GMM
Seguro Médico Transforma

Para reporte de siniestro y servicios
de asistencia llama al
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
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

ÍNDICE

OBJETO DEL SEGURO	3
DEFINICIONES	3
GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	10
COBERTURAS BÁSICAS	10
COBERTURAS SUJETAS A UN PERIODO DE ESPERA	21
COBERTURAS OPCIONALES	25
EXCUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS	29
GENERALIDADES	35

CONDICIONES GENERALES
GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL / FAMILIAR "SEGURO MÉDICO TRANSFORMA"

OBJETO DEL SEGURO

SEGUROS BANORTE, denominada en adelante como "SEGUROS BANORTE" o "La Compañía", pagará los gastos médicos originados por enfermedad o accidente cubiertos dentro de la vigencia de la póliza de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y hasta el límite de suma asegurada convenido, aplicando el deducible y el coaseguro correspondiente o según aplique para el Asegurado y sus Dependientes Económicos de acuerdo con el plan contratado.

DEFINICIONES

1. **Accidente:** Se considerará accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que cause la muerte o lesiones corporales en la persona del mismo. **No se considerará como accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

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

   Son materia de esta póliza los **accidentes** que ameriten tratamiento médico o quirúrgico, que ocurran desde el inicio y durante la vigencia de la póliza (**no se aplica período de espera**), siempre que la atención médica y los primeros gastos comprobables se realicen dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del evento y que no se encuentren consignados en la cláusula de Exclusiones de estas Condiciones Generales.

   Para los siguientes Accidentes se aplicará siempre un 5% de coaseguro adicional al contratado en la cobertura básica, aplicando el tope de coaseguro contratado.
   - Accidentes de Nariz y Senos Paranasales
   - Rodilla
   - Columna Vertebral

Para Rodilla y Columna Vertebral será considerado accidente sólo cuando se presente una fractura y/o politraumatismos.

2. **Agravación de Riesgo:** Es cuando por cualquier causa o circunstancia que afecte al asegurado (ejemplo: algún cambio de actividad u ocupación) se incrementa la posibilidad de la realización de un siniestro.

3. **Antigüedad:** Es el tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua con la Compañía.

4. **Año Siniestro:** Aniversario del primer gasto del siniestro en cuestión.

5. **Asegurado:** Persona que cuenta con la cobertura del plan contratado.

6. **Asegurado Titular:** Persona Asegurada que firma la solicitud como asegurado principal y como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la misma. Adicional al Contratante éste puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

7. **Ayudante:** Médico que asiste durante el desarrollo de una operación quirúrgica, siempre y cuando dicho asistente sea médicamente necesario para tal operación.

8. **Beneficio Máximo:** Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía (Suma Asegurada), menos la aplicación del deducible y coaseguro según aplique por cada enfermedad o accidente cubierto, quedando fija a partir de que se hace el primer gasto de cada padecimiento.

9. **Catálogo de Honorarios Médicos:** Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Compañía.

   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

10. **Coaseguro:** Es el tercer gasto a cargo del Asegurado y establecido como porcentaje en el cuadro de especificaciones de la póliza que pagará el Asegurado de acuerdo al apartado Aplicación de Coaseguro establecido en estas Condiciones Generales así como en el cuadro de

especificaciones de la póliza sobre el total de los gastos cubiertos por la póliza, una vez descontado el deducible correspondiente.

11. **Cobertura Sin Límite de Edad:** Se entenderá por cobertura sin límite de edad, la protección que tenga el Asegurado en el plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores sin límite alguno en el número de sus renovaciones, siempre que dicho plan sea contratado antes de los 70 años y no exista interrupción alguna durante su vigencia o en los períodos de renovación.

12. **Compañía:** Es la empresa aseguradora denominada como Seguros Banorte.

13. **Contratante:** Es la persona física o moral que solicita la celebración del contrato de seguro, para sí y/o terceras personas, así mismo, es responsable de pagar las primas del seguro.

14. **Cuadro de especificaciones:** Documento en el cual se estipulan las coberturas amparadas y límites específicos a que tiene(n) derecho el (los) asegurado (s) de acuerdo al plan contratado.

15. **Deducible:** Es el segundo gasto a cargo del Asegurado y es la cantidad fija estipulada en el cuadro de especificaciones de ésta póliza, la cual aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el Contrato. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de Seguros Banorte.

    Éste producto cuenta con dos tipos de deducibles, anual o por padecimiento.

    Se cobrará doble deducible y coaseguro de la póliza, a los asegurados que se antiendan en Hospiten México S.A. de C.V. (Cancún Quintana Roo)

16. **Deducible anual:** Cantidad establecida en el cuadro de especificaciones de ésta póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente, la cual se reinstalará cada año desde la fecha en que se generó el primer gasto del Siniestro; es decir, es la cantidad que deberá pagar el asegurado cada Año Siniestro en caso de continuar gastos por dicho siniestro.

17. **Deducible por padecimiento:** Cantidad establecida en el cuadro de especificaciones de ésta póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.

18. **Dependientes Económicos:** Para efectos de este seguro, serán consideradas las siguientes personas, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.

    i. El cónyuge o concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.

    ii. Sus hijos solteros, que tengan hasta 24 años de edad cumplidos y que no tengan ingresos por trabajo personal.

19. **Deportista Amateur**: Persona que realiza una actividad o práctica de un juego o competencia que supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual no recibe un pago económico ni un patrocinio en especie ni ambas. Incluyendo pruebas de velocidad o resistencia, de cualquier vehículo motorizado en pista o en la vía pública.

20. **Deportista Ocasional:** Persona que sin fines de lucro, sin atender reglas ni tener protección o equipamiento especial realiza una actividad física en conjunto o individual que le puede ocasionar lesiones.

21. **Deportista Profesional:** Persona dedicada como forma de vida, a la práctica física de un juego o competencia cuya actividad, supone el entrenamiento y sujeción de reglas, por la cual recibe un pago económico o un patrocinio en especie o ambas.

22. **Diagnóstico:** Dictamen elaborado por un médico donde identifica un padecimiento o condición del mismo por sus síntomas, signos, apoyándose en pruebas de laboratorio y gabinete.

23. **Emergencia Médica:** Toda alteración súbita que ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra médicamente estabilizado.

24. **Enfermedad:** Pérdida de salud. Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos de acuerdo a la historia natural de la misma. **No se considerará como enfermedad la provocada intencionalmente por el Asegurado.**

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

25. **Enfermedad Congénita:** Alteración del estado de salud fisiológico/ morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunas se hagan evidentes al momento o después del nacimiento.

26. **Enfermera:** Persona que ejerce la enfermería, con título y legalmente autorizada para la práctica de su profesión en México.

27. **Honorarios Médicos:** Cantidad a que tiene derecho el médico por concepto de pago 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.

28. **Hospital:** Institución médica privada legalmente certificada por las Instituciones de Salud competentes para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

29. **Hospitalización:** Toda estancia continúa en el hospital mayor a 24 horas.

30. **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para la práctica de su profesión y de acuerdo a su especialidad, pudiendo ser: médico general o médico especialista.

31. **Pago directo:** Es un servicio en beneficio del asegurado, mediante el cual la Compañía liquidará directamente al prestador de servicios médicos y/o hospitalarios de la Red Médica, los gastos que por motivo de enfermedad y/o accidente cubiertos por este contrato erogue el Asegurado.

32. **Periodo de Espera:** Tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir entre la fecha de Alta del Asegurado en la póliza y la fecha de ocurrencia del siniestro para que puedan considerarse cubiertos los gastos por ciertas enfermedades o padecimientos, los cuales se encuentran enunciados en el apartado Coberturas Sujetas a un Periodo de Espera.

    Cualquiera de estas enfermedades o padecimientos ocurridos durante este lapso no serán parte del riesgo asumido por la Compañía.

33. **Periodo de Supervivencia:** Tiempo en el cual deberá sobrevivir el asegurado después que se le diagnostique por primera vez una enfermedad grave cubierta y de las referidas en el numeral II de las Coberturas Opcionales, para que tenga derecho a la indemnización. Se establece un periodo de supervivencia de siete (7) días.

34. **Perito Médico:** Médico asignado por la Compañía que emite una opinión técnica relacionado con una enfermedad o accidente.

35. **Prima Neta:** Es equivalente a la prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos el I.V.A. y derecho de póliza especificados en la carátula de la póliza.

36. **Reconocimiento de Antigüedad:** Es el periodo de tiempo en el que el(los) Asegurado(s) ha(n) estado cubierto(s) de manera continua e ininterrumpida con otra(s) Compañía(s) de Seguros en el ramo de Gastos Médicos Mayores hasta el momento de contratación con Seguros Banorte que será considerado en la póliza siempre y cuando se acredite dicho periodo.

    Este reconocimiento será considerado para los periodos de espera establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza, **con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario.**

37. **Red Hospitalaria:** Son todos aquellos hospitales, clínicas o sanatorios en convenio con la Compañía donde se puede aplicar el pago directo la cual comprende de dos niveles hospitalarios mencionados a continuación de manera jerárquica descendente: T+ y T.

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

38. **Red Hospitalaria T:** Nivel Hospitalario básico que comprende los Hospitales de Gama media y baja.

39. **Red Hospitalaria T+:** Nivel Hospitalario superior que comprende los Hospitales de Gama alta, media y baja.

40. **Red Hospitalaria Preferente:** Subconjuntos de la red hospitalaria en los cuales el Asegurado, en caso de que decida recibir atención médica dentro de zona contratada o menor con estos Hospitales no existirá participación adicional de acuerdo a lo establecido en la cláusula APLICACIÓN DE COASEGURO

    - T Preferente: Subconjunto de la Red Hospitalaria T en el cual el Asegurado, en caso de que decida recibir atención médica con éstos no existirá participación adicional manteniéndose en la zona contratada o menor.

    - T+ Preferente: Subconjunto de la Red Hospitalaria T+ en el cual el Asegurado, en caso de que decida recibir atención médica con éstos no existirá participación adicional manteniéndose en la zona contratada o menor

41. **Red Médica:** 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 sin previo aviso. En caso de alguna actualización o modificación de la misma, se podrá consultar en la página de internet www.segurosbanorte.com Dicho listado no limita, ni excluye la voluntad del Asegurado, para que éste elija o seleccione libremente el Hospital, Clínica o Sanatorio en que decida ser atendid. **Se cobrará doble deducible y coaseguro de póliza, a los Asegurados que se atiendan en Hospiten México S.A de C.V.**

42. **Signo:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

43. **Síntoma:** Es un fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

44. **Suma Asegurada:** Es el beneficio máximo a cargo de la Compañía, convenida para cada cobertura amparada y aplicable por Enfermedad o Accidente ocurrido y cubierto dentro de la vigencia de la póliza. Establecida en la carátula de póliza.

45. **Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad:** Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

46. **Tratamientos y/o medicamentos de vanguardia:** Son las últimas tecnologías y conocimientos científicos en el ámbito médico, ya sea utilizando equipos, materiales y /o medicamentos que se haya comprobado su aplicación y eficacia en humanos para padecimientos específicos. Serán considerados como Procedimientos, tratamientos y/o medicamentos de vanguardia durante un periodo de 7 años y medio a partir de ser legalmente autorizados y/o avalados por la autoridad correspondiente en la República Mexicana, después de este periodo deja de considerarse de vanguardia y será considera de uso común.

47. **Tratamientos genéticos y/o terapia génica:** Todos los tratamientos en donde a través de la transcripción o traducción de material genético transferido o bien alterando específicamente las secuencias genéticas del huésped (humano), incluyendo la terapia celular, independientemente de la enfermedad que se trate.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos en que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana por servicios, material y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos, requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta que cuente con un diagnóstico establecido y estudios que lo amparen. Los gastos deben ser por prescripción de un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento y con sujeción a los montos establecidos en el cuadro de especificaciones que forma parte integrante de la póliza.

COBERTURAS BÁSICAS

Para la Cobertura Básica aplica Tipo de Deducible, Deducible y Coaseguro contratado, establecido en el Cuadro de Especificaciones de ésta póliza.

I. **Honorarios por Consultas Médicas:** En el caso que el Asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico, se pagarán los gastos erogados por consultas médicas a razón de una consulta diaria independientemente de la unidad donde se encuentre hospitalizado de acuerdo a los límites establecidos en el cuadro de especificaciones de

la póliza y siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios Médicos. Los honorarios médicos por consultas postoperatorias se considerarán dentro de los honorarios quirúrgicos siempre que se eroguen dentro de los 15 días siguientes a la operación que les dio origen. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares directos del Asegurado.

II. **Honorarios Quirúrgicos:** La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al Asegurado, por los cirujanos y ayudantes, siempre que no sean familiares directos del Asegurado (Padres, hijos, cónyuge, hermanos, tíos, abuelos) y hasta el límite establecido en el cuadro de especificaciones; *siempre acotados* sobre la base del Catálogo de Honorarios Médicos.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en el catálogo de honorarios médicos se valuarán por similitud a las comprendidas en ésta. Se cubrirán los honorarios hasta el límite señalado en el cuadro de especificaciones o el porcentaje de los honorarios autorizados para el cirujano que corresponda a la intervención quirúrgica de que se trate. Estos honorarios se cubrirán siempre y cuando el o los médicos no sean familiares del Asegurado.

Cuando en un mismo tiempo quirúrgico se practiquen al Asegurado dos o más cirugías cubiertas por la póliza, utilizando la(s) misma(s) vías de abordaje, la Compañía pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

En caso de dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y/o tratamientos médicos y una de éstas se encuentre excluida de acuerdo a este contrato, la Compañía pagará de la siguiente manera:

a. Honorarios médicos, Anestesiólogo, Ayudante: de acuerdo a lo estipulado en el catálogo de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
b. Hospital: Se pagará el 60% de la factura total.

Si el mismo cirujano realizara otra intervención al asegurado en otra parte del cuerpo del paciente, considerando que existan dos incisiones dentro de una misma sesión, en forma adicional, los honorarios por la segunda intervención serán cubiertos al 50% de los estipulados como límite para dicha cirugía. **Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.**

En el caso de un politraumatizado, se seguirá el tratamiento anterior, pero si se requiere la intervención de un cirujano con especialidad diferente, los honorarios de éste serán cubiertos de acuerdo al porcentaje marcado para dicho procedimiento (al 100% del límite establecido para este concepto).

Si hubiera necesidad de una reintervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas veinticuatro horas de haberse efectuado la intervención quirúrgica anterior y ésta estuviera cubierta por la póliza.

Para intervenciones cardiovasculares, que requieran bomba extracorpórea, el cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico, se hará de la siguiente manera:

- Cirujano: La cantidad que aparece en el tabulador para este concepto
- Anestesiólogo: 30% de lo tabulado para el cirujano
- Ayudantía: 30% de lo tabulado para el cirujano
- Cardiólogo intensivista: 14% de lo tabulado para el cirujano
- Técnico de bomba extracorpórea: 10% de lo tabulado para el cirujano
- Instrumentista: 4% de lo tabulado para el cirujano

Los honorarios médicos de los procedimientos realizados por vía endoscópica serán calculados con un 10% más de lo tabulado para la vía convencional, siempre y cuando no se especifique en el Catálogo de Honorarios Médicos que se trata de un procedimiento endoscópico.

III. **Honorarios a Enfermera:** Se cubrirán los honorarios de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones de la póliza y siempre acotados sobre la base del Catálogo de Honorarios, de acuerdo a las funciones realizadas pudiendo ser enfermera técnica, general o especialista. En caso de requerir el servicio de enfermería en el domicilio, se pagará un máximo de treinta días o 720 horas por cada accidente o enfermedad siempre que esté justificado e indicado por el médico tratante.

IV. **Honorarios de Quiropraxia y Homeopatía:** Se cubrirán los honorarios de los médicos quiroprácticos y homeópatas, siempre y cuando se presente al momento de la reclamación copia de la cédula profesional y el certificado de la especialidad correspondiente del médico tratante. La reclamación de estos gastos será manejada vía reembolso.

V. **Habitación Hospital:** Se cubrirán de acuerdo al límite señalado en el cuadro de especificaciones. Incluye alimentos del paciente **(a excepción de lo mencionado en el punto 1. inciso G de las exclusiones generales de estas condiciones**) y cama extra para un acompañante, ésta última **no aplica en unidades de cuidados intensivos, terapias intermedias o cuneros o terapias neonatales.**

VI. **Gastos de Quirófano, de Sala de Recuperación y de Curaciones.**

VII. **Servicio de Apoyo al Diagnóstico:** Exámenes de laboratorio y/o gabinete, radiografías, tomografías, resonancia magnética, etc., que sean indispensables para el diagnóstico de lesiones a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertos.

VIII. **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.

IX. **Transfusiones sanguíneas, aplicación de plasma u otros componentes de la sangre**, así como las pruebas de compatibilidad correspondientes al número de paquetes sanguíneos que reciba el Asegurado. De igual forma, quedan cubiertas las soluciones intravenosas indispensables para el tratamiento de una enfermedad y/o accidente cubierto.

X. **Consumo de Oxígeno:** Gastos originados por consumo de oxígeno, siempre que sea prescrito por el médico tratante, para uso domiciliario y/o dentro del hospital, **el presente no ampara concentradores portátiles.**

XI. **Servicio de Ambulancia Terrestre:** Se cubrirá el servicio de ambulancia terrestre en la localidad, hacia o desde el hospital siempre que se encuentre médicamente justificado dicho traslado.

XII. **Servicio de Ambulancia Aérea:** Si como consecuencia de una emergencia médica por una enfermedad o accidente cubierto en la póliza, el Asegurado afectado requiere de transportación aérea en territorio nacional para su tratamiento, la Compañía dará la cobertura por este concepto, siempre y cuando no se cuente con los recursos médicos, ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y dicho traslado sea autorizado tanto por el médico tratante como por el médico designado por la Compañía.

Este servicio será siempre coordinado por La Compañía y a través del servicio de pago directo.

En caso de que no se pueda otorgar el servicio a través de la coordinación de la Compañía, los gastos quedarán cubiertos por Reembolso y hasta por un monto máximo igual al gasto usual y acostumbrado, previa valoración y aprobación de la Compañía, aplicando en todos los casos el deducible mencionado en la carátula de la póliza y un Coaseguro del 20%.

XIII. **Aparatos Ortopédicos:** Se cubre la compra o renta de aparatos ortopédicos, entendiéndose como tales: silla de ruedas (convencionales), muletas, camas especiales para enfermos (convencionales) y otros aparatos semejantes que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria que derive de una enfermedad o accidente cubierto, los cuales serán otorgados a través de pago directo, previa autorización, revisión y programación de la Compañía.

En caso de que no se pueda otorgar el Aparato Ortopédico a través de Pago Directo, éste será cubierto a través de Reembolso previa valoración y aprobación de la Compañía.

Para equipos que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de $200,000 (doscientos mil pesos M.N.)

XIV. **Prótesis:** Se cubrirán prótesis ortopédicas, mamarias, valvulares, auditivas internas (**se excluyen los aparatos auditivos externos**), dispositivos cardiacos, que se requieran a causa de enfermedad o accidente cubiertos por la póliza hasta por el límite que se señala en el cuadro de especificaciones. **No se cubrirá la reposición de estas**.

Para prótesis que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de $200,000 (doscientos mil pesos M.N.)

En ningún caso La Compañía pagará más de $500,000 (quinientos mil pesos M.N.) por Asegurado para cubrir gastos, costos u honorarios médicos para la adquisición y colocación de neuroestimuladores.

XV. **Tratamientos:** Se cubrirán los tratamientos médicamente autorizados y relacionados con un diagnóstico definitivo y siempre que no estén en etapa de experimentación para las enfermedades y/o accidentes cubiertos por las condiciones generales de ésta póliza, y que no sean de beneficio incierto para el padecimiento cubierto.

XVI. **Servicios de Terapia:** Fisioterapia, hidroterapia e inhaloterapia, neuroterapia, radioterapia, quimioterapia para las enfermedades y/o accidentes cubiertos por las condiciones generales de esta póliza. Únicamente se pagará una sesión por día independientemente del tipo de terapia y del número de especialistas que la proporcionen.

Para rehabilitación física, cardiaca y neurológica se cubrirán hasta 30 sesiones, siempre que hayan sido indicadas por el médico especialista y necesarias para la recuperación de funciones orgánicas y que no se encuentren expresamente excluidos en el apartado de Exclusiones Generales de estas condiciones, el monto cubierto por rehabilitación estará siempre acotado sobre la base del Catálogo de Honorarios Médicos.

No serán cubiertos los gastos erogados por servicios de estancia en instituciones especializadas de rehabilitación y/o servicios complementarios, ni terapias de lenguaje u ocupacionales.

XVII. **Gastos por Donación de Órganos:** Si el Asegurado se viera en la necesidad de recibir la donación de un órgano por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía cubrirá los gastos médicos y hospitalarios del donante hasta el límite que se señala en el cuadro de especificaciones, **a dichos gastos no se le aplicará deducible ni coaseguro.**

XVIII. **Renta por Hospitalización en un Centro de Asistencia Social:** Si el Asegurado titular se viera en la necesidad de hospitalizarse en un centro de asistencia médica de seguridad social ya sea por un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, la Compañía le cubrirá el monto correspondiente a los días que permaneció recluido en el centro hospitalario de acuerdo al límite diario que se señala en el cuadro de especificaciones por hasta 180 días siempre y cuando la póliza se encuentre vigente durante este periodo. Para este caso se entenderá como centro hospitalario de seguridad social aquellos como el IMSS, ISSSTE, así también se consideran dentro de esta cobertura los centros de asistencia social, aquel establecimiento de caridad, beneficencia o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

XIX. **Cesárea o Parto Normal:** Para esta cobertura la Compañía pagará a consecuencia de parto u operación cesárea en territorio nacional, salvo que haya contratado la Cobertura en el Extranjero, una indemnización por la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza para esta cobertura, 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.

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la póliza de Gastos Médicos Mayores. No aplicará deducible, ni coaseguro. Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de períodos de espera, de acuerdo con el punto 36. Reconocimiento de antigüedad de la sección DEFINICIONES de las Condiciones Generales.

XX. **Medicina hiperbárica bajo supervisión médica únicamente para las siguientes enfermedades:** actinomicosis, embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartamental, úlceras de meleneys y úlceras agudas por insuficiencia arterial.

Esta cobertura cubrirá hasta por un monto máximo igual al gasto usual y acostumbrado.

XXI. **Cirugía mínimamente invasiva** asistida por robot únicamente para la realización de prostatectomía, histerectomía y nefrectomía y tendrá que ser practicado por un médico especialista debidamente acreditado.

XXII. **Trasplante de células madre autólogo y alogénico** obtenidos de médula ósea adulta y/o cordón umbilical únicamente para las siguientes enfermedades: leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide crónica, leucemia mieloblástica aguda, leucemia mielomonocítica juvenil, linfoma no Hodgkin de alto grado, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple.

XXIII. **Deportes Peligrosos:** La práctica ocasional y/o vacacional de cualquier deporte (incluye motociclismo o uso de cualquier otro vehículo de motor similar). Opera únicamente cuando no haya culpa grave o negligencia por parte del Asegurado. **En todos los casos se aplicará un coaseguro del 25% con tope de $50,000 mil pesos y el deducible contratado.**

Se mencionan de manera enunciativa más no limitativa los deportes que se consideran peligrosos bajo esta cláusula, montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, hockey, equitación, motociclismo o uso de cualquier vehículo de motor similar, motonáutica, go karts, futbol americano, artes marciales, karate, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo. **Entendiéndose que la práctica ocasional, será aquella que se realice con un máximo de una (1) vez al mes.**

XXIV. **Legrado:** Se cubrirán legrados siempre y cuando sean a consecuencia de un embarazo anembriónico, embarazo molar o hiperplasia endometrial y deberán ser tramitados por reembolso, acompañados del estudio histopatológico que justifique estas condiciones **y no sean resultados de tratamiento de fertilidad y/o esterilidad.**

Esta cobertura se otorgará únicamente a la Asegurada Titular, Cónyuge o hija asegurada del Titular que tengan más de 10 meses continuos aseguradas en la Compañía en la póliza de Gastos Médicos Mayores Individual, la Suma Asegurada será la indicada en el cuadro de especificaciones vigente al inicio de la gestación. No aplicará deducible, ni coaseguro.

XXV. **Incremento de Catálogo de Honorarios para Enfermedades Catastróficas:** De acuerdo a esta cobertura se establece aplicar el Catálogo de Honorarios Quirúrgicos hasta el doble del contratado. Los padecimientos de esta cobertura serán tramitados por reembolso. Se aplicará deducible y coaseguro aún en caso de utilizar médicos dered.

Los padecimientos que aplican para esta cobertura son:

- Cáncer (excluido cáncer de piel).
- Enfermedad Cerebro-Vascular.
- Enfermedad de las coronarias que requieran cirugía (operación de tórax abierto), **quedarán excluidos para esta cobertura los procedimientos quirúrgicos como la angioplastía, el stent, la trombólisis.**
- Trasplante de corazón, hígado, médula ósea o pulmón.

XXVI. **Trastornos Visuales:** Quedan amparados los tratamientos quirúrgicos de los defectos de refracción siempre que exista un defecto mayor de 5 dioptrías para cada defecto y por cada ojo, por medio de la corrección refractiva lasser Eximer Lasser. Para proceder a la autorización de estos tratamientos será necesario una segunda opinión médica. Esta cobertura tiene un período de espera de 18 meses. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones, la cual aplica por evento y para ambos ojos. **No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXVII. **Lente Intraocular:** Queda amparado el costo del Lente Intraocular por los padecimientos de cataratas, para esta cobertura solo aplica el pago vía reembolso y hospitales de red, teniendo un periodo de espera de un año. La Suma Asegurada está indicada en el cuadro de especificaciones. **No aplicará deducible, ni coaseguro.**

XXVIII. **Franja Fronteriza:** Quedan cubiertos los gastos erogados en la franja fronteriza, entendiéndose como ésta a la extensión territorial de 20 km. A partir de la frontera mexicana. A las reclamaciones procedentes bajo esta cobertura se les aplicará el doble de deducible indicado en la carátula de la póliza y el máximo entre el coaseguro del 20% y el coaseguro contratado y aplicando el tope mayor entre el contratado y $50,000 pesos. Esta cobertura solo

aplica para las personas que viven y residen en la franja fronteriza mexicana.

XXIX. **Preexistencia Declarada:** Esta cobertura cubre los padecimientos preexistentes que se declaren al momento de solicitar la póliza. Para efectos del presente seguro se entenderá como padecimientos preexistentes los definidos en el inciso a) del numeral 1 del apartado de Exclusiones Generales y Gastos No Cubiertos de éstas condiciones. Estos padecimientos se cubrirán después de dos años de cobertura continua del seguro, siempre y cuando el asegurado no haya recibido tratamiento y no haya prueba alguna de que ha tenido síntomas de dicha condición preexistente durante el periodo de espera mencionado anteriormente y para los cuales La Compañía haya emitido un endoso de Preexistencia declarada, con el cual formalizó la aceptación de los mismos. Es requisito indispensable que el asegurado haya declarado que tiene dicho(s) padecimiento(s) al momento de solicitar la contratación del seguro.

Para aquellos padecimientos que la compañía haya emitido un endoso de exclusión de padecimiento(s), no aplica esta cobertura.

XXX. **Terapia Psicológica o 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:

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

b) 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 24 consultas por evento de acuerdo al catálogo de honorarios, siempre que la póliza se encuentre vigente, 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.

Para esta cobertura **no aplica deducible ni coaseguro**

XXXI. **Cobertura de Emergencia en el Extranjero:** Cubre a los Asegurados que, mientras se encuentren viajando fuera de la República Mexicana por un período no mayor a tres meses, requieran de tratamiento médico de emergencia, entendiéndose como tal, toda alteración súbita que se origine en el extranjero y ponga en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que en ese momento la persona requiere de atención médica o quirúrgica inmediata. La condición de emergencia cesa cuando el paciente se encuentra estabilizado y pueda continuar el tratamiento en su lugar de origen. Para esta cobertura la Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro, será lo establecido en el Cuadro de Especificaciones.

XXXII. **Cobertura de Reducción de Deducible por Accidente:** Se exentará al Asegurado del pago del Deducible en caso de presentar una reclamación por accidente, siempre y cuando el deducible total de los gastos generados por el siniestro sea superior a $2,000.00 pesos y la primera atención y gasto médico se realicen durante los siguientes diez días naturales a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

Esta cobertura cubrirá como máximo $50,000.00 m.n. de deducible en caso de que el deducible contratado sea superior a este monto, el diferencial deberá ser cubierto por el Asegurado.

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.

COBERTURAS SUJETAS A UN PERÍODO DE ESPERA

I. Enfermedades: *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 emergencias 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

II. Complicaciones del Embarazo y del Parto: *Se cubre a la Asegurada titular, cónyuge o hija asegurada del Titular después de diez meses de antigüedad continuos asegurada en la Compañía, en la póliza de Gastos Médicos Mayores, los gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo y del*

parto, con el límite establecido en el cuadro de especificaciones y la aplicación del deducible y coaseguro correspondiente:

1. *Intervenciones quirúrgicas con motivo de embarazos extrauterinos.*
2. *Los estados de fiebre puerperal.*
3. *Los estados de preclampsia, eclampsia y toxicosis gravídica.*
4. *Mola Hidatiforme.*
5. *Embarazo anembriónico.*
6. *Placenta Previa.*
7. *Atonía Uterina.*
8. *Eclampsia.*
9. *Placenta acreta, increta y percreta.*

III. Prematurez: *Se cubren los gastos por nacimientos prematuros, siempre que el nacimiento del producto ocurra después de diez meses de haberse dado de alta a la madre (titular, cónyuge o hija asegurada) en una póliza de Gastos Médicos Mayores en la Compañía. Para esta cobertura el beneficio máximo será la cantidad establecida en el cuadro de especificaciones, aplicando el deducible y coaseguro de póliza. Se establece como única suma Asegurada para el caso de productos múltiples y sean productos de una concepción natural.*

IV. Circuncisión: *Se cubren los gastos derivados por circuncisión o sus complicaciones, siempre que se demuestre, con una patología, que existe la necesidad de practicarla y no sea de carácter preventivo, para los asegurados que cuenten con al menos doce meses de cobertura continua en la póliza de Gastos Médicos Mayores de esta Compañía, este periodo también aplica para asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, aun y cuando se derive de un padecimiento congénito.* ***Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad*** *y en todos los casos deberá someterse a una segunda opinión médica.*

V. 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.*

a. Padecimientos Congénitos:

Se cubren los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando la madre Asegurada del menor tenga, al momento del parto o cesárea, por lo menos 10 meses de cobertura continua en un plan de Seguros de Gastos Médicos Individual en La Compañía ***(no aplica reconocimiento de antigüedad)*** *y lo notifique dentro de los treinta días posteriores al nacimiento. 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.*

Los padecimientos congénitos para los nacidos fuera de la vigencia (aplica para ellos periodo de espera de 12 meses) y para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza al momento del nacimiento y/o no se haya dado de alta al menor dentro de los primeros treinta días posteriores al nacimiento, se cubren siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

i. No se haya diagnosticado ni se haya realizado tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
ii. No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.
iii. El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas en la Cobertura básica.

b. Cuadro de Período de Espera

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
1. Trastornos del aparato reproductor femenino (como miomatosis uterina, endometriosis, quistes de ovario, virus de papiloma humano, esta lista es sólo un ejemplo y se menciona de manera enunciativa más no limitativa)	*12 meses*
2. Litiasis Renoureteral y/o en Vias Urinarias, siendo el límite del tratamiento el señalado en el cuadro de especificaciones.	*12 meses*
3. Tratamiento médico o quirúrgico de vesícula y vías biliares.	*12 meses*
4. Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla. Las fracturas óseas en esta región serán cubiertas a partir del inicio de vigencia de la póliza.	*12 meses*
5. Cirugías del piso perineal.	*12 meses*
6. Tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas).	*24 meses*
7. Padecimientos anorrectales.	*24 meses*
8. Hernias, eventraciones, abombamientos cualesquiera que sea su causa y tipo (incluyendo la hiatal y la de disco).	*24 meses*
9. Tratamiento médico quirúrgico de amígdalas y adenoides.	*24 meses*
10. Tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de la próstata.	*24 meses*
11. Tratamiento médico o quirúrgico de nariz o senos paranasales cualquiera que sea su causa, salvo cuando se trate de accidentes.	*24 meses*
12. Trastornos Visuales	*18 meses*
13. Cataratas y Lente Intraocular	*12 meses*

ENFERMEDAD O PADECIMIENTO	PERÍODO DE ESPERA
14. Circuncisión. ***Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad****.*	*12 meses*
15. Varices cuales quiera que sea su causa y tipo	*12 meses*
16. Cáncer	*12 meses*
17. Enfermedades Acido-pépticas	*12 meses*
18. Xifosis, Lordosis, Escoliosis y Hernia de disco: se cubrirán los gastos derivados de estas deformidades. ***Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad****.*	*24 meses*
19. Preexistencia Declarada. ***Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad****.*	*24 meses*
20. Gastos derivados del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). La condición será cubierta siempre que el contagio se realice durante el período de espera. ***Para esta cobertura no aplica el reconocimiento de antigüedad****.*	*4 años*

Para estas enfermedades o padecimientos, aplica deducible y coaseguro establecido en el cuadro de especificaciones de ésta póliza, salvo, para trastornos visuales y lente intraocular, a los cuales no se les aplica deducible ni coaseguro.

No se aplicarán periodos de espera tratándose de accidentes o emergencias médicas definidas en el punto I de esta sección.

COBERTURAS OPCIONALES

El Contratante podrá contratar alguna o algunas de las siguientes coberturas y constarán en el cuadro de especificaciones correspondiente como INCLUIDA (S)

I. **Cobertura nacional:** Si la cobertura aparece como incluida en el cuadro de especificaciones el Asegurado podrá recibir atención médica en cualquier parte del territorio nacional, aplicando las condiciones y límites contratados en la póliza, eliminando la participación extra del asegurado por cambio de zona. Este beneficio no extiende la red hospitalaria ni tampoco exenta al Asegurado la participación adicional por el tratamiento de accidentes y enfermedades fuera de los hospitales de la red.

II. **Cobertura Total en el Extranjero:** Los gastos erogados fuera de la República Mexicana por las enfermedades o accidentes cubiertos en la póliza, que hayan tenido tratamiento médico o quirúrgico, se cubrirán de acuerdo a, la suma asegurada, deducible y coaseguro contratados en la cobertura básica y establecidos en el cuadro de especificaciones. Siempre y cuando la persona radique en Territorio Nacional. 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.

III. **Cobertura de Indemnización por Enfermedad Grave:** 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 periodo de espera de 30 días a partir del inicio de vigencia de la póliza y con el periodo 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 cardioespecífica "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.

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 para la cobertura de Enfermedades Graves es de 64 años independiente a la edad de renovación de la Cobertura Básica, descrita en el numeral 11. Cobertura sin Límite de Edad, del apartado Definiciones.

Para esta cobertura opcional no aplicará deducible ni coaseguro.

EXCLUSIONES GENERALES O GASTOS NO CUBIERTOS

Estas exclusiones aplican a las coberturas básicas y opcionales contratadas independientemente de las exclusiones específicas establecidas en cada una.

1. No se cubrirán los gastos incurridos a consecuenciade:

*a) **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes**, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:*

— *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 resumen clínico 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.*

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 resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

— ***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.***

— ***Si el asegurado es sometido a examen médico a solicitud de la Compañía, antes de la celebración del contrato, no podrán aplicársele las disposiciones relativas a los padecimientos y/o enfermedades Preexistentes respecto de los padecimientos y/o enfermedades relativos al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado examen.***

b) **Enfermedades congénitas y prematurez, salvo lo mencionado en los numerales III y V.a del apartado de Coberturas Sujetas a un Período de Espera de estas condiciones, no procederán cuando son originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor asegurado.**

c) **Tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel, conocidos como lunares o nevus.**

d) **Tratamiento médico o quirúrgico de carácter estético o plástico cualquiera que sea su causa, excepto cuando resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por la póliza y que haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.**

e) **Reducción mamaria de origen estético y gigantomastía, en este último caso, a menos que se acompañe de dictamen de un médico especialista en el que se determine que existe una afectación de columna por tal efecto, así como el padecimiento de ginecomastia (crecimiento de la glándula mamaria en el hombre).**

f) **Tratamiento médico quirúrgico de calvicie, obesidad, esterilidad y reducción de peso así como sus consecuencias, aún y cuando formen parte del tratamiento de una enfermedad cubierta.**

g) **Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil, aun por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.**

h) **Estudios de compatibilidad, estado general de salud, aplicados a posibles donadores para el asegurado.**

i) **La compra de zapatos, plantillas y alerones ortopédicos, así como cualquier tipo de órtesis similar.**

j) **Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, cualquiera que sea su causa.**

k) **Tratamientos psiquiátricos o psicológicos salvo por las causas mencionadas en el numeral XXIX del apartado de Coberturas Básicas de estas condiciones, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, demencia presenil, senil o precoz, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje de tipo cognoscitivo así como de tipo motor o adaptación a la vida diaria.**

l) **Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, así como lesiones que resulten de accidentes por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el influjo de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico). Así como accidentes**

por culpa grave del Asegurado al encontrarse bajo el influjo de alcohol. Salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

En caso de controversia la Compañía podrá solicitar un estudio de perfil toxicológico en orina o sanguíneo.

m) **Adquisición de aparatos auditivos.**

n) **Lentes de contacto y anteojos, salvo que se contrate la cobertura de visión.**

o) **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir presbiopía, hipermetropía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis o epiqueratofaquía, salvo lo estipulado en el numeral XXVI de las Coberturas Básicas.**

p) **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales y sus complicaciones, cualquiera que sea su naturaleza y origen. (Excepto cuando sean a consecuencia de un accidente y lo estipulado en el numeral XXXIII de las Coberturas Básicas).**

q) **Afecciones propias del embarazo a excepción de lo señalado en el numeral II de las coberturas sujetas a un periodo de espera, así como el legrado uterino cualquiera que sea su causa, salvo lo indicado en el numeral XXIV de las coberturas básicas.**

r) **De igual forma, no se cubren gastos a consecuencia del control y vigilancia prenatal. Tampoco se cubren gastos anteriores y posteriores a la operación cesárea, como son consultas, ultrasonidos, exámenes de laboratorio y/o gabinete.**

s) **No se cubren los tratamientos hormonales por reemplazo o sustitución por déficit hormonal secundario o no producción de estos por Climaterio (menopausia).**

t) **Tratamiento médico o quirúrgico para corregir hallus valgus (juanetes).**

u) **Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación del estado de salud conocido como Check-up. Tampoco se aceptarán tratamientos preventivos o en vías de experimentación.**

v) **Los honorarios o cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, quiroprácticos, homeópatas, y vegetarianos, así como el tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo, quelaciones y ozonoterapia o cualquier otro tipo de medicina que no sea la alopática, salvo lo dispuesto en el numeral V de las coberturas básicas.**

w) **Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

x) **Se excluye los tratamientos de vanguardia. La presente póliza no cubre tratamientos o procedimientos de vanguardia de acuerdo con lo establecido en el apartado de definiciones.**

y) **Se excluye los tratamientos genéticos y/o terapia génica. La presente póliza no cubre tratamientos genéticos y/o terapia génica de acuerdo con lo establecido en el apartado de definiciones.**

z) **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos**

aa) Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital, tales como cuarto o alimentos extra.

bb) Equipo de riñón artificial para uso personal.

cc) Lesión o enfermedad que se originen a consecuencia de actos terroristas, siempre y cuando el asegurado sea sujeto activo de dichos actos terroristas o actos de guerra (declarada o no).

dd) Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para control de la natalidad, esterilidad o inseminación artificial.

ee) Tratamiento médico o quirúrgico para la impotencia o disfunción sexual independientemente de sus causas, cambio de sexo y sus complicaciones.

ff) Cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado durante algún periodo descubierto de este Contrato de Seguro, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

gg) Cirugía mínimamente invasiva asistida por robot, salvo lo estipulado en el apartado de Cobertura Básica.

hh) Trasplante de células madre, salvo lo estipulado en el apartado de Cobertura Básica.

ii) Gastos de criopreservación de cordón umbilical.

jj) Medicamentos, dispositivos médicos, cuya utilización en técnicas y tecnologías médicas no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.

2. Accidentes ni enfermedades que se originen por:

a) Servicio militar de cualquier clase, rebelión, insurrección o revolución.

b) Lesiones recibidas al participar en riñas o alborotos populares cuando el asegurado sea el provocador.

c) Inhalación de gases o humo, salvo que sea a consecuencia de un accidente.

d) Radiaciones atómicas, contaminación química o contaminación bacteriológica.

e) Envenenamientos de cualquier naturaleza, salvo que sea a consecuencia de un accidente.

f) Actos delictivos intencionales que resulten de la participación directa del Asegurado.

g) Aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.

h) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, ya sea como piloto o acompañante.

i) Uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor similares como medio de transporte, ya sea que viaje como piloto o pasajero.

j) Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.

k) Padecimientos resultantes de la práctica amateur de los siguientes deportes peligrosos: montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, box thai, lucha greco romana, lucha libre, cacería, espeleología, hockey, equitación, motociclismo, go karts, futbol americano, artes marciales, karate, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

GENERALIDADES

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.

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

RENOVACIÓN

Dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período, las partes podrán renovar este Contrato de Seguro, por períodos de un año, conforme a los productos que la Compañía tenga registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas al momento de llevarse a cabo la renovación correspondiente.

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.

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

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.

Si al término de la vigencia el Contratante se encontraré imposibilitado por causas ajenas completamente a la voluntad por encontrarse en un estado de incapacidad grave para renovar la presente póliza, ésta se renovará mientras cese dicho impedimento, el importe de la prima de seguro correspondiente, deberá de cubrirlo a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a que cese dicho estado de incapacidad.

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, dicho estado deberá de comprobarse fehacientemente a la Compañía y por cuenta del reclamante En estos casos la obligación de la Compañía únicamente será hasta el límite de la suma asegurada.

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 en la nota técnica 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 periodos al descubierto), esto es, no se aplicarán periodos 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.

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).

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.

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.mx, también puede solicitarlas a su asesor o directamente a la Compañía en el número telefónico 800 837 1133, 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.

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.

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

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.

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.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

PLAZO 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.

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 plazo de gracia señalado en la cláusula de Plazo 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 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, de lo contrario, 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.

PRIMA
La prima vence en el momento de la celebración del contrato. El Contratante y/o Asegurado deberá pagar la prima pactada en las oficinas de la Institución contra la entrega del recibo correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Asegurado, en este caso, hasta en tanto la Institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago.

En caso de que el cargo para el pago de la prima no pueda realizarse por causas imputables al Asegurado, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia que será de 30 días naturales siguientes a partir de la fecha del vencimiento del plazo convenido. La Institución no podrá eludir la responsabilidad por la realización del Siniestro, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella, lo anterior de conformidad con lo dispuesto por el artículo 35 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

PAGO FRACCIONADO
El Asegurado y la Institución podrán convenir el pago fraccionado de la prima, en cuyo caso las fracciones deberán cubrir periodos de igual duración, lo anterior de conformidad con el artículo 38 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, y vencerán al inicio de cada periodo.

El monto de pago de la primera parcialidad será diferente a las parcialidades subsecuentes, derivado del cobro del Derecho de Póliza y se aplicará a la prima la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada por las partes al momento de la celebración del contrato.

2. Falta de Pago Si no hubiera sido pagada la prima o la fracción correspondiente de esta, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que se hace referencia en el artículo 150 Bis de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

3. Lugar de Pago Las primas convenidas deberán ser pagadas en cualquiera de las oficinas de la Institución, con cargo a cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

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. El estado de cuenta o recibo de nómina en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena para acreditar el pago de la

prima, hasta en tanto La Compañía entregue el recibo de pago y/o factura 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 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 Plazo de Gracia y Cesación de Efectos.

En caso de cancelación de este contrato de Seguro por instrucción escrita del Contratante, la cancelación se realizará en la fecha de solicitud de la misma, la Compañía podrá proceder al cobro en caso de tener prima vencida pendiente de pago a la fecha de cancelación.

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 no le permita a La Compañía llevar a cabo el cobro de la prima o la fracción de ella en la tarjeta de crédito, débito o cuenta de cheques, siendo ésta imputable al asegurado.

EDAD
a) La Compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de sesenta y nueve (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, se contará con **Cobertura sin Límite de Edad** en dicho plan.

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 delAsegurado.

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 periodos de espera establecidos en este contrato de seguro.

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.

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: Este documento será llenado en forma completa y con letra legible por el titular de la póliza.

b) Informe Médico: Este documento 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, salvo lo estipulado en el inciso XIX de las Coberturas Básica.

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.

GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

- **Deducible:** Es el segundo gasto a cargo del Asegurado y es la cantidad fija estipulada en el cuadro de especificaciones de ésta póliza, la cual aplicará para cada enfermedad o accidente cubierto en términos de las condiciones vigentes en el Contrato. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de Seguros Banorte.
  Éste producto cuenta con dos tipos de deducible, anual o por padecimiento.

- **Deducible anual:** Cantidad establecida en el cuadro de especificaciones de ésta póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente, la cual se reinstalará cada año desde la fecha en que se generó el primer gasto del Siniestro; es decir, es la cantidad que deberá pagar el asegurado cada Año Siniestro en caso de continuar gastos por dicho siniestro.

- **Deducible por padecimiento:** Cantidad establecida en el cuadro de especificaciones de ésta póliza a cargo del Asegurado para cada enfermedad o accidente.

- **Coaseguro:** Es el tercer gasto a cargo del Asegurado y establecido como porcentaje en el cuadro de especificaciones de la póliza que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por la póliza, una vez descontado el deducible correspondiente.

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) La compañía pagará de cada enfermedad o accidente cubierto la cantidad que resulte después de descontar el deducible y el coaseguro correspondientes.

c) 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.

d) Durante el Plazo de Gracia señalado en la cláusula de Plazo de Gracia y Cesación de Efectos, 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.

e) 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.

f) **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 periodo 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.

g) 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.

h) 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.

i) De igual manera, la Compañía sólo pagará los gastos de hospitalización en sanatorios, clínicas u hospitales debidamente autorizados por las autoridades correspondientes, que cumplan con la legislación aplicable incluyendo las Normas Oficiales Mexicanas (NOMS). 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

APLICACIÓN DE COASEGURO

Se aplicará un porcentaje de Coaseguro diferente al contratado sobre la factura hospitalaria en caso de siniestro si el asegurado elige hospitales fuera de la Red Preferente, así como por acceder a un nivel hospitalario mayor y/o a una zona mayor a lo contratado, de acuerdo al siguiente esquema:

CONDICIONES GENERALES

Incremento de coaseguro (1)	Regla
0%	* Hospitales Red Preferente nivel Hospitalario contratado o menor y misma zona o menor a la contratada
10%	* Hospitales Red Preferente nivel Hospitalario contratado o menor y zona mayor a la contratada; o * Hospitales Red Preferente nivel Hospitalario mayor al contratado y misma zona o menor a la contratada; o * Fuera de Red Preferente, nivel Hospitalario contratado o menor y misma zona o menor a la contratada.
15%	* Hospitales Red Preferente nivel Hospitalario mayor al contratado y zona mayor a la contratada; o * Fuera de Red Preferente, nivel Hospitalario contratado o menor y zona mayor a la contratada; o * Fuera de Red Preferente, nivel Hospitalario mayor al contratado y misma zona o menor a la contratada.
20%	Fuera de Red Preferente, nivel Hospitalario mayor al contratado y zona mayor a la contratada.

(1) El porcentaje establecido en Incremento de Coaseguro se adicionará al coaseguro contratado de acuerdo a la regla que le aplique al momento de la atención del siniestro.

Coaseguro	Tope de coaseguro
10%	$ 42,100.00
15%	$ 52,600.00
20%	$ 73,650.00
25%	$ 94,700.00
30%	$ 115,750.00
35%	$ 136,800.00
40%	$ 157,850.00

INTERÉS MORATORIO

En caso de que SEGUROS BANORTE, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, 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:

a) 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;

b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) 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;

f) 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;

g) 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;

h) 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:

- Los intereses moratorios;
- La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- 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

i) 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.

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.

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 e imparcial únicamente tratándose de preexistencia, obligándose el asegurado a proporcionar copia de su expediente clínico.

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.

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.

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.

CLÁUSULA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS

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.

CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN

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.

CLÁUSULA CONTRATACIÓN POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

i. MEDIOS ELECTRÓNICOS

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

ii. CONSENTIMIENTO ELECTRÓNICO

El asegurado acepta y autoriza a Seguros Banorte para que la contratación del seguro, pueda celebrarse por medio del uso de equipos, medios electrónicos, ópticos y/o de cualquier otra tecnología, así como de sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, tales como el teléfono, Internet, cajeros automáticos u otros, los cuales acreditarán la creación, transmisión, modificación o extinción de derechos y obligaciones de las partes y regirán por lo establecido en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y demás disposiciones aplicables.

Seguros Banorte podrá implementar con el asegurado, medios de identificación consistentes en dispositivos de seguridad (en adelante los Dispositivos de Seguridad), individuales y confidenciales, tales como: contraseñas electrónicas alfanuméricas, números de identificación personal (NIP's), medios de autenticación (Dispositivo Físico) que generen claves, medios biométricos o cualquier otro, permitido por ley.

Cualquiera de los medios de identificación antes mencionados, se entenderán como sustitutos de la firma autógrafa del asegurado, por lo que lo obligarán y producirán los mismos efectos que esta y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, por lo anterior, su uso obligará al asegurado.

El asegurado acepta, de manera expresa e irrevocable, ser el único responsable por el uso que se le dé a los Dispositivos de Seguridad, liberando a Seguros Banorte de cualquier responsabilidad al respecto.

Si la contratación se hace vía cajero automático, el asegurado autoriza a Seguros Banorte a usar el Número de Identificación Personal (NIP) que va ligado a la tarjeta que está utilizando para la aceptación del seguro, como medio de identificación.

iii. FORMALIZACION DEL SEGURO.

El contratante manifiesta que puede proponer a la Compañía la celebración del presente contrato de seguro a través del uso de los distintos medios electrónicos, entre ellos a través del cajero electrónico, con cargo de la prima a la tarjeta bancaria usada en el cajero automático.

Por lo anterior; las partes aceptan que la contratación de este seguro puede realizarse por medios electrónicos por lo que, en su caso, se entenderá aceptada y con ello perfeccionado el contrato de seguro desde el momento de la emisión del número de póliza o folio con que la Compañía responderán por las coberturas contratadas en la misma.

El seguro sólo tiene la cobertura básica y adicionales indicadas en las condiciones generales y especificadas en la caratula de póliza.

Las partes, reconocen que el desbloqueo del Número de Identificación Personal (NIP) para las tarjetas bancarias, deberá efectuarse de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Banco, para el uso de tarjetas bancarias.

Al realizarse la contratación del seguro, la Compañía deberá proporcionar al asegurado: Un número de folio de confirmación que corresponde a la solicitud y aceptación de contratación, mismo que servirá como prueba en caso de alguna aclaración;

- El nombre comercial del producto de seguro o los datos de identificación del mismo;
- Los datos de contacto para la atención de siniestros, quejas, para efectuar la cancelación de

  la póliza o para solicitar que no se renueve automáticamente.
- Los datos de la Unidad Especializada de la Compañía.

Además, la Compañía hará del conocimiento del Contratante y/o Asegurado a momento de la contratación, lo estipulado en esta cláusula.

iv. NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS DEL SEGURO.

La compañía le hará llegar al asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la siguiente información:

I. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;

II. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;

III. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;

v. CANCELACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este contrato de seguro podrá ser cancelado anticipadamente por el Asegurado y/o contratante.

PROCEDIMIENTO DE CANCELACIÓN.

Para cancelar anticipadamente el contrato de seguro, el Contratante y/o Asegurado podrá solicitarlo por:

a) Mediante escrito dirigido a la Compañía;

b) Mediante llamada telefónica al Centro de Atención a Clientes de la Compañía al 800 500 2500 o por cualquier tecnología o medio que se hubiera pactado y que al efecto implemente la Compañía, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La cancelación se hará efectiva a la fecha de vencimiento del último periodo pagado. De esta manera la Compañía no devolverá cantidad alguna al Contratante y/o Asegurado, sino que cumplirá con el compromiso de otorgar el beneficio durante el periodo ya pagado. La fecha de vencimiento

del último periodo pagado se determinará de acuerdo con la fecha en que sea recibida la solicitud o en la fecha de cancelación señalada en la misma solicitud, la que sea posterior.

La cancelación anticipada del seguro no eximirá a la Compañía del pago de las indemnizaciones originadas mientras el seguro estuvo en vigor.

Una vez presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios antes señalados, el Asegurado recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio de cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Compañía generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo antes citado.

CANALES DE CONTRATACIÓN

Aquellos canales de venta por los cuales la Compañía o a través de un tercero promocionará y efectuará la venta de productos de seguros, ya sea vía medios electrónicos, medios ópticos, o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de elecomunicaciones, entre otros y; por cualquier otro medio que sea acorde a la previsto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y la Circular Única de Seguros y Fianzas.

INTERNET

Red global que permite el intercambio libre de información entre todos sus usuarios y que, para efectos de la contratación del presente producto de seguro, permite que se puedan realizar operaciones y/o contratar servicios financieros, siendo necesario la autenticación a través del uso de claves y contraseñas que al efecto hayan convenido previamente la Institución y el Asegurado o Contratante, cuyo uso es estrictamente personal e intransferible.

OPERACIONES A TRAVÉS DE MEDIOS ELECTRÓNICOS

Autorización. - El Asegurado o contratante y la Compañía convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado, por lo que estos últimos liberan a la Compañía de cualquier uso indebido de las mismas.

Toda operación efectuada por el Asegurado a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, la Compañía emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

CONTRATACIÓN VÍA INTERNET (PÁGINA WEB)

La contratación del presente contrato de seguro será a través de medios electrónico. Para la contratación electrónica vía internet, se utilizarán medios de identificación, los cuales serán validados por el Asegurado y contratante durante la contratación del seguro, como se define a continuación:

Por medios de identificación se entienden como aquellos datos personales del Asegurado y contratante que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), domicilio, correo electrónico y teléfono de contacto.

La póliza de seguro se contrata vía internet con los medios de identificación antes señalados, la forma de pago sólo podrá hacerse única y exclusivamente mediante cargos a tarjetas de crédito o débito, por lo que el Asegurado y contratante, al proporcionar el número de su tarjeta y el código de seguridad, consiente la celebración del contrato de seguro mencionado.

La Compañía se obliga a guardar absoluta confidencialidad respecto de los datos recibidos por parte del Asegurado o Contratante.

La póliza se expide junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o débito del Asegurado y contratante, para el cobro de las primas, cuyos comprobantes podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración del contrato de seguro, los cuales se emiten y se entregan al Asegurado y contratante en el momento de la contratación.

Las partes convienen que el uso del portal de Internet es única y exclusivamente aplicable para la aceptación del Asegurado y contratante para contratar la póliza de seguro, según se establece en esta cláusula.

SUSTITUCIÓN DE FIRMA AUTÓGRAFA.

Derivado de lo pactado en el apartado de otorgamiento de consentimiento, el contratante y/o Asegurado y la Compañía convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de Internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con éstos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del

empleo de la claves y contraseñas asignadas al contratante y/o Asegurado, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio, de conformidad con lo estipulado en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, con relación al Capítulo 4.10 de la Circular única de Seguros y Fianzas.

NOTIFICACIONES ELECTRONICAS DEL SEGURO.

La compañía le hará llegar al asegurado, a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado previamente el Asegurado, la siguiente información:

I. La solicitud, aceptación o emisión de endosos al contrato;

II. Alta y/o modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;

III. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado.

MODIFICACIONES

Este contrato podrá ser modificado previo consentimiento de las partes contratantes, modificaciones

que constarán por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tal y como lo proviene el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. El ejecutivo, agente o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones de cualquier otra índole.

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).

INDEMNIZACIONES

AVISO DE SINIESTRO

El contratante, Asegurado y/o beneficiario deberá notificar a la Compañía, dentro de los 5 (cinco días naturales siguientes al día en que se tenga conocimiento de la realización del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá dar aviso a la Compañía de seguros

tan pronto como cese el impedimento, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66 y 76 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

El Asegurado o beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Compañía tendrá derecho de exigirle, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias. En observancia de los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PRUEBAS

El reclamante presentará a su costa a la Compañía, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, todas las pruebas del hecho que genera la reclamación.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Asegurado o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

AVISO DE SINIESTRO

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a la Compañía dentro de los 5 (Cinco) días siguientes en que se tenga conocimiento del siniestro, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro de acuerdo a lo establecido en el artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

PAGO DEL SINIESTRO

La Compañía pagará, cuando proceda, las sumas aseguradas correspondientes a las coberturas contratadas y afectadas, al recibir las pruebas de los derechos de los reclamantes y de los hechos que hagan efectivos los beneficios derivados de dichas coberturas, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza.

La Compañía tendrá el derecho de compensar las primas que se le adeuden.

La Compañía hará el pago de cualquier indemnización en sus oficinas, en el curso de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y ésta sea procedente.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Como contratante y/o asegurado tienes los siguientes derechos y obligaciones durante la contratación y vigencia del seguro:

DERECHOS

- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.
- En caso de que el contratante y/o asegurado haya entregado a la compañía toda la documentación relativa a la ocurrencia del siniestro y que hubieren transcurrido los 30 días que ésta tiene para pronunciarse sobre la procedencia o improcedencia del siniestro y no existiera respuesta alguna, el asegurado tendrá derecho a una indemnización por mora de acuerdo con la legislación aplicable.
- El contratante y/o asegurado podrá solicitar la cancelación anticipada del seguro siguiendo el procedimiento especificado para tal efecto en las presentes condiciones generales.

OBLIGACIONES

- Declarar por escrito a la compañía, de acuerdo a los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.
- Declarar de forma clara y amplía la forma en que ocurrió el siniestro, así como presentar toda la documentación e información probatoria que la compañía le solicite respecto a la realización del siniestro.
- Efectuar el pago de la prima correspondiente a la cobertura contrata y especificada en la carátula de la póliza.

PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Documentos para hacer la reclamación en caso de siniestro:

a) La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella alguna obligación. La obstaculización por parte del Contratante, o de los beneficiarios para que se lleve a cabo dicha comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

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, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, teléfono 800 627 2292 de lunes a viernes en un horario de 9 a 13 hrs, 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y del Interior de la República al 800 999 8080, correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.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

ANEXO DE LEGISLACIÓN

Los artículos citados en las presentes condiciones generales pueden ser consultados a través de las páginas de internet:

https://www.gob.mx/cnsf/acciones-yprogramas/normativa-25263?idiom=es

https://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-yreglamentos-25281?state=draft

- **Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70173/Ley_Sobre_el_Contrato_de_Seguro.pdf

- **Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.**

https://www.gob.mx/cnsf/documentos/leyes-y-reglamentos-25281?state=draft

- **Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.**

https://www.condusef.gob.mx/index.php/conoceslacondusef/marcojuridico?p=contenido&idc=226&idcat=4

- **Ley Federal del Trabajo**

https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf

Adicional, 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.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 dia 01 de octubre de 2026 con el número CNSF-S0001-0126-2024/ CONDUSEF-006317-05.