caso de alguna actualización o modificación de la misma, se podrá consultar en la página de internet www.segurosbanorte.com.mx. Dicho listado no limita, ni excluye la volutad del Asegurado, para que éste elija o seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio en el que decida ser atendido.

43. Reembolso: Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado directamente al prestador de servicios con quien la Compañía no tiene convenio, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por ésta póliza. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de esta póliza y con la Tabla de Honorarios Quirúrgicos, correspondiente y descontando el deducible y coaseguro de conformidad como se establece en las condiciones generales de ésta póliza. El monto máximo susceptible de reembolso no excederá la suma asegurada contratada por el asegurado.

44. Renovación: Emisión consecutiva de esta póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

45. Salario Mínimo Mensual General (SMGMVDF): Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.

46. Segunda Opinión Médica: Servicio que presta o solicita La Compañía al Asegurado y a sus Dependientes para corroborar el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión amparados, por medio de Médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que éste mismo designe libremente de entre los que forman la red de prestadores de servicios afiliados para segundas opiniones. El objetivo de la Segunda Opinión Médica es no afectar la integridad física del Asegurado o la de sus Dependientes cuando se requiera de una cirugía programada, salvo que sea indispensable.

Esta Segunda Opinión Médica no implica limitante para que el Asegurado opte por el tratamiento médico indicado por su Médico Tratante.

El costo de la Segunda Opinión Médica queda a cargo de La Compañía.

47. Signo: Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detectan objetivamente mediante una exploración médica.

48. Síntoma: Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente.

49. Suma Asegurada: Obligación máxima de La Compañía especificada en la carátula de la póliza y que aplicará por cada padecimiento amparado por esta póliza con base en las coberturas contratadas y siempre y cuando dicho padecimiento ocurra durante la vigencia de la misma.

La suma asegurada para cada padecimiento quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto.

Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

50. Tabla de Honorarios Quirúrgicos: Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo que pagará La Compañía por cada uno de éstos.

Esta Tabla únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún accidente o enfermedad cubiertos y se presenten vía reembolso.

La base que pagará la compañía por este concepto aparece en el cuadro de especificaciones de esta póliza y se realizará de acuerdo a lo estipulado para cada procedimiento: podrá consultar el tabulador en la página de internet www.segurosbanorte.com

51. **Tarjeta de Identificación:** Documento emitido por La Compañía, y entregada al Asegurado, que identifica claramente el tipo de plan y condiciones de cobertura contratada, para facilitarle el acceso a los prestadores de servicios.

52. **Urgencia Médica o Emergencia Médica:** Alteración repentina de la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos; y, por lo tanto, causan que el Asegurado requiera de atención médica inmediata. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del Asegurado.

OBJETO DEL SEGURO

Si, como consecuencia de un accidente o enfermedad que haya tenido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la póliza el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos enumerados más adelante, dentro de la República Mexicana, siempre y cuando el siniestro resulte procedente y el pago de la prima se haya realizado en tiempo y forma. La Compañía pagará directamente a los prestadores afiliados o reembolsará al Asegurado, el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado al momento del accidente o enfermedad.

CONTRATO

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por el contratante y/o asegurado por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, cuestionarios médicos llenados y firmados, así como el Contrato de seguro, sus adiciones y reformas asentadas por escrito serán admisibles para probar la existencia del presente Contrato de seguro.

La Compañía se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, conforme al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este Contrato de seguro está constituido por:

a. Las declaraciones del Solicitante Titular y/o Contratante proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
b. La póliza.
c. Las Cláusulas Adicionales o Endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
d. Las Condiciones Generales.
e. Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos, aquellos que erogue el Asegurado dentro de la República Mexicana para el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un padecimiento cubierto por la póliza, siempre y cuando ocurra dentro del período de vigencia de esta póliza, resulten procedentes y que el pago de la prima se haya realizado en tiempo y forma.

El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la póliza, y en todo lo concerniente a estas Condiciones Generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

En caso de contratación de algunas de las siguientes coberturas opcionales: Cobertura en el Extranjero, Emergencia en el Extranjero o Enfermedades Catastróficas en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional, en caso de resultar procedentes, podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza son los siguientes:

1. GASTOS HOSPITALARIOS

- El costo de una habitación privada estándar, alimentos del paciente (excepto lo establecido en los puntos 13 y 14 del apartado de exclusiones de estas Condiciones Generales).
- Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el Médico Tratante.
- Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el Médico Tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes utilizados por el Asegurado.
- Costo de la cama extra para el acompañante.

2. HONORARIOS MÉDICOS

La Compañía pagará como máximo, la cantidad estipulada en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos correspondiente al tabulador contratado y que se muestra en la carátula de la póliza.

Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos así como de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a lo siguiente:

- Los honorarios de los médicos que pertenezcan a la red de La Compañía, serán cubiertos con base en los montos convenidos.
- Los honorarios de los médicos que no pertenezcan a la red de La Compañía, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos del plan contratado.
- En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesista se limitará hasta un 30% de lo estipulado para el cirujano principal.
- En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% del monto total cubierto al cirujano principal.
- En procedimientos quirúrgicos, cuando por protocolo médico se requiera un segundo ayudante, el monto amparado para éste se limitará hasta un 10% del monto total cubierto al cirujano principal.
- El costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 (quince) días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

3. MEDICAMENTOS

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que tengan relación con el tratamiento del padecimiento cubierto, que estén registrados como medicamentos por la autoridad competente en la República Mexicana o en el País donde sea recibida la atención, en este último caso cuando se tenga contratada alguna o algunas de las Coberturas Opcionales en el Extranjero y que sean prescritos por el o los médicos tratantes y se anexe la receta correspondiente y la factura que, cumpliendo con los requisitos fiscales expida la farmacia.

4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el Médico Tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo.

5. TRANSFUSIONES Y APLICACIONES

Se incluyen aplicaciones de sangre, suero y otras sustancias semejantes que sean necesarios para el control de las lesiones y/o enfermedad, cubiertos por la póliza, motivo de la reclamación. Y pruebas cruzadas solo una para cada paquete trasfundido.

6. CONSUMO DE OXÍGENO

Siempre que sea necesario para el control del accidente y/o enfermedad cubiertos y sea prescrita por el Médico Tratante especialista (Neumólogo) en caso de ser otro especialista quedará sujeto a la aprobación por parte de la Compañía. En caso de requerirse compra de equipo tales como concentradores, esta se hará a través de reembolso y hasta la entrega del concentrador o equipo.

7. SERVICIOS DE AMBULANCIA

Terrestre: Sólo se cubrirá la Ambulancia Terrestre dentro de los límites territoriales de la República Mexicana cuando el Asegurado manifieste una alteración de la salud que por sus síntomas y signos sean de tal severidad que pongan en peligro su vida y/o la funcionalidad de sus órganos. Siempre y cuando se encuentre médicamente justificado y sea prescrita por el Médico Tratante derivado de una emergencia médica.

Aérea: Si a consecuencia de una emergencia médica el Médico Tratante prescribe que el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, La Compañía cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

Este beneficio opera a través de pago por reembolso y a toda reclamación que se origine por este concepto se le aplicará un coaseguro del 20% (veinte por ciento) sobre el monto total de la factura de vuelo.

Para efectos de que La Compañía pueda efectuar el reembolso, el Asegurado deberá entregar la factura original y la documentación médica que La Compañía le requiera para dictaminar la procedencia del siniestro.

En este caso, no aplicará la regla de Tope de Coaseguro mencionada en el apartado 6.3.5 TOPE DE COASEGURO de estas Condiciones Generales.

Si el plan contratado tiene Cobertura en el Extranjero, se cubrirá además de los destinos nacionales, los internacionales.

8. HONORARIOS DE ENFERMERÍA

Honorarios siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios de un(a) enfermero(a) titulado(a) y legalmente autorizado(a) para el ejercicio de su profesión, que bajo prescripción del Médico Tratante sea necesaria para la convalecencia domiciliaria, o bien, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, con un límite máximo de 30 Unidades de Medida y Actualización Mensual (UMAM) por evento y bajo indicación médica.

9. HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS

Los honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador del plan contratado.

10. APARATOS ORTOPÉDICOS, PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS

Se cubrirán los aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran para la función del órgano o miembro afectado, salvo lo establecido en el punto 7. EXCLUSIONES de las Condiciones Generales, hasta por el 10% (diez por ciento) de la suma asegurada contratada. En el caso de procedimientos cardiológicos se cubrirán hasta un monto máximo de $200,000.00 M.N.

11. RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL

La renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el Médico Tratante y previa valoración por parte de La Compañía.

Para hacer efectiva esta cláusula será necesario que el Asegurado notifique a La Compañía del requerimiento del equipo mencionado en el párrafo anterior, quien le asesorará sobre la renta o adquisición del mismo, y su pago se tramitará vía reembolso.

En los casos, en los cuales el equipo haya sido adquirido, se entenderá que éste es propiedad de La Compañía y por lo tanto deberá ser devuelto una vez concluido su uso.

12. TRATAMIENTOS DE INHALOTERAPIA, TERAPIA RADIOACTIVA O QUIMIOTERAPIA

Cuando se reciban en un hospital, clínica o sanatorio o con Médico Tratante o especialista y bajo prescripción del Médico Tratante y sujeto a las normas oficiales mexicanas vigentes. En el caso de inmunoterapias, se cubrirán solo durante 2 (dos) años por asegurado y con un máximo mensual de $1,500.00 M.N.

13. REHABILITACIÓN FÍSICA

Tratamientos de medicina de rehabilitación física cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éstos sean prescritos

por el Médico Tratante y se realicen en centros especializados. Cuando La Compañía lo considere conveniente, podrá solicitar una Segunda Opinión Médica y pedirá al Asegurado se presente para su evaluación. En el caso de rehabilitación se cubrirá una sesión diaria por un máximo de 2 (dos) años por siniestro. Transcurrido el primer ciclo de terapias prescritas por el médico tratante, “La Compañía” podrá solicitar al asegurado la actualización del informe médico en el que indique el estado actual del asegurado.

14. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS

Los gastos erogados por los eventos que se mencionan a continuación podrán ser cubiertos siempre y cuando cumplan las condiciones específicas que se describen para cada uno de ellos.

14.1. RECIÉN NACIDOS SANOS

Aquellos recién nacidos que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento sin necesidad de selección médica, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento, siempre y cuando la madre asegurada, tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía. Para tal fin, el Asegurado Titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a La Compañía el nacimiento adjuntando copia del Acta de Nacimiento o Certificado de Nacimiento, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del mismo. De no hacerse así, el alta del recién nacido estará condicionada a la aceptación por parte de La Compañía.

14.2. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS

Los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando la madre asegurada tenga, al momento del parto, por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado y las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente al momento del nacimiento.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

Los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el período de espera de la madre asegurada de 10 (diez) meses al momento del parto, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.
- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.
- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.
- No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas previa valoración médica por parte de La Compañía y hasta por un monto máximo de $600,000.00 M.N. por evento, o la suma asegurada contratada, lo que resulte menor.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

14.3. RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía. La suma asegurada será la establecida en la carátula de la póliza.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

14.4. MATERNIDAD: PARTO Y CESAREA

La Compañía cubrirá los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto u operación cesárea en territorio nacional, salvo que haya contratado la Cobertura en el Extranjero, hasta por el monto indicado por esta cobertura en la carátula de la póliza sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre que el parto u operación cesárea se realice cuando menos 10 (diez) meses después de la fecha de alta de la Asegurada en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

14.5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO

Quedarán cubiertos únicamente los siguientes gastos:

- La intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;
- La toxicosis gravídica (preclampsia y eclampsia);
- La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico;
- El puerperio patológico;
- Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);
- Placenta acreta;
- Atonía Uterina;

Este beneficio aplicará siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía. Y se cubrirá hasta un monto máximo de 10 (diez) UMAM, con aplicación de deducible y coaseguro establecido en la carátula de la póliza.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

14.6. DEPORTES PELIGROSOS

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur y ocasional (práctica no profesional) de los siguientes deportes peligrosos, con carácter enunciativo, no limitativo: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, cacería, espeleología, hockey, equitación, motociclismo, go karts, futbol americano, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

Entendiéndose que la práctica ocasional será aquella que se realice con un máximo de 2 (dos) veces al mes.

14.7. TRATAMIENTOS DENTALES

Los gastos por tratamientos dentales, maxilofaciales, o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente procedente, serán cubiertos siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas.

14.8. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo, sólo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

14.9. TRASPLANTES

En cirugía de trasplantes, los gastos amparados del donante final serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico, en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

14.10. ADHERENCIAS PÉLVICAS Y ENDOMETRIOSIS

Sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por La Compañía.

14.11. TERAPIA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio del médico especialista y contando con la confirmación del diagnóstico

por parte de un psicólogo o psiquiatra, requiera tratamiento psicológico o psiquiátrico a consecuencia de:

Habérsele diagnosticado, dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes enfermedades terminales: Cáncer, Accidente vascular cerebral, Infarto al miocardio, Insuficiencia renal.

Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido, dentro de la vigencia del seguro, cualquiera de los siguientes eventos: Asalto, secuestro, violación.

En esta cobertura se amparan los honorarios del psicólogo o psiquiatra por un máximo de 20 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 UMAM máximo por consulta, además de los medicamentos recetados por el psicólogo o psiquiatra para el tratamiento terapéutico y de acuerdo a la dosis establecida por el mismo.

Para esta cobertura y siempre que el psiquiatra o psicólogo no pertenezca a la red de médicos de La Compañía (ya que, éstos cuentan con la acreditación solicitada) se excluyen pagos de honorarios y medicamentos recetados por:
Un psiquiatra o psicólogo que no cuente con acreditación de la especialidad de psiquiatría o psicología o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría o Sociedad Mexicana de Psicología.

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

14.12 NEUROREHABILITACIÓN

Cuando se reciban en un hospital, clínica o sanatorio o con Médico Tratante o especialista y bajo prescripción del Médico Tratante y con tope de 2 (dos) UMAM por día por sesión.

4.13 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Con este beneficio se cubren los gastos por padecimientos preexistentes a la contratación de la póliza, con las siguientes condiciones:

1. Los padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado en la solicitud podrán quedar cubiertos siempre y cuando:

   a. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos durante 3 (tres) años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual con La Compañía. Los 3 (tres) años se contarán a partir de la fecha en que el Asegurado haya declarado el padecimiento preexistente a La Compañía en la solicitud.

   b. El padecimiento no se encuentre excluido por las Condiciones Generales.

   c. El Asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente al término de los 3 (tres) años antes mencionados.

Una vez transcurrido el período de cobertura continua e ininterrumpida de 3 (tres) años en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, a través de la eliminación del endoso de exclusión, adjuntado a su solicitud un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento o enfermedad excluida. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento declarado. La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar la eliminación del endoso de exclusión. Los gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de Padecimientos Preexistentes, correrán a cargo del Asegurado. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica.

2. Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en la solicitud podrán ser cubiertos siempre y cuando:

   a. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos durante 5 (cinco) años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.

   b. El padecimiento no se encuentra excluido por las Condiciones Generales.

c. El Asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente al término de los cinco años antes mencionados.

Una vez transcurrido el período de cobertura continua e ininterrumpida de 5 (cinco) años en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos no declarados preexistentes, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento o enfermedad. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento declarado.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo el deducible, coaseguro y tope de coaseguro de la cobertura básica y con una Suma Asegurada de 70 (setenta) UMAM o la Suma Asegurada contratada, lo que resulte menor.

Para asegurados de nuevo ingreso a la póliza, el período de cobertura continua e ininterrumpida de 5 (cinco) años para tener derecho a este beneficio, se contará a partir de la fecha de inclusión en la póliza.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

14.14 ASISTENCIAS

La Compañía a través del Prestador de Servicios que se establece en el Cuadro de Especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el Cuadro de Especificaciones.

La Compañía entregará con la póliza la descripción de la asistencia(s) donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios así como, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Los gastos derivados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el Prestador que se tenga contratado al momento de la reclamación.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.

14.15 COBERTURA INTEGRAL DENTAL Y VISIÓN

La Compañía a través del Prestador de Servicios Dentales que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado. La Compañía entregará con la póliza la descripción de la cobertura donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios Dentales y de Visión como, deducible en caso de aplicar, copagos, beneficios y límites de acuerdo así como exclusiones y teléfonos de contacto.
Los Gastos Médicos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos y oftalmológicos.

Para hacer uso de los servicios es necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

EXCLUSIONES

En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.

GASTOS MÉDICOS MAYORES CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA

Quedarán cubiertas bajo esta póliza las enfermedades que se manifiesten cuando menos treinta días después del inicio de vigencia, rehabilitación o alta de un Asegurado a la póliza y que no se encuentren consignadas en la cláusula de Exclusiones. Aplica reconocimiento de antigüedad.

En caso de renovaciones y de las siguientes urgencias médicas (siempre que no deriven de una enfermedad preexistente) este período no es aplicable.

a. Apendicitis Aguda
b. Intoxicación Alimentaria
c. Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
d. Golpe de calor (insolación)
e. Infarto agudo al miocardio
f. Derrame cerebral
g. Infarto Pulmonar
h. Politraumatismo
i. Choque anafiláctico
j. Quiste hemorrágico de ovario
k. Oclusión intestinal, siempre y cuando no sea secundaria a bridas o adherencias y exista antecedente de intervención quirúrgica previa a su ingreso a La Compañía.
l. Pancreatitis
m. Evento vascular cerebral

Las enfermedades que se enlistan a continuación, serán cubiertas por La Compañía, una vez transcurrido el período de espera que para cada una de ellas se indique, siempre y cuando no sean preexistentes.

Por período de espera se entenderá el lapso de tiempo existente entre la celebración del contrato y la fecha establecida para cada padecimiento o enfermedad, lapso en el cual dicho padecimiento o enfermedad no será parte del riesgo asumido por La Compañía.

1. CON CUARENTA Y OCHO MESES DE PERÍODO DE ESPERA

Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos 48 (cuarenta y ocho) meses de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía. **Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 1.41 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD de la sección 1. DEFINICIONES de las Condiciones Generales.**

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

2. CON VEINTICUATRO MESES DE PERÍODO DE ESPERA

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir con al menos 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza:

- Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán sometidos a dictamen médico para validar su procedencia. Se deberá contar con una Segunda Opinión Médica por un especialista designado por La Compañía
- Los padecimientos ginecológicos y propios de la mujer incluyendo tumores, así como, de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso, será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que La Compañía requiera para su valoración.
- Insuficiencia venosa y varices de miembros inferiores.
- Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, y sus complicaciones.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones.
- Padecimientos anorectales, hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto, prostáticos, insuficiencia del piso perineal.
- Cataratas.
- Las operaciones de nariz y/o senos paranasales. La reclamación será procedente sólo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento, éstas últimas sólo en caso de presentar la reclamación vía reembolso. Se deberá contar con una Segunda Opinión Médica por un especialista designado por La Compañía en todos los casos.
- Las circuncisiones siempre y cuando no sean profilácticas.
- De la columna vertebral (lumbar, cervical, torácico), incluyendo hernias de disco, abombamiento o protrusión, cualquiera que sea su causa.

3. CON DOCE MESES DE PERÍODO DE ESPERA

En los siguientes padecimientos, se deberá cumplir con al menos 12 (doce) meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual con La Compañía:

- Padecimientos generados por la formación de cálculos en el organismo, litiasis renal, litiasis vesicular, litiasis de vías biliares y litiasis en vías urinarias,

- Padecimientos de rodilla
- Hallux Valgus (Juanetes)

4. CON DIEZ MESES DE PERÍODO DE ESPERA

En los siguientes padecimientos, se deberá cumplir con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual con La Compañía:

- Gastos médicos mayores cubiertos erogados por padecimientos congénitos, prematurez y complicaciones que se presenten a partir de la fecha de nacimiento de los hijos de la Asegurada, siempre y cuando la madre cumpla con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía y sus hijos hayan nacido durante la vigencia de la póliza y sean incluidos en la misma dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.
- Gastos cubiertos por maternidad de la Asegurada.
- Gastos cubiertos por complicaciones del embarazo y parto de la Asegurada, siempre y cuando la complicación se encuentre listada en el punto 4.14.5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO de estas Condiciones Generales.

Para estas enfermedades o padecimientos, aplica deducible y coaseguro establecido en el cuadro de especificaciones de ésta póliza.

LÍMITES DE LA COBERTURA Y GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza.

1. SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima de responsabilidad que ampara La Compañía por cada Asegurado y establecida en la carátula de la póliza, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto, siempre que la póliza y el Asegurado se encentren en vigor. La suma asegurada para cada enfermedad o accidente quedará fija a partir de la fecha en que se efectué el primer gasto médico cubierto.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos accidentes o enfermedades que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional, es decir, el Asegurado cuenta con el total de la Suma Asegurada contratada, para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento cubierto e independiente.

En ningún caso, incluyendo renovaciones posteriores de la presente póliza, se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. En caso de que ocurra el agotamiento de la Suma Asegurada por enfermedad o accidente y a causa del padecimiento cubierto se continúen erogando gastos médicos, estos últimos correrán a cargo del Asegurado.

2. DEDUCIBLE

El deducible será el establecido en la carátula de la póliza y aplicará en todos los casos por cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones vigentes en la póliza, al momento de realizarse el primer gasto y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de La Compañía.

2.1. DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

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

En caso de que el Asegurado haya contratado la cobertura opcional con costo de Reducción de Deducible por Accidente, aplicarán las condiciones establecidas en dicha cobertura.

3. COASEGURO

Será el establecido en la carátula de la póliza y aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible. Se aplicará para cada enfermedad cubierta por la póliza incluyendo las reclamaciones complementarias que se presenten, considerando las siguientes reglas:

3.1. ACCIDENTE

En caso de accidente, mientras el primer tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, se reducirá el coaseguro hasta un tope de 10 (diez) puntos porcentuales. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de dicho período, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza correspondiente.

3.2. HONORARIOS MÉDICOS

Si el Asegurado acude con médicos de la red médica de La Compañía y utiliza el servicio de pago directo, se eliminará el coaseguro hasta un tope de 10 (diez) puntos porcentuales sobre los honorarios médicos; en caso contrario aplicará el coaseguro contratado, quedando el excedente a cargo del Asegurado.

3.3. HOSPITAL

Si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan inferior al contratado, se reducirá el coaseguro cuando el pago sea realizado por reembolso hasta 5 (cinco) puntos porcentuales y en el caso de pago directo hasta 10 (diez) puntos porcentuales del coaseguro contratado sobre los gastos de hospitalización.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional clasificado en un plan superior al contratado, participará en el caso de pago por reembolso con 15 (quince) puntos porcentuales y en el caso de pago directo con 10 (diez) puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, sobre los gastos de hospitalización.

La siguiente tabla muestra el coaseguro a aplicar y, en su caso, el número de puntos porcentuales que se añadirán o disminuirán al coaseguro establecido en la carátula de la póliza de acuerdo a la combinación de planes contratados y hospital en el que se realiza la atención médica.

<table>
<tr><td colspan="2">Reembolso</td><td colspan="3">Plan al que pertenece el Hospital en el que se realizó la atención médica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Coaseguro por gastos de hospitalización y gastos intrahospitalarios</td><td>Medio</td><td>Alto</td><td>Atención en el extranjero</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Plan contratado</td><td>Medio</td><td>Coaseguro contratado</td><td>15 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado</td><td rowspan="2">No hay cobertura</td></tr>
<tr><td>Alto</td><td>Menos 5 puntos porcentuales al coaseguro contratado</td><td>Coaseguro contratado</td></tr>
<tr><td>Internacional</td><td>Menos 5 puntos porcentuales al coaseguro contratado</td><td colspan="2">Coaseguro contratado</td></tr>
</table>

Pago Directo		Plan al qie pertenece el Hospital en el que se realizó la atención médica		
Coaseguro por gastos de hospitalización y gastos intrahospitalarios		Medio	Alto	Atención en el extranjero
Plan contratado	Medio	Menos 5 puntos porcentuales al coaseguro contratado	Más 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado	No hay cobertura
	Alto	Menos 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado	Menos 5 puntos porcentuales al coaseguro contratado	
	Internacional	Menos 10 puntos porcentuales al coaseguro contratado	Menos 5 puntos porcentuales al coaseguro contratado	Coaseguro contratado

3.4. OTROS GASTOS

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza a los gastos erogados mencionados en el apartado de Gastos Cubiertos correspondientes a Medicamentos, Auxiliares de Diagnóstico y Otros Servicios Médicos.

3.5. TOPE DE COASEGURO

En todos los casos hay un monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro y variará dependiendo del coaseguro contratado. En caso de que dentro de la historia del diagnóstico se utilizara un hospital de nivel superior al contratado, el tope se modificará con base en la siguiente tabla.

Coaseguro contratado	Hospital del plan contratado o inferior	Hospital superior al plan contratado
Hasta 10%	$50,000	$95,000
De 11% hasta el 15%	$65,000	$132,500
Mayor al 15%	$80,000	$170,000

4. PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Si hubiere necesidad de una nueva intervención quirúrgica y se practicare dentro de las 24 (veinticuatro) horas postoperatorias, se considerarán como una sola, teniendo como máximo el monto de honorarios quirúrgicos establecido en el tabulador contratado; si se atribuye a otras causas se considerará como una intervención distinta e independiente de la primera.

Las Intervenciones Quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos se valuarán por similitud a las comprendidas en él.

El pago de los honorarios quirúrgicos que deba efectuar La Compañía, en ningún caso excederá lo pactado según la Tabla de Honorarios Quirúrgicos. Adicionalmente se tomará en cuenta que si en una sola sesión quirúrgica se realizan 2 (dos) o más operaciones, aplica lo siguiente:

1. Si se llevó a cabo por un mismo cirujano y los montos indicados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos son iguales, se pagará una de ellas; si son diferentes, se pagará la de mayor valor. Si las operaciones son independientes entre sí, los honorarios de la segunda operación se pagarán al 50%.

2. En caso de que en la segunda operación se haya requerido la intervención de otro cirujano, los gastos correspondientes se pagarán al 100%.

3. Si después de transcurridas 24 (veinticuatro) horas de haberse realizado una operación se requiere de otra, se considerará como distinta de la primera. En este caso, los gastos se pagarán de acuerdo a la Tabla de Honorarios Quirúrgicos.

4. Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 (dos) padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagarán los honorarios médicos, incluyendo anestesiólogo y ayudante, de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos para el padecimiento cubierto y el hospital se pagará al 60% de la factura total.

5. Cuando sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos que se trata de un procedimiento bilateral,

se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

EXCLUSIONES

Esta póliza NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por padecimientos, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

1. **Padecimientos preexistentes, salvo lo establecido en el punto 14.13 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES de las Condiciones Generales.**
2. **El pago de complementos de otras compañías.**
3. **Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período.**
4. **Tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, del aprendizaje de tipo cognoscitivo así como de tipo motor o adaptación a la vida diaria, trastornos de déficit de atención, alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aún las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en el punto 14.11 DAÑO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO de las Condiciones Generales.**
5. **Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren específicamente cubiertas por esta póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido concebido ni tampoco a los que presente la madre asegurada.**
6. **Los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de fertilidad y/o esterilidad de la madre asegurada. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.**
7. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
8. **Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.**
9. **Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.**
10. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.**
11. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, o aumento de peso.**
12. **Acné, en ninguna de sus formas y manifestaciones.**
13. **Tratamientos dietéticos, para reducir o aumentar de peso, médico o quirúrgico cualquiera que sea la causa.**
14. **Complementos vitamínicos, no se consideran ni se cubren fórmulas infantiles.**
15. **Anteojos y lentes de contacto.**
16. **Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía, estrabismo y astigmatismo y sus complicaciones.**
17. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus, salvo que el resultado demuestre patología oncológica.**
18. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica**

o sanatorio, salvo la cama extra.

19. **Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.**
20. **Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, consciente o inconsciente, cualesquiera que sean sus causas o circunstancias que lo provoquen, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental e inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.**
21. **Lesiones que ocurran en riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de bebidas alcohólicas o de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico, de acuerdo a lo estipulado en las actuaciones del Ministerio Público.**
22. **Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.**
23. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, automovilismo de carreras, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares, salvo lo mencionado en el punto 14.6. DEPORTES PELIGROSOS de las Condiciones Generales.**
24. **La práctica profesional de cualquier deporte, salvo pacto en contrario.**
25. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
26. **Tratamiento médico o quirúrgico resultado de cualquier complicación de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este Contrato.**
27. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de quelaciones.**
28. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales,**

maxilofaciales y sus complicaciones, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto.

29. **Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra).**
30. **Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento, aunque lo haya prescrito el Médico Tratante.**
31. **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.**
32. **Tratamientos con fines preventivos.**
33. **Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.**
34. **Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.**
35. **Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o no reportados durante los 30 (treinta) días naturales posteriores a su nacimiento, o cuya madre asegurada cuente con menos de 10 (diez) meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía al momento del nacimiento, excepto lo específicamente mencionado en el punto 14.2 PADECIMIENTOS CONGÉNITOS de las Condiciones Generales.**
36. **Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.**
37. **Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis.**
38. **Aparatos y prótesis auditivas salvo que se requieran a consecuencia de un accidente.**
39. **Zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.**
40. **Inhalaciones de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
41. **Tratamiento médico ó quirúrgico para corregir Xifosis, Lordosis ó Escoliosis de la Columna Vertebral,**

cualquiera que sea su causa.

42. **Donación de órganos y sus complicaciones, cuando el Asegurado sea el donante.**
43. **Gastos de donantes para el trasplante de órganos y sus complicaciones, salvo lo estipulado en el punto 14.9 TRASPLANTES de las Condiciones Generales.**
44. **Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero del apartado 8. COBERTURAS OPCIONALES (CON COSTO) de las Condiciones Generales.**
45. **Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), antes de cumplir 48 (cuarenta y ocho) meses de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía, así como los gastos requeridos para su detección. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los 48 (cuarenta y ocho) meses del período de espera, no se cubrirá cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.**
46. **La responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.**
47. **Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o mantenga con el mismo cualquier tipo de parentesco ya sea en línea directa o colateral o por afinidad.**
48. **Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.**
49. **Queda excluido el servicio de ambulancia (aérea o terrestre) cuando:**
    - **El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione.**
    - **El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.**
    - **El paciente no tenga una identificación y el número de su póliza de Gastos Médicos Mayores.**
    - **El horario y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.**
    - **No exista en la localidad terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.**
50. **La reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del accidente y/o enfermedad cubiertos, incluyendo las que fueron amparadas con anterioridad por La Compañía. Se excluyen prótesis con fines estéticos.**
51. **Los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales, no estarán cubiertos.**
52. **Para la cobertura establecida en el punto 14.11. DAÑO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO de las Condiciones Generales, quedan excluidos:**
    - **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los puntos de robo con violencia, secuestro o violación.**
    - **Los eventos ocurridos con anterioridad al inicio de la vigencia de esta póliza.**
    - **Los gastos erogados posteriores al término de la vigencia en caso de interrupción de continuidad de la cobertura. Es decir, para esta cobertura no aplica el período máximo de beneficio.**
53. **Medicamentos adquiridos en el extranjero directamente por el Asegurado, salvo que éste tenga contratada la Cobertura en el Extranjero y sean prescritos por el Médico Tratante.**

COBERTURAS OPCIONALES (CON COSTO)

1. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

(Su contratación debe especificarse en el cuadro de especificaciones)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana por vacaciones o viaje de negocios y que éste no exceda de 3 (tres) meses, tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de emergencia debiendo el Asegurado regresar y continuar con el tratamiento en su país de origen.

El efecto de esta cobertura cesará cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero y no sea considerada emergencia médica.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad.

Suma Asegurada: El equivalente en moneda nacional a US $50,000

Deducible: El equivalente en moneda nacional a US $50

Coaseguro: No aplica

La Tabla de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se aplicará para el pago de la reclamación, será el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar donde se atienda la emergencia médica.

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

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio vigente en la fecha de erogación de los gastos cubiertos con base a lo estipulado en el punto 9.12. MONEDA, de las Cláusulas Generales.

EXCLUSIONES:

Además de las señaladas en el punto 7. EXCLUSIONES de las Condiciones Generales, esta cobertura no aplicará en caso de:

- **Parto o Cesárea, cualquiera que sea su causa.**
- **Complicaciones del embarazo y/o del(los) recién nacido(s).**

- **Accidentes y/o enfermedades que se hayan iniciado en Territorio Nacional.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de 2 (dos) días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**
- **Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia.**

2. COBERTURA EN EL EXTRANJERO

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Con la contratación de esta cobertura quedarán cubiertos los gastos erogados fuera de la República Mexicana por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada: La contratada en la cobertura básica y establecida en la carátula de la póliza.

Deducible: El contratado para la cobertura básica y establecido en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% (diez por ciento)si el contratado en la cobertura básica es menor o igual al 10% (diez por ciento), o el contratado en la cobertura básica, siempre y cuando sea mayor a 10% (diez por ciento).

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero dentro de la República Mexicana, aplicando en estos casos el deducible contratado para territorio nacional.

Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero aplicando el deducible estipulado para la cobertura en el extranjero.

La Suma Asegurada será única independientemente de donde se reciba la atención médica.

El deducible y coaseguro son aplicables al 100% (cien por ciento) tanto por reembolso como pago directo.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero, será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

Los efectos de la presente cobertura cesarán a partir del momento en que el Asegurado rebase 3 (tres) meses de permanencia continua e ininterrumpida en el extranjero. En el momento en el que el Asegurado reingrese en territorio nacional, los efectos de esta cobertura quedarán restaurados a sus condiciones normales contratadas.
En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 (tres) meses, y se haya contratado la cobertura en el extranjero, deberá de dar aviso anticipadamente a La Compañía, a fin de que ésta evalúe y emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da avisa de este hecho, o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la República Mexicana no será cubierto por la póliza.

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en la carátula de la póliza, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos 10 (diez) meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en La Compañía.

Los gastos médicos cubiertos bajo los cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada. Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado de MONEDA de las Cláusulas Generales.

EXCLUSIONES:

Las señaladas en el punto 7. EXCLUSIONES de las Condiciones Generales.

3. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE

(Su contratación debe especificarse en el cuadro de especificaciones)

I. La Compañía pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura establecida en el cuadro de especificaciones, si durante la vigencia de esta póliza al Asegurado (que cumplan con la cláusula de edad de esta cobertura) se les diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades Graves que se establecen en este numeral y hayan cumplido con un período de espera de 30 días a partir del inicio de vigencia de la póliza y con el período de supervivencia estipulado en el rubro de Definiciones de este documento. **Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad.**

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza para cada asegurado cubierto.

Para efectos de esta cobertura se considerarán enfermedades graves únicamente las siguientes:
a. Infarto al miocardio
b. Accidente cerebro vascular
c. Insuficiencia renal crónica
d. Cáncer
e. Trasplante de órganos

1. Descripción de las Enfermedades Graves Cubiertas

a. **INFARTO AL MIOCARDIO:** La muerte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una obstrucción parcial o total de las arterias coronarias.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Cardiología, además de estar recibiendo tratamiento intrahospitalario y se presenten estudios de laboratorio y gabinete (Electrocardiograma, Ecocardiograma, Creatina quinasa (CK o CPK), Mioglobina, Troponina cardioespecifica “I” y”T”, etc.), que confirmen el diagnóstico.

No se cubrirá la suma asegurada, cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia

coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastía sin infarto.

b. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**: Una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro, que produzca secuelas neurológicas permanentes, secundaria a hemorragia, embolismo (intra o extracraneal) o infarto cerebral.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Neurología, y se presenten estudios de Imagen del cerebro (tomografía computada, resonancia magnética), u otros como el electroencefalograma (EEG) o dúplex carotídeo, que confirmen el diagnóstico.

Se excluyen expresamente: Isquemia Cerebral Transitoria, Lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos, hemorragia secundaria a cirugía Craneal.

c. **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente, lo cual lleva a una falla funcional crónica e irreversible de ambos riñones, que requiera la iniciación de hemodiálisis, diálisis renal sistémica o trasplante de riñón.

Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Nefrología e ir acompañado del informe nefrológico y se presenten los estudios de laboratorio que confirmen el diagnóstico.

d. **CÁNCER:** Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas, que puede ser mediante la presencia de uno o más tumores caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales (metástasis), dentro de estos, se incluye el Linfoma (Enfermedad de Hodgkin) y Leucemia.
Para efectos de cubrir la suma asegurada derivada de esta enfermedad, se debe contar con un diagnóstico emitido por un especialista en Oncología o Hematología y se presenten los resultados del estudio Histopatológico que confirme el diagnóstico.

Se excluye cualquier cáncer de piel, excepto el Melanoma Maligno.

e. **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano, de manera efectiva.

La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón; se deberá comprobar, mediante estudios médicos, de laboratorio e imagenología (cuando proceda) la disfunción severa del órgano, el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos y haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo del órgano.

Se excluye cualquier Trasplante de órganos no descritos en el párrafo que antecede, cualquier recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas, y cualquier transplante en calidad de donante.

2. Edad de Aceptación

Para efectos de esta cobertura. La compañía aceptará a personas con edad de 18 hasta 59 años. La edad máxima de renovación es de 64 años.

Para esta cobertura opcional no aplicará deducible ni coaseguro.

4. REDUCCIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, y cuando el Asegurado necesite someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización, servicios de enfermería, medicinas, estudios de laboratorio o hacer uso de una ambulancia a consecuencia de un accidente cubierto, La Compañía responderá por los gastos procedentes en exceso de $500 (quinientos pesos) y hasta $15,000 (quince mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto procedente se realicen durante los siguientes 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea igual o menor a $15,000 (quince mil pesos) se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $500 (quinientos pesos).

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea mayor a $15,000.00 (quince mil pesos), La Compañía responderá por los primeros $15,000 (quince mil pesos) del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $500.00 (quinientos pesos) y quedando a cuenta del Asegurado la diferencia, teniendo como máximo el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

El beneficio aplica para los servicios de Pago Directo y Reembolso.

Son aplicables los términos y condiciones generales de la cobertura básica.

EXCLUSIONES:
Las señaladas en el punto 7. EXCLUSIONES de las Condiciones Generales.

5. COBERTURA DE VISIÓN INCREMENTAL

(Su contratación debe especificarse en el cuadro de especificaciones)
La Compañía a través del Prestador de Servicios de Visión que se establece en el cuadro de especificaciones y con el cual Seguros Banorte ha celebrado un contrato, se obliga a prestar la siguiente cobertura y/o servicios derivados de la misma en caso de aparecer como Incluida en el cuadro de especificaciones y de acuerdo al tipo de plan ahí especificado.

La Compañía entregará junto con la póliza, la descripción de la cobertura donde se informe al Asegurado los servicios que brindará el Prestador de Servicios de Visión así como, deducible en caso de aplicar, beneficios, límites, exclusiones y teléfonos de contacto.

Para hacer uso de los servicios es necesario presentar su credencial vigente de Gastos Médicos Mayores que Seguros Banorte le entregó, acompañada de una identificación oficial con fotografía.

EXCLUSIONES
En ningún caso se cubren los gastos especificados como Exclusiones en la descripción de la cobertura que se entrega al Asegurado y que será una guía para el uso de esta cobertura.

CLAUSULAS GENERALES

1. CONTRATO

Las declaraciones del Contratante y/o Asegurado Titular proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud, conforme a las cuales han sido clasificados los riesgos, esta póliza, los endosos que llevan anexos, y el registro de Asegurados, constituyen testimonio o prueba del contrato de seguro.

2. VIGENCIA

Este contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza.

3. RENOVACIÓN

Este Contrato de Seguro se podrá renovar por periodos de un año, a petición del Contratante dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo. La renovación y/o recontratación de la póliza se hará, previa aceptación de la Compañía expresada a través de la emisión de la póliza que corresponda y respecto de los planes que se encuentren registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La renovación no implica que el seguro se prorrogue en cuanto a su vigencia, sin embargo se llevará a cabo respetando la antigüedad del Asegurado con la póliza y sin requisitos de asegurabilidad o modificación de los periodos de espera, pero sin dar la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el Contrato de Seguro.

Lo anterior siempre y cuando el Asegurado no haya solicitado un cambio de plan.

En cada renovación, la Compañía podrá clarificar y/o incluir Definiciones, Cobertura Básica, Coberturas Adicionales con costo, Exclusiones, Cláusulas Generales y Servicios de Asistencia. Asimismo, se actualizarán los montos de Deducible, Suma Aseguradas, coaseguros y Topes de Coaseguro (Coaseguro máximo). Lo anterior de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La Compañía establece que a ningún Asegurado se le podrá negar la renovación de la póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestro. Dado lo anterior, los Asegurados de este contrato cuentan con Cobertura sin Límite de Edad siempre y cuando las primas hayan sido pagadas dentro de los plazos estipulados para tal efecto. Y no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula de Omisiones o Inexactas declaraciones.

En los casos en que por cualquier causa La Compañía suspenda la operación de seguros de gastos médicos mayores, los asegurados con siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los gastos médicos hasta el agotamiento de la Suma Asegurada siempre y cuando los gastos se deriven de los siniestros ocurridos durante la vigencia de la póliza.

En los casos en que la renovación no se lleve a cabo por causas ajenas completamente a la voluntad del Contratante y/o Asegurado Titular por encontrarse en un estado de incapacidad grave, ésta deberá comprobarse fehacientemente a La Compañía y por cuenta del reclamante.

Para efectos de lo anterior, se considerará incapacidad grave cuando el Contratante y/o Asegurado Titular por causa de una enfermedad reversible o irreversible no pueda gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí mismo y que carezca de representante legal. En estos casos la obligación de La Compañía únicamente será hasta el límite de la suma asegurada.

Una vez que el Contratante y/o Asegurado salga del estado de incapacidad grave, deberá cubrir a La Compañía, dentro de los treinta días siguientes, la prima de seguro correspondiente.

En cada renovación, la prima se aplicará de acuerdo al sexo y edad alcanzada de cada uno de los Asegurados a la fecha de renovación y de acuerdo a la tarifa de primas en vigor, que resulte de calcular y actualizar los parámetros conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica usando información estadística suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los estándares de práctica actuarial y registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Al renovarse la póliza, a los Asegurados se les reconocerán sus derechos que por antigüedad han adquirido (siempre que la renovación sea sin períodos al descubierto), esto es, no se aplicarán períodos de espera

ni límites de edad inferiores a los originalmente pactados, además, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad adicionales. El servicio de red médica y hospitalaria que se otorgará en cada renovación será igual o similar en calidad, servicio y ubicación con la originalmente contratada.

La Compañía se obliga a informar al Asegurado y/o Contratante a través de su Agente de seguros con 20 días de anticipación a la renovación de la póliza, los valores de prima, deducible (El valor del deducible mínimo que se ofrece en este producto podrá ser actualizado cada año con la inflación de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) y coaseguro aplicables a la misma.

4. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Las Condiciones Generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y La Compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo previene el Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Toda notificación a La Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio señalado en la carátula de la póliza.

Es obligación del Asegurado y/o Contratante, notificar por escrito a La Compañía cualquier cambio de domicilio que tuviera durante la vigencia de la póliza.

Toda comunicación que La Compañía deba hacer al Asegurado deberá dirigirla a la última dirección que de él tenga conocimiento, notificación que surtirá todos sus efectos legales.
"Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente **dentro de los treinta días** que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones." (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

5. CAMBIO DE PLAN

El asegurado podrá solicitar a La Compañía por escrito un cambio de plan sin verse afectados los beneficios ganados por antigüedad siempre y cuando el nuevo plan los contemple. Lo anterior, no limita la capacidad

de La Compañía, de llevar a cabo procedimientos de suscripción cuando el asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de suma asegurada.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio de plan, quedarán cubiertos conforme los límites y condiciones generales establecidas en la póliza o en los endosos que se emitan eventualmente como consecuencia de dicho cambio.

Los padecimientos y/o diagnósticos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la(s) póliza(s) anterior(es) y aplicando deducible y coaseguro (incluyendo el tope) que sean mayores y aplicando suma asegurada, tabulador y categoría de hospitales que sean menores entre el plan nuevo y el plan vigente al momento del siniestro.

6. ENTREGA DE PÓLIZA

La documentación contractual le será entregada en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado. No obstante lo anterior, se le invita a que las mismas puedan ser consultadas o descargadas en cualquier momento en la página de internet www.segurosbanorte.com, también puede solicitarlas a su asesor o directamente a La Compañía en el número telefónico 01800 627 2292, mediante ellas podrá conocer entre otros aspectos las consecuencias de la rehabilitación y cancelación, la vigencia del producto, así como las coberturas, exclusiones y restricciones de la póliza.

En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse el día hábil inmediato siguiente.

7. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deban conocer en el momento de la celebración de Contrato.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultarán a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan

influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía comunicará en forma auténtica al Contratante y/o Asegurado o dependiente, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

8. COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por el artículo 50 Bis y el Título Quinto Capítulo I de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, así como el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Las reclamaciones deberán presentarse dentro del término de dos años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante, o una vez vencido el plazo a que se refiere el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación, cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo.
Para hacer valer sus derechos, el Asegurado y/o Contratante podrá dirigirse a las siguientes instancias:

- Unidad Especializada de Atención a Clientes de la Compañía (UNE)
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros (CONDUSEF)
- Los Tribunales competentes

9. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía, se efectuarán en moneda nacional, en los términos de la Ley Monetaria en la fecha en que se efectúen los mismos.

En caso que se contrate la cobertura en el extranjero, los gastos efectuados que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados de acuerdo al equivalente en moneda nacional al tipo de cambio que el Banco de México publique en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de erogación de los gastos.

10. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Artículo de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 82 y 84 de la misma Ley.

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

El plazo de que trata el artículo 81 no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

11. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado Titular o Contratante deberá dar aviso por escrito a La Compañía dentro de las 24 horas siguientes al momento en que se conozca un cambio de ocupación o actividad de alguno de los Asegurados. Si omitieren el aviso o si provocaran una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo.

El costo de la póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para cada Asegurado, por lo que si cualquiera de ellos cambia de ocupación, inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud, puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, La Compañía podrá cobrar la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir las

enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo ***(Artículo 47 y 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).***

Si el Asegurado no avisa por escrito sobre la agravación del riesgo y ésta influye en el siniestro, La Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de ello (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

12. PERIODO DE GRACIA Y CESACIÓN DE EFECTOS

De conformidad con el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o las fracciones pactadas, dentro del término convenido, el cual será de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la misma, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

Durante este período, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza, quedando el pago de los siniestros ocurridos durante dicho período, que resulten procedentes bajo el sistema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de Pago Directo.

13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Los efectos de este contrato cesarán por alguna de las siguientes causas:

a) Automáticamente, sin necesidad de notificación, si el Contratante y/o Asegurado no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en la cláusula de Periodo de Gracia y Cesación Efectos de éstas condiciones.

b) El Contratante y/o representante legal y/o el Asegurado podrá dar por terminado anticipadamente el Contrato, bastando para ello la presentación de una solicitud por escrito en las oficinas de Unidad de Servicio de la Compañía o por cualquier tecnología o medio que se hubiere pactado al momento de su contratación.

Seguros Banorte validará la autenticidad y veracidad de la identidad de la persona que solicita la cancelación y posteriormente se le proporcionará un número de folio al contratante y/o asegurado con el cual le podrá dar seguimiento a la solicitud. Seguros Banorte contará con 15 días naturales después de recibida la notificación, para realizar cualquier aclaración y para cancelar a partir de la fecha indicada en la solicitud siempre que ésta

no sea retroactiva o a la fecha de recibida la notificación.

Transcurrido este plazo, se considera aceptada la terminación del Contrato, devolviendo Seguros Banorte el 70% de la prima neta no devengada, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir derechos de póliza; siempre y cuando no se haya afectado la póliza por un siniestro dentro de la vigencia en que solicita la cancelación, dicha prima será devuelta al Contratante, en un plazo no mayor a 30 días naturales una vez recibida la solicitud.

c) En caso de que alguno de los Asegurados, que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, La Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, y de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Omisiones o Declaraciones Inexactas de éstas condiciones.

d) En caso de que el Asegurado notifique su deseo de no renovar su póliza, notificándolo con 15 días naturales de anticipación.

14. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto en la cláusula que antecede, el Asegurado podrá dentro de los treinta días siguientes al último día de periodo de gracia señalado en la cláusula de Periodo de Gracia y Cesación de efectos, pagar la prima de este seguro o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en ese caso, por el sólo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago. La Compañía devolverá a prorrata en el momento de recibir el pago, la prima correspondiente al período durante el cual cesaron los efectos del seguro, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Asegurado solicita por escrito que se amplíe la vigencia de seguro, ésta automáticamente se prorrogará por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado periodo de gracia y la hora y día en que surte efecto la rehabilitación. En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, la hará constar la Compañía para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago. Será necesario

contestar el Cuestionario de Rehabilitación dentro de los primeros treinta días del período para que surta efecto dicha rehabilitación.

Lo anterior en el entendido que bajo ninguna circunstancia, La Compañía responderá de enfermedades o accidentes ocurridos durante el período comprendido entre el vencimiento del periodo de gracia y la hora y día de pago de la rehabilitación.

Sólo se podrá otorgar hasta una vez el beneficio de reconocimiento de antigüedad durante la vigencia de la póliza para efectos de rehabilitación.

15. PRIMA

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de inicio o renovación de la póliza, la edad y el sexo del Asegurado.

La prima correspondiente a esta póliza es anual, venciendo ésta en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa en vigor a esa fecha y los recargos que determine La Compañía.

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato. La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de La Compañía contra entrega de recibo correspondiente. En caso de presentarse un siniestro dentro de la póliza de referencia y con el fin de efectuar la indemnización correspondiente, si aún no se encuentra liquidada en su totalidad la prima anual, La Compañía deducirá el total de la prima anual pendiente de pago del importe de la reclamación y en caso de existir remanente, el Contratante liquidará la diferencia.

16. DESCUENTO POR NÓMINA O DOMICILIACIÓN BANCARIA (CUENTA DE CHEQUES, DÉBITO O CRÉDITO)

El Contratante y/o Asegurado Titular que haya adquirido un seguro de manera voluntaria bajo el esquema de cobro “Descuento por Nómina” o “Domiciliación Bancaria” (cuenta de cheques, débito o crédito), tiene la obligación de vigilar que en sus recibos de pago o estados de cuenta se haya realizado la retención o cargo de la Prima del seguro contratado, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima correspondiente. En caso de que no aparezca dicha retención o cargo, deberá recurrir de inmediato a su agente de seguros o llamar directamente a nuestro centro de atención al número telefónico 01 800 8371133 para reportarlo. Si dentro de 30 días naturales posteriores al vencimiento de la prima no se ha realizado la retención o cargo, cesarán automáticamente los efectos del Contrato, de acuerdo a la Cláusula de Periodo de Gracia y Cesación de Efectos.

En caso de cancelación de este contrato de Seguro por instrucción escrita del Contratante, podrá proceder el cobro de uno o más periodos subsecuentes a la fecha de Cancelación por el “desfasamiento” del cobro de la prima correspondiente.

Para los cargos por Domiciliación Bancaria (cuenta de cheques, débito o crédito) serán causas de suspensión y en consecuencia la cesación de los efectos de la póliza en caso de no recibir el pago de la prima conforme a lo estipulado en este Contrato:

I. Cancelación del instrumento bancario no notificado a La Compañía.
II. Reposición(es) de tarjeta(s) de crédito no notificada(s) a La Compañía con diferente número de cuenta o tarjeta.
III. Por rechazo bancario.
IV. Falta de fondos o crédito.
V. Cualquier otra causa que impida el cargo respectivo.

17. EDAD

a. La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de sesenta (69) años.

b. Siempre que el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sea contratado hasta los 69 años y no exista interrupción alguna durante

su vigencia o en los períodos de renovación, el Asegurado podrá contar con protección. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.

c. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, La Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad real al momento de la celebración del mismo esté fuera de los límites de aceptación fijados por La Compañía, en cuyo caso devolverá al Contratante la reserva matemática de su seguro, existente en la fecha de rescisión.

d. Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

   I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagara una prima menor de la que correspondiera a la edad real, la obligación de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato.

   II. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviera pagando una prima más alta que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante el 70% de la prima neta en exceso que hubiera pagado en el último año de vigencia de la póliza.

e. La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas sobre la edad del Asegurado.

18. NACIMIENTOS

Los hijos del titular y/o cónyuge asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos por ella a partir del nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a La Compañía, acompañado del acta de nacimiento y/o certificado de nacido vivo y el certificado de salud dentro de los treinta días siguientes a la fecha del nacimiento. De no hacerse así, la inclusión de los niños estará condicionada a la aceptación de La Compañía y a los períodos de espera establecidos en este contrato de seguro.

19. REPORTE DE MOVIMIENTOS

El Contratante y/o asegurado titular deberá reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados, o aumento o disminución de beneficios, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que ocurran.
En caso de alta de algún Asegurado o aumento de beneficios, La Compañía cobrará mediante recibo correspondiente al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.

En caso de baja de asegurados, de disminución de beneficios o cancelación de la póliza, La Compañía devolverá el 70% de la prima neta no devengada, sin incluir derechos de póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicite el movimiento, dicha prima será devuelta al Contratante, en un plazo no mayor a 30 días naturales una vez recibida la solicitud.

20. SINIESTROS

Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a La Compañía de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización, en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado. El retraso del aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si se prueba que el retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía las formas de reclamación correspondiente que para tal efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

a. **Informe del Reclamante:** En formato Banorte completamente requisitado, con letra legible y firmado por el titular de la póliza o afectado.

b. **Informe Médico:** En formato Banorte completamente requisitado, con letra legible y firmado. Será llenado por el (los) médico(s) que hayan 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.

   En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto informe médico como informe del reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensable para el nuevo análisis de dicho complemento.

c. **Comprobante de Gastos:** Los comprobantes que se presenten a La Compañía siempre deberán ser Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI); los cuales deberán cumplir con las disposiciones fiscales vigentes. Por CFDI se deberá entender el archivo XML debidamente timbrado por el Servicio de Administración Tributaria (SAT) junto con su correspondiente impresión en formato PDF. No se aceptaran copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos y enfermeras deberán ser Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI), debiendo reunir los siguientes datos:

- Cédula Profesional
- Registro de Salubridad
- Registro Federal de Contribuyentes
- Folio

Cada recibo de honorarios **deberá estar circunstanciado a un solo concepto** (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.).

En caso de consultas médicas, harán llegar un recibo por cada consulta recibida. Si llegara a existir un recibo por honorarios que incluyera varios conceptos, se tomará el total del recibo por la cobertura de una consulta.
No se hará por parte de La Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier semejante donde no se exigen remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre

internado en el sanatorio u hospital, así como la comprobación de los gastos realizados.

Los Asegurados autorizan a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, sanatorios o clínicas a que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para proporcionar los informes que requiera SEGUROS BANORTE, referente a su salud o enfermedades anteriores.

Asimismo, autorizan a las Compañías de Seguros a las que previamente han solicitado pólizas para que proporcionen a SEGUROS BANORTE, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez SEGUROS BANORTE, proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de la solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por los Asegurados.

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

21. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

a. Las indemnizaciones que resulten conforme a este párrafo, serán liquidadas en el curso de los treinta días siguientes a la fecha en que La Compañía reciba los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

b. Todas las indemnizaciones cubiertas por La Compañía serán liquidadas a cada Asegurado o a quien éste haya designado, en las oficinas de la Compañía con la presentación de Carta poder.

c. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a La Compañía.

d. Tiempo de Indemnización La Compañía tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del contrato, teniendo como límite, lo que ocurra primero.

a. El agotamiento de la suma asegurada;
b. El monto de los gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la póliza que ampara el siniestro de que se trate y el período de beneficio establecido en la misma, o
c. La recuperación del estado de salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado;

El período de beneficio otorgado por La compañía será de 30 días naturales posteriores a la terminación de vigencia de la póliza.
En el caso de que el Asegurado cancele el seguro, La Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, hasta el agotamiento de la Suma Asegurada o 30 días naturales posteriores (periodo de beneficio) a la fecha de cancelación, lo que ocurra primero.

Para efectos de este contrato, se entiende por cancelación, cuando el Asegurado y/o Contratante externan su voluntad, en cualquier momento, a la Aseguradora de dar por terminado anticipadamente este contrato de seguro.

e. En caso de que el Asegurado decida no renovar su póliza, la Compañía cubrirá los gastos que se hayan erogado por cada enfermedad o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de La póliza, de acuerdo al inciso d) anterior.

f. **El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por La Compañía siempre y cuando los recibos se expidan a nombre de ésta. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Asegurado.**

g. La Compañía sólo pagará los honorarios médicos y enfermeras independientes titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la atención, tratamiento, curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el resumen clínico con la nota y firma respectiva.

h. De igual manera, La Compañía sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes. La cantidad de honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano	Cantidad que resulte de aplicar la base de honorarios contratada al catálogo correspondiente
Anestesiólogo	30% de Honorarios para Cirujano
Ayudante	20% de Honorarios para Cirujano

22. INTERÉS MORATORIO

En caso de que SEGUROS BANORTE, no obstante haber recibido los documento 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, capital o renta, que sea procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado o Beneficiario el interés moratorio que en conformidad con el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dice:

Artículo 276.- 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. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DEL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO

Cuando el Asegurado presente una reclamación por enfermedad y/o accidente amparados por esta póliza, se ajustarán los gastos presentados a los límites establecidos en la carátula de la póliza y en el cuadro de especificaciones de la misma. Los gastos reembolsables se sumarán y al total de éstos se restará la cantidad de deducible que se menciona en el cuadro de especificaciones. Del importe así determinado se descontará el porcentaje por coaseguro que es a cargo del Asegurado.

En caso de Pago Directo, al total de gastos procedentes, se descontará deducible y coaseguro de acuerdo a lo estipulado en el párrafo anterior, por lo que éstos deberán ser cubiertos por el asegurado, directamente al Proveedor en convenio, al igual que los gastos no cubiertos.

24. RECLAMACIONES

El reclamante podrá optar, en caso de notificada la improcedencia de su reclamación por parte de La Compañía, en acudir ante un arbitraje médico privado únicamente tratándose de preexistencia.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Compañía.

25. INFORME DE COMISIÓN O COMPENSACIÓN

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.

26. RESIDENCIA

Para efecto de este Contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a La Compañía el lugar de residencia de los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado Titular.

27. RESPONSABILIDAD CIVIL

En ningún caso La Compañía será responsable ante el Asegurado, Asegurados dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado.

28. SUBROGACIÓN

De conformidad con el Artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Compañía 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 sólo 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 haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

29. CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILICITAS

En caso de que, en el presente o en el futuro, el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

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

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que la Compañía tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

***La Compañía** consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar*

a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

30. CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, utilizando los médicos designados por la misma, los cuales no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y sin costo para el mismo.

En caso de ser necesario, para la corroboración del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado, cuando así lo solicite la Compañía en términos del artículo 69 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Asegurado acepta someterse a los estudios necesarios designados por la misma y/o a que los estudios de laboratorio y/o gabinete presentados, en su caso, sean sometidos a una segunda valoración o reinterpretación. En ambos casos, los estudios se realizarán y/o reinterpretarán, por los médicos designados por la Compañía, sin ningún costo para el Asegurado, por lo que no participan de ninguna manera en la atención médica del mismo. En el supuesto de que el Asegurado se negara sin causa justificada, a que la Compañía obtenga una segunda opinión respecto del diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o accidente amparado y/o de los estudios de laboratorio y/o gabinete presentados, en su caso, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas.

29. AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: **SEGUROS BANORTE, S.A. de C.V. GRUPO FINANCIERO BANORTE** con domicilio en Av. Hidalgo No. 250 Pte., Centro, C.P. 64000, Monterrey, N.L., RFC: SBG971124PL2, utilizará sus datos personales para cumplir con el contrato de seguro, consulte nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.segurosbanorte.com.mx

La legislación citada y las abreviaturas que aparecen en la Documentación Contractual de este producto podrán ser consultadas en la página de internet www.segurosbanorte.com

Para cualquier aclaración o duda en relación con su seguro, contacte a la **Unidad Especializada de Atención a Usuarios** de la Compañía ubicada en Av. Paseo de la Reforma No. 195, piso 1, Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 01 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13hrs, correo electrónico une@banorte.com. O visite la página www.segurosbanorte.com.mx; o bien comunicarse a CONDUSEF ubicada en Av. Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, C.P. 03100, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del interior de la republica al 01 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

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 **17 de septiembre de 2018**, con el numero **CNSF-S0001-0474-2018/CONDUSEF-003419-02.**

MANUAL DEL USUARIO
EN CASO DE SINIESTRO

MANUAL DEL USUARIO EN CASO DE SINIESTRO

Para asistencia vía telefónica llame al

01800 201 6764

Disponible las 24 horas los 365 días
del año o vía electrónica al siguiente correo:
asistenciamedica@banorte.com

PRESENTACIÓN

Lo invitamos a que consulte el presente documento, con el propósito de que conozca los beneficios que le brinda la adquisición de la Póliza de Gastos Médicos Mayores de Seguros Banorte. En este documento usted encontrará de una manera sencilla, los aspectos más relevantes de los diversos servicios que le ofrece Seguros Banorte, para apoyarlo en caso de requerir asistencia médica y resolver su problema de salud en caso de enfermedad o accidente.

ÍNDICE

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA ASEGURADOS 79

PAGO DIRECTO 81

REEMBOLSO DE GASTOS 82

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA 83

¿CÓMO ACCESAR A NUESTRA RED DE PROVEEDORES? 84

BENEFICIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CAT) PARA ASEGURADOS

Los beneficios que obtiene al adquirir su póliza de Gastos Médicos Mayores con Seguros Banorte son entre otros los siguientes:

1. Centro de atención telefónica las 24 horas los 365 días del año.
2. Red de Médicos Especialistas.
3. Red Hospitalaria.
4. Servicios de Apoyo.
5. Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.

1. **Nuestro CAT,** está conformado por un grupo de médicos asesores y ejecutivos disponibles las 24 hrs del día los 365 días del año, cuya función es orientarle en caso de enfermedad o accidente y ayudarle a encontrar la mejor alternativa de solución a su problema de salud, en aspectos tales como:

   - ¿Qué hacer en caso de emergencia?
   - Centros de Atención de Urgencias más cercanos a su domicilio.
   - Ayuda en la elección de la especialidad médica que requiera conforme a su padecimiento.
   - Coordinación para el internamiento en un centro hospitalario, en caso necesario.
   - Información de proveedores en convenio para servicios de laboratorio, gabinetes auxiliares de diagnóstico, etc.

   Para tener acceso a estos servicios, sólo tiene que llamar al:

   01800 201 67 64
   o vía electrónica al siguiente correo:
   asistenciamedica@banorte.com

Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.

2. **Red de Médicos.**
   Seguros Banorte cuenta con una amplia red de médicos especialistas reconocidos ante los consejos correspondientes, así como algunos con formación en el extranjero.

Es importante hacer mención que para poder acceder a nuestro directorio, será necesario que se comunique al Centro de Atención Telefónica en donde le proporcionaremos los proveedores que se encuentran en convenio con Seguros Banorte o mediante nuestra página de Internet www.segurosbanorte.com.mx

En aquellos casos en que se decida recibir la atención por parte de un Proveedor no incluido en la red de proveedores de Seguros Banorte de acuerdo a la cobertura contratada, dicho gasto quedará a cargo del asegurado.

3. **Red Hospitalaria.**
En aquellos casos en que su tratamiento médico o quirúrgico requiera de hospitalización, Seguros Banorte cuenta con una amplia red de hospitales en convenio en toda la República Mexicana.

Algunos hospitales, le solicitarán un depósito por condiciones administrativas propias, lo cual es ajeno a la aseguradora. Usted puede evitar esta situación, mediante el uso del servicio de cirugía programada en los hospitales que tenemos designados.

Centros de Atención de Urgencias.
En caso de una emergencia es importante que usted se comunique de manera inmediata al CAT (Centro de Atención Telefónica) en donde se le orientará sobre los procedimientos a seguir para recibir la atención médica de manera expedita. Para este caso Seguros Banorte cuenta con centros de atención de urgencias ubicadas de manera estratégica en las principales ciudades a donde se le podrá canalizar.

4. **Servicios de Apoyo**
Nuestro CAT podrá asistirle para la coordinación de los siguientes servicios a precios preferenciales:

- Consulta a domicilio.
- Ambulancias terrestres.
- Consultas con médicos.
- Servicios de enfermería.

5. **Asesoría relacionada con las coberturas que ofrece su póliza.**
Al solicitar una asesoría siempre deberá proporcionar su número de

póliza, por lo que le recomendamos tener su Identificación de Seguros Banorte a la mano.

La información proporcionada por Seguros Banorte en este documento, tiene la finalidad de orientar al Asegurado; es responsabilidad de usted a elección del prestador de servicios para la atención de su padecimiento, por lo que esta será responsabilidad del prestador de servicio que el Asegurado haya elegido.

PAGO DIRECTO

Es el servicio que ofrece Seguros Banorte al asegurado para realizar el pago de los gastos efectuados de manera directa a los proveedores en convenio (Hospitales, médicos, etc). En caso de enfermedad o accidente amparado por la póliza que requiera tratamiento médico o quirúrgico intrahospitalario, quedara a cargo del asegurado el deducible y coaseguro contratado, esto aplica para ingresos que ocurran tanto de manera programada o por urgencia.

REQUISITOS BÁSICOS PARA EL PAGO DIRECTO.

- Atención con médicos y hospitales en convenio.
- Póliza vigente y pagada al momento de requerir el servicio.
- Contar con diagnóstico definitivo.
- Que el gasto supere el deducible contratado.
- Enfermedad o accidente amparado por la póliza.
- Identificarse con su tarjeta Seguros Banorte acompañada de una identificación oficial. (INE, pasaporte, cedula profesional).

Esperar la visita de nuestro médico coordinador dentro de las primeras 24 horas de su internamiento quien realizará un dictamen de su caso con base a las coberturas contratadas en su póliza. Si dicho dictamen resultara procedente se emitirá la **Carta-Autorización** de pago directo, de la cual le será entregada una copia como constancia del servicio proporcionado.

El médico coordinador en su visita deberá informarle sobre los montos que quedan a su cargo (deducible, coaseguro y gastos personales)

El beneficio de pago directo con médico y hospital de la red es la disminución
y/o eliminación del deducible y coaseguro contratado.

En caso de una emergencia

- De ser posible comuníquese de inmediato al Centro de Atención Telefónica para recibir instrucciones.
- Asista a un Hospital en Convenio con Seguros Banorte, de acuerdo al plan contratado.
- Identificarse con su tarjeta **Seguros Banorte** acompañada de una identificación oficial. (IFE, pasaporte, cedula profesional).
- Solicite le sea asignado un médico de convenio.

Cabe mencionar que si el asegurado ha erogado antes o después de la hospitalización algún gasto como pago de consultas, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, estos serán indemnizados vía Reembolso de acuerdo con las condiciones de cobertura de su contrato de seguro.

El pago directo es un servicio que Seguros Banorte le ofrece a sus asegurados, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes mencionados.

REEMBOLSO DE GASTOS

Es el sistema de pago mediante el cual los gastos realizados como consecuenciade un accidente o enfermedad cubierta por la póliza, deberán ser liquidados por el asegurado al prestador de servicios correspondientes.

Los gastos procedentes le serán reintegrados de acuerdo a las condiciones de su póliza.

Para poder realizar este trámite se deberá presentar la siguiente documentación original.

Informe médico:
Este documento será debidamente requisitado por su(s) médico(s) tratante(s), en los formatos oficiales de la Compañía.

Informe del Reclamante:
Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

Facturas, recibos, y recetas médicas (verifique que reúnan los requisitos fiscales).

Estudios de laboratorio y gabinete con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad o accidente.

Una vez presentada esta documentación a Seguros Banorte, se analizará el caso y recibirá una respuesta del dictamen emitiendo el pago correspondiente en caso de ser procedente.

En caso de reclamar más de un padecimiento, la documentación antes mencionada deberá ser entregada por separado de cada uno de los padecimientos reclamados.

En caso de padecimientos crónicos se deberá de presentar un informe médico actualizado cada 6 meses.

Ofrecemos a nuestros asegurados el servicio de pago por medio de transferencia interbancaria sin costo alguno (previo llenado del formato institucional), la cuenta deberá ser del contratante de la póliza titular o afectado ya que son los únicos a los que se les podrá expedir transferencia interbancaria o cheque, recomendamos adjuntar al formato copia del estado de cuenta bancario que incluya la clabe interbancaria de 18 dígitos.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

Para realizar la programación de su cirugía, deberá solicitarla con cinco días hábiles previos a su internamiento, adjuntando la siguiente documentación:

Informe médico:
Este documento será debidamente requisitado por su(s) médico(s) tratante(s), en los formatos oficiales de la Compañía.

Informe del Reclamante:
Este deberá ser requisitado por el asegurado titular de la póliza, en el Formato oficial de la Compañía.

Recetas médicas:
Estudios de laboratorio y gabinete con sus resultados, practicados con motivo de su enfermedad o accidente.

¿CÓMO ACCESAR A NUESTRA RED DE PROVEEDORES?

Nuestra red de proveedores se encuentra disponible en la página:
www.segurosbanorte.com.mx

1. Accese a la página www.segurosbanorte.com.mx
2. Seleccione la empresa Seguros
3. Seleccione la sección Gastos Médicos
4. Seleccione directorio médico.
5. Seleccione el producto contratado.
6. Seleccione la Ciudad de su ubicación y que tipo de proveedor requiere.
7. Seleccione al proveedor deseado.