



Condiciones Generales
Alfa Medical Flex

Junio 2014

¿Sabías que?

- México corta medio millón de árboles diariamente para obtener la pulpa virgen que se utiliza para la producción de papel.
- La producción de papel reciclado consume el 90% menos de agua y el 50% menos de electricidad.
- Un árbol tarda entre 10 y 15 años para ser lo suficientemente grande como para poder talarlo y convertirlo en papel.
- Se necesitan 15 árboles para hacer media caja de papel.
- Por cada tonelada de papel reciclado evitaríamos la tala de 17 árboles.
- ¿Sabías que un árbol absorbe el humo de 100 coches?

Si se reciclara la mitad de papel usado en el planeta, se salvarían 8 millones de hectáreas de bosque al año, se evitaría el 73% de la contaminación y se ahorraría un 60% de energía eléctrica.

Lo hacemos porque podemos ayudar...



CONDICIONES GENERALES

I.	DEFINICIONES	6
II.	GASTOS MÉDICOS AMPARADOS	13
III.	COBERTURAS	16
1.	MATERNIDAD	16
2.	CIRCUNCISIÓN	18
3.	PADECIMIENTOS CONGÉNITOS PARA NACIDOS FUERA DE VIGENCIA	18
4.	NARIZ Y SENOS PARANASALES	18
5.	TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTES AMPARADOS	19
6.	HERNIAS	19
7.	DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS	19
8.	AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA	20
9.	ASISTENCIA ALFA MEDICAL	20
10.	PROTECCIÓN PATRIMONIAL	21
IV.	PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA	23
V.	EXCLUSIONES GENERALES	24
VI.	COBERTURAS OPCIONALES	26
1.	COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COPAGO DE FRANQUICIA POR ACCIDENTE	26
2.	COBERTURA DE VIH	27
3.	COBERTURA DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO	27
4.	COBERTURA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO	28
5.	COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO	30
6.	COBERTURA DE ESTUDIANTES Y TRABAJADORES TEMPORALES EN EL EXTRANJERO	33
7.	COBERTURA ALFA MEDICAL CASH POR DIAGNÓSTICO	34
VII.	BASES PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN	43
VIII.	CLÁUSULAS GENERALES	47
IX.	PROCEDIMIENTO PARA EL USO DE TU PÓLIZA	57
X.	CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS	69

Estimado asegurado:

Te damos una cordial bienvenida a nuestro grupo de asegurados y te agradecemos el permitirnos ser la Compañía de tu Vida®. A continuación encontrarás todos los detalles acerca de tu plan Alfa Medical Flex™. Te pedimos que leas cuidadosamente estas condiciones generales para que estés informado sobre todo lo que cubre tu póliza, así como las exclusiones que tiene cada cobertura. Además, en la sección de “Procedimientos para el uso de tu póliza” podrás conocer los pasos a seguir para hacer uso de la póliza en el momento en el que la necesites.

Con el objetivo de proporcionarte información clara y oportuna, al principio del documento encontrarás un glosario con la definición de todos los términos que forman este contrato. Sin embargo, estamos a tus órdenes para aclarar cualquier duda en el 01 800 00 TU SALUD (88 72583). Llámanos, con gusto te atenderemos.

Alfa Medical Flex™ te brinda acceso a toda una gama de servicios médicos de alta calidad que te respaldarán en el momento en el que los necesites. A través de nuestro call center podrás resolver cualquier duda en cualquier momento 01 800 906 2100. Adicionalmente, cuenta con módulos de atención en los principales hospitales del país.

Porque tu salud es cosa seria, tú ya cuentas con la protección médica que necesitas.

Atentamente,

Mario Vela Berrondo
Director General

OBJETO DEL SEGURO

A través del seguro de gastos médicos mayores Alfa Medical Flex, la Institución Aseguradora se compromete a cubrir los gastos médicos necesarios ocasionados por un accidente, enfermedad, parto o cesárea amparados por esta póliza, que sean erogados dentro del territorio que se estipula en la carátula de la póliza. Los gastos a cargo de la Institución Aseguradora se describen a lo largo de estas Condiciones Generales.

El Asegurado deberá participar con el Copago y Participación aplicables, los cuales se encuentran estipulados en la Tabla que se incluye en la carátula de la póliza.

I. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

INTEGRANTES DE LA PÓLIZA

ASEGURADO

Persona física residente en territorio de la República Mexicana, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes y de su propia persona, en cuya previsión y cobertura se expide la presente póliza.

CONTRATANTE

Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

DEPENDIENTES

Cualquier persona respecto de la que el Asegurado se encuentre obligado a pagar

los gastos ocasionados por su atención médica, siempre y cuando su nombre figure en la carátula de la póliza y que residan permanentemente en la República Mexicana.

 INSTITUCIÓN ASEGURADORA
Seguros Monterrey New York Life.

PROPIAS DE LA COBERTURA

ACCIDENTE AMPARADO

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca la muerte o enfermedades amparadas al Asegurado o a cualquiera de sus Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de los señalados en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

En caso de que el Asegurado reciba la primera atención médica 30 días después del accidente, dicho acontecimiento no se considerará como un Accidente Amparado.

ANESTESIÓLOGO

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

/// BASE DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Es una cantidad fija que sirve como base para establecer, en conjunto con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, el monto máximo que pagará la Institución Aseguradora por cada accidente y/o enfermedad cubiertos, por concepto de honorarios médicos.

/// CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Es la tabla que contiene los procedimientos médicos y quirúrgicos, así como el valor porcentual asociado a cada uno de ellos, establecidos por la Institución Aseguradora.

El Catálogo de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que si no se encuentra un padecimiento especial o determinado, el Asegurado podrá solicitar a la Institución Aseguradora que le proporcione el porcentaje que se aplicará, siempre y cuando este padecimiento no se encuentre expresamente excluido.

/// CONSULTA MÉDICA

Es la atención que brinda el Médico tratante en su consultorio o en el domicilio del Asegurado o Dependiente y tiene el propósito de evaluarlo clínicamente a fin de establecer un diagnóstico y/o tratamiento.

/// ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

Cuando el Asegurado haya tenido una póliza similar de gastos médicos mayores con alguna otra Aseguradora, la Institución Aseguradora podrá eliminar o reducir periodos de espera, mediante un endoso.

/// ENFERMEDAD AMPARADA O PADECIMIENTO AMPARADO

Toda alteración en la salud, diagnosticada por un médico legalmente autorizado, que sufra el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de una alteración que haya cumplido con los periodos de espera y que no esté excluida expresamente en ella.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

/// ENFERMEDAD TERMINAL

La que, conforme a la opinión del médico tratante, corroborada por una segunda valoración médica, sea incurable y mortal, siempre que el pronóstico de sobrevivencia del paciente, hecho por los mismos facultativos, sea menor de un año.

/// ENFERMERA

Persona que está legalmente autorizada para ejercer la profesión de enfermería y que asiste al Asegurado o Dependiente en la atención de una Enfermedad o Accidente amparados.

/// EVENTO

Para efectos de este contrato se considerará como un evento cada servicio de corta estancia u hospitalización recibida por el Asegurado o Dependiente a consecuencia de un padecimiento o accidente amparado.

//// GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Se cubren los insumos médicos de cualquier especie, servicios hospitalarios, honorarios profesionales (médicos, anestesiólogos, terapeutas y enfermeras) y otro tipo de gastos, tales como medicamentos, estudios e insumos de laboratorio y gabinete, que sean necesarios e indispensables para el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, accidentes y maternidad amparados y que sean prescritos por un médico con base a las normas y protocolos médicos establecidos por las autoridades sanitarias, los colegios médicos o instituciones académicas.

//// GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

Es el valor monetario de los bienes y servicios materia de este contrato, diferentes a los honorarios médicos por servicios profesionales, que son establecidos convencionalmente a través de listas de precios por los proveedores de servicios, insumos y equipos médicos debidamente registrados ante las autoridades competentes para ejercer este tipo de actividad comercial.

//// HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

Para fines de este contrato los hospitales se clasifican mediante un nivel hospitalario el cual se podrá consultar en el directorio de proveedores médicos.

//// HOSPITALIZACIÓN

Servicios médicos provistos por un Hospital, relacionados con una Enfermedad o Padecimiento Amparado y que requiera la ocupación de un cuarto o habitación distinto a los destinados a servicios de urgencias,

corta estancia o centro de infusiones o bien, que requiera que el paciente permanezca internado en el Hospital por un periodo mayor a 24 horas.

//// INGRESO DIRECTO AL HOSPITAL

Servicio en el que la Institución Aseguradora puede ofrecer el pago directo a los integrantes de la red de prestadores de servicios afiliados.

Para ofrecer este servicio es necesario que la Institución Aseguradora cuente con la información suficiente para validar la procedencia del evento.

//// MEDICAMENTO

Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en una forma farmacéutica y destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades para diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades, síntomas o estados patológicos; para fines de la cobertura de la póliza deberá ser prescrito por el Médico Tratante.

//// MÉDICO TRATANTE

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano, designada por el Asegurado para proporcionar atención médica al Asegurado o a alguno de sus Dependientes, el médico tratante puede o no pertenecer a la red de prestadores de servicios afiliados.

//// MÉDICO ESPECIALISTA

Persona que reúne los requisitos mencionados en la definición correspondiente a Médico Tratante y que adicionalmente cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica.

/// MÉDICO AYUDANTE

Persona que reúne los requisitos legales señalados en la definición de Médico Tratante o Especialista y actúa en auxilio de cualquiera de estos, subordinadamente en una intervención quirúrgica.

/// PADECIMIENTO CONGÉNITO

Padecimiento con el que se nace y/o se contrae en el útero materno.

/// PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Lesiones o enfermedades que, con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado o Dependiente afectado, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

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

Cuando la Institución Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) 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.

En caso de que la Institución Aseguradora notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes. En tal supuesto, desde ahora, la Institución Aseguradora acepta someterse 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.

Ambas partes deberán de firmar el convenio arbitral antes de iniciar el procedimiento.

El laudo que emita el árbitro 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 Institución Aseguradora.

/// PAGO DIRECTO

Es el pago que realiza la Institución Aseguradora directamente al prestador de servicios, por la atención médica de un siniestro amparado.

/// PERIODO AL DESCUBIERTO

Es el tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas.

//// PERIODO DE ESPERA

Es el tiempo que debe transcurrir entre la fecha de alta del Asegurado y sus Dependientes en la póliza y la fecha en que se cubrirán ciertos padecimientos.

//// PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS

Es el servicio mediante el cual la Institución Aseguradora absorbe de manera directa el pago de los gastos médicos procedentes de un siniestro amparado.

El trámite para la programación de cirugía y atenciones médicas se deberá realizar con al menos 5 días hábiles de anticipación.

//// RECARGO POR PAGO FRACCIONADO

Es el monto que la Institución Aseguradora cobrará al Asegurado o Contratante dentro de su prima derivado de la elección de un plazo diferente a una exhibición para el pago de su prima.

//// RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Es el periodo ininterrumpido en el que el Asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos individual con la Institución Aseguradora. Dicho periodo se podrá utilizar en la cobertura actual para eliminar o reducir los periodos de espera de ciertos padecimientos especificados en la póliza.

//// RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS AFILIADOS

Prestadores de servicios que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, respecto de los cuales, la Institución Aseguradora asume exclusivamente la obligación de pagar por los servicios que presten al Asegurado o Dependiente, dentro del formato de Pago

Directo. Ninguna otra responsabilidad se considerará asumida por la Institución Aseguradora.

Es responsabilidad del Asegurado elegir libremente a los prestadores de servicios que requiera. La obligación de la Institución Aseguradora se limitará a pagar los servicios que dichos prestadores de servicios le proporcionen, siempre en estricto apego y cumplimiento a lo dispuesto en el Contrato de Seguro.

//// REEMBOLSO

Es el proceso mediante el cual el Asegurado cubre el importe de los gastos médicos erogados por la atención de un Accidente o Enfermedad amparados, solicitando posteriormente la restitución a la Institución Aseguradora.

El reembolso de los gastos médicos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, el día en que se realice el pago en términos del artículo 8° de la Ley Monetaria.

//// RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza el Asegurado y sus Dependientes que vivan permanentemente en la República Mexicana.

El Contratante y/o el Asegurado tienen la obligación de notificar a la Institución Aseguradora el lugar de residencia de sus Dependientes cuando éstos vivan en un domicilio diferente al del Asegurado.

La Institución Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

/// SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Servicio que presta la Institución Aseguradora al Asegurado y a sus Dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado o Dependiente y que este mismo designe libremente de entre los que forman la Red de Prestadores de Servicios Afiliados. Este servicio se ofrece sin costo alguno.

/// SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA

A solicitud de la Institución Aseguradora el Asegurado y sus Dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial de la enfermedad o accidente a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por la Institución Aseguradora. Este servicio se otorga sin costo alguno.

/// SERVICIOS DE CORTA ESTANCIA

Atención médica o quirúrgica intrahospitalaria, derivada de una enfermedad o accidente amparado, que no requiere el uso de un cuarto o habitación en el área de hospitalización y su permanencia es menor a 24 horas.

/// SERVICIOS MÉDICOS FUERA DEL HOSPITAL

Servicios médicos requeridos por el Asegurado o sus Dependientes en virtud de un Accidente o Enfermedad Amparados y que consistan de forma enunciativa más no

limitativa en estudios de laboratorio, gabinete, imagenología, tratamientos de rehabilitación, servicios médicos en centro de infusiones y bancos de sangre, cateterismos, biopsias. Se consideran con tal carácter, aún y cuando se encuentren físicamente dentro de las instalaciones del Hospital, los servicios anteriormente descritos siempre y cuando el Asegurado o su Dependiente no se encuentre hospitalizado o haciendo uso de servicios de corta estancia.

/// SIGNO

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

/// SINIESTRO

Cualquier accidente, enfermedad, parto o cesárea presentado por el Asegurado o sus Dependientes y que sea cubierto por la póliza y que no esté expresamente excluido.

/// SÍNTOMA

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

/// TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DE NATURALEZA EXPERIMENTAL Y/O DE INVESTIGACIÓN

Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica nacional o internacional, y que se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o cualquier fase de un experimento clínico.

/// URGENCIA MÉDICA

Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el Asegurado o alguno de los Dependientes incluidos en esta póliza; que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados y por lo que se requiera atención médica inmediata.

PROPIAS DEL CONTRATO

/// CONTRATO

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la Póliza, que es el documento en que se identifica al Contratante, al Asegurado y, en su caso, a sus Dependientes, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, límites, copagos, participación, franquicia y el periodo de seguro convenidos.
- b) Estas condiciones generales.
- c) En su caso, las cláusulas adicionales o Endosos, debidamente firmados por un funcionario autorizado de la Institución Aseguradora.
- d) La solicitud inicial y su cuestionario médico.

/// COPAGO

Es la cantidad fija con la que el Asegurado participará del total de los Gastos Médicos Amparados por cada evento, la cual se encuentra especificada en la carátula de la póliza. Esta cantidad estará indicada en la tabla de Copagos y Participación incluida en la carátula de la póliza.

/// ENDOSO

Es un documento que forma parte del contrato de seguro que modifica los términos originales de la póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

/// FRANQUICIA

Es el monto fijo, indicado en la carátula de la póliza, que los gastos médicos amparados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza tendrán que alcanzar para que la Institución Aseguradora proceda con la indemnización hasta por la Suma Asegurada contratada en términos de este contrato.

/// PARTICIPACIÓN

Es el porcentaje que el Asegurado cubrirá del total de los Gastos Médicos Amparados generados en cada Evento y en cada servicio una vez descontado el Copago cuando éste aplique. Este porcentaje estará indicado en la tabla de Copagos y Participación incluido en la carátula de la póliza.

/// PRIMA

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

/// SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada se refiere al monto máximo de responsabilidad que la Institución Aseguradora asumirá durante todo el tiempo que la póliza o sus renovaciones se encuentran vigentes, por cada enfermedad, padecimiento, accidente, embarazo o parto amparados, en los términos y condiciones generales y se especifica en la carátula de la póliza.

II. GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Los gastos médicos amparados son todos aquellos gastos médicamente necesarios para la atención de un accidente, enfermedad y/o evento cubierto en términos de estas condiciones generales, consistentes en:

- a) Honorarios profesionales de médicos, anesthesiólogos, terapeutas y enfermeras, según el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos establecido. El monto máximo a pagar por concepto de honorarios médicos quirúrgicos se obtienen multiplicando el porcentaje del procedimiento quirúrgico determinado en el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos por la base de honorarios médicos y quirúrgicos que aparece en la carátula de la póliza.
- b) La prestación de servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias para la atención médica.
- c) La adquisición de medicamentos y materiales de tipo médico o quirúrgico y de cualquier otro bien de tipo médico.
- d) Consultas postoperatorias realizadas por el médico tratante dentro de los 15 días naturales siguientes a la operación, están incluidas dentro de los honorarios quirúrgicos.

Todos los gastos médicos amparados, deberán estar debidamente documentados con comprobantes fiscales con un máximo de 2 años de haber sido expedidos o elaborados y que la fecha de expedición no exceda la fecha de vigencia impresa en el documento.

Incluyen el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que generen.

Los gastos médicos amparados se detallan a continuación:

/// 1. SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

- a) Honorarios del instrumentista se pagan dentro de la factura del hospital.
- b) Honorarios por consultas de acuerdo a lo especificado en el catálogo de honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- c) Honorarios por tratamientos médicos intrahospitalarios. En caso de requerir más de una consulta por día, éstas deberán estar médicamente justificadas.
- d) Honorarios por tratamientos quirúrgicos.
- e) Honorarios del anesthesiólogo. Se cubrirán hasta por el 30% de lo pagado al cirujano.
- f) Honorarios de los médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al (los) médico(s) cirujano(s).

En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos establecido para cada una de éstas.

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
 - Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 25% de lo tabulado para la cirugía principal. Los honorarios médicos del anestesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.
 - Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
 - En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.
 - Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
- Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:
 - a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.
 - b) 60% de la factura hospitalaria total.

2. SERVICIOS DE HOSPITAL

Cuarto de hospital sencillo, privado, estándar, con baño y cama extra para un acompañante. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado en territorio nacional.

- a) Sala de operación, de recuperación y de urgencias.
- b) Unidad de terapia intensiva. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado en territorio nacional.
- c) Medicamentos y materiales de curación y cualquier otro bien de tipo médico.
- d) Adquisición y aplicación de sueros, aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo estudios hechos a posibles donadores de sangre.
- e) Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

/// 3. TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS Y DE REHABILITACIÓN

Honorarios por los tratamientos de manera enunciativa más no limitativamente de radioterapia, quimioterapia, hidroterapia e inhaloterapia, ordenados por el médico tratante y que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados y que no se encuentren expresamente excluidos dentro de la cláusula “V. Exclusiones Generales”.

Se cubrirán hasta 30 sesiones de rehabilitación por siniestro, las sesiones adicionales deberán ser valoradas y autorizadas por la Institución Aseguradora.

/// 4. HONORARIOS DE ENFERMERAS

Se cubrirán como máximo 720 horas de atención por enfermedad o accidente amparados, siempre que estos servicios sean medicamente necesarios indicados por el médico tratante para cuidados extrahospitalarios.

/// 5. TRATAMIENTO HOMEOPÁTICOS QUIROPRÁCTICOS

Se cubrirán siempre que sean prescritos y aplicados respectivamente por médicos homeópatas y quiroprácticos titulados.

/// 6. MEDICAMENTOS

Adquisición de medicamentos prescritos por el médico tratante y/o médico especialista, necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados, siempre y cuando se acompañe la factura de la farmacia con la receta correspondiente.

/// 7. SERVICIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGÍA

Estos quedarán cubiertos cuando sean ordenados por el médico tratante y sean necesarios para establecer el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o accidente amparados.

/// 8. PRÓTESIS, EQUIPO ORTOPÉDICO Y SIMILARES

Adquisición del equipo ortopédico y/o prótesis que recuperen una función fisiológica (movimiento, locomoción y estabilización) ordenados por el médico tratante y que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el equipo o prótesis requerida, incluyendo implantes cocleares y sus aditamentos externos, marcapasos cardiacos y endoprótesis cardiovasculares.

Para prótesis que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 pesos (Ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.).

En ningún caso la Institución Aseguradora pagará más de \$500,000 pesos (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.) por Asegurado o Dependiente para cubrir gastos, costos u honorarios médicos para la adquisición, y colocación de neuroestimuladores.

/// 9. EQUIPO PARA RECUPERACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Compra o renta de equipos para la recuperación extrahospitalaria, del Asegurado o Dependiente, necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados,

prescritos por el médico tratante y, sujetos a una segunda opinión médica y previa autorización de la Institución Aseguradora en caso de compra, tales como cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico usado para este fin, ordenado por el médico tratante y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados.

El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el equipo requerido. Para equipos que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 (Ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.).

10. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En caso de que se requiera una intervención quirúrgica o tratamiento médico a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados, la Institución Aseguradora ofrece al Asegurado y a sus Dependientes, sin costo, una segunda opinión médica emitida por especialistas que no participarán de ninguna manera en la atención de la enfermedad o accidente amparado.

La solicitud para una segunda opinión médica deberá hacerse con al menos cinco días hábiles previos a la fecha de la cirugía.

III. COBERTURAS

1. MATERNIDAD

Esta cobertura aplica únicamente para todas las Aseguradas o Dependientes mujeres entre los 15 y 44 años de edad.

A. BENEFICIO DE MATERNIDAD

A.1 Estarán cubiertos los gastos con motivo de:

- Cuidado médico de la madre y el producto en la etapa prenatal (consultas), durante el parto y en la etapa postnatal (consultas durante los 30 días posteriores al nacimiento).
- Cesárea, independientemente de la causa que la origine, hasta el monto estipulado como beneficio de maternidad en la carátula de la póliza.
- Honorarios profesionales de:
 - a) Cirujano
 - b) Anestesiólogo
 - c) Ayudante
- Servicios hospitalarios médicamente necesarios para la atención.
- Cuidados rutinarios del recién nacido sano.
- Honorarios del pediatra por atención del recién nacido sano (consultas hasta 30 días posteriores al nacimiento).

Esta cobertura aplica siempre y cuando, al momento del nacimiento, la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos individual celebrado con la Institución Aseguradora .

A.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:

- El evento se pagará conforme a los términos y condiciones del plan que se haya tenido contratado 10 meses antes de la fecha del nacimiento.

El monto de la suma asegurada será el correspondiente a la antigüedad de la madre en una póliza individual de gastos médicos de la Institución Aseguradora, actualizada al momento del nacimiento.

- Los gastos por concepto de cuidado médico de la madre y el producto en la etapa prenatal serán cubiertos por reembolso una vez ocurrido el nacimiento.

A.3 El beneficio de maternidad tiene el siguiente alcance:

- El monto de la Suma Asegurada estará especificada en la carátula de la póliza y se pagará de acuerdo a lo estipulado en el punto A.2. No aplica Copago ni Participación del Asegurado.
- Se pagará la totalidad de la Suma Asegurada para la Cobertura de Maternidad indicada en la carátula de póliza, siempre que se acredite el nacimiento mediante el acta correspondiente.

B. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

B.1 Bajo esta cobertura estarán amparadas enunciativa más no limitativamente las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tales como:

- Embarazo molar
- Embarazo extrauterino
- Preclampsia
- Eclampsia
- Placenta acreta
- Placenta previa

- Atonía uterina
- Sepsis puerperal
- Aborto o legrado no punible y no voluntario

Esta cobertura aplica siempre y cuando, al momento en que ocurra el evento y/o se realice el tratamiento, la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos individual celebrado con la Institución Aseguradora.

B.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:

- El evento se pagará conforme a los términos y condiciones del plan que se haya tenido contratado 10 meses antes de la fecha del nacimiento.

B.3 Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- El beneficio máximo es la suma asegurada contratada en el plan, de acuerdo a lo estipulado en el punto B.2.
- El Copago y Participación estipulados estarán a cargo del Asegurado.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

Abortos y legrados uterinos punibles y/o cuando sean voluntarios y sus complicaciones.

C. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

C.1 Bajo esta cobertura estarán amparados:

- Los nacimientos prematuros.
- Los padecimientos congénitos ya sea con tratamiento in-útero o al nacimiento.
- Las enfermedades y accidentes que sufra el menor durante el periodo de seguro en que ocurra el nacimiento.

- El paquete de recién nacido, cuando el hospital lo proporcione.

C.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:

- Esta cobertura aplica siempre y cuando, al momento del nacimiento o del evento en caso de tratamiento in-útero, la madre Asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos mayores individual celebrado con la Institución Aseguradora.
- Cumplida la condición anterior, se deberá notificar a la Institución Aseguradora a más tardar 30 días naturales posteriores a la fecha de nacimiento para dar de alta al recién nacido en la póliza, con lo cual, quedará Asegurado desde la fecha de nacimiento sin selección médica.

Lo anterior sin perjuicio de la obligación del Contratante de cubrir las primas que correspondan, en términos del artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

C.3 Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- El beneficio máximo es la suma asegurada vigente contratada en la cobertura básica.
- El copago y participación estipulados estarán a cargo del Asegurado.

//// 2. CIRCUNCISIÓN

Queda amparada la circuncisión siempre y cuando sea médicamente necesaria para nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza, con un tope de \$4,000 pesos, sin aplicación Copago y Participación.

//// 3. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS PARA NACIDOS FUERA DE VIGENCIA

Se cubrirán los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza siempre y cuando el Asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza y que cumplan con las siguientes características:

1. Que no se haya realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.
2. Que el padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.
3. Que no se hayan efectuado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.

//// 4. NARIZ Y SENOS PARANASALES

A. TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES POR ACCIDENTES:

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales que se prescriban y apliquen por las lesiones que resulten a consecuencia inmediata y directa de un Accidente Amparado, siempre y cuando el tratamiento se dé dentro de los primeros treinta días naturales posteriores al accidente.

La Participación que se aplicará para determinar la indemnización de estos gastos será de 25 puntos porcentuales adicionales a lo establecido en la tabla de Participación definida en la carátula de la póliza.

Se aplicará el Copago por Hospitalización aún y cuando el procedimiento se realice mediante servicios de corta estancia.

B. TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES POR ENFERMEDAD

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales cuando se deriven de cualquier enfermedad amparada, siempre y cuando el Asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza.

La Participación que se aplicará para determinar la indemnización de estos gastos será de 25 puntos porcentuales adicionales a lo establecido en la tabla de Participación definida en la carátula de la póliza.

Se aplicará el Copago por Hospitalización aún y cuando el procedimiento se realice mediante servicios de corta estancia.

El Copago y la Participación mencionados en los puntos A. y B. de esta cláusula, no serán contabilizados para el límite del monto máximo a pagar por concepto de Copagos y Participación, no obstante lo indicado en la sección VIII. Bases para determinar la indemnización, respecto al límite del monto máximo a pagar por concepto de Copagos y Participación.

/// 5. TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTES AMPARADOS

Se cubren los tratamientos necesarios prescritos por médico cirujano dentista o cirujano maxilofacial para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, cuando se prescriban y deriven de lesiones o padecimientos que resulten a consecuencia inmediata y directa de un accidente amparado, siempre que sean autorizados previamente por la Institución Aseguradora, con la presentación de los estudios anteriores al tratamiento y siempre

y cuando el tratamiento se dé dentro de los primeros treinta días naturales posteriores al accidente.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTOS DENTALES POR ACCIDENTES AMPARADOS

Se excluyen los tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.

/// 6. HERNIAS

Se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de: Hernias, incluidas las hernias de disco, siempre y cuando el Asegurado tenga al menos dos años de cobertura continua en la póliza y no se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico previo, ni se hayan erogado gastos a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza.

Las hernias abdominales incluyendo las inguinales, se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE HERNIAS

Queda excluida, independientemente de la causa que lo origine, la diástasis de músculos rectos abdominales, incluyendo hernia ventral y/o el procedimiento de abdominoplastia.

/// 7. DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS

Se cubren los tratamientos o cuidados médicos necesarios a consecuencia de accidentes o lesiones derivados de la práctica no profesional de deportes y actividades peligrosas.

/// 8. AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA

El Asegurado o cualquiera de sus Dependientes podrán solicitar sin costo a la Institución Aseguradora, a través de Asistencia Alfa Medical, servicios de ambulancia por cualquier padecimiento, esté o no cubierto por la presente póliza, siempre y cuando el traslado sea médicamente necesario.

El personal de servicios de ambulancia podrá solicitar al Asegurado o Dependiente, el acceso a su historial clínico, para conocer su situación. Si la solicitud es denegada, Asistencia Alfa Medical quedará liberada de la obligación de gestionar el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.

El Asegurado o Dependiente podrá acudir de manera directa a terceros que proporcionen los servicios de ambulancia terrestre, únicamente cuando se encuentre fuera de su población de residencia permanente y se vea imposibilitado de solicitarlo a Asistencia Alfa Medical, en este caso, y siempre y cuando pueda ser comprobado a juicio de la Institución Aseguradora, quedará cubierto de acuerdo al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el tipo de proveedor y zona en donde se brindó la atención.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE AMBULANCIA

No se cubrirán los gastos de ambulancia si no se cumple con lo estipulado en la Sección III. COBERTURAS, numeral 8 Ambulancia Terrestre y Aérea y con el procedimiento especificado en la Sección “Procedimiento para uso de tu póliza”.

/// 9. ASISTENCIA ALFA MEDICAL

A. Consulta médica a domicilio

A petición del Asegurado se podrá enviar un médico a su domicilio para consultas de padecimientos que no se consideren como Urgencia Médica. Este servicio opera en la ciudad de residencia permanente del Asegurado y hasta el kilómetro 100 contado desde el centro de dicha ciudad.

El Asegurado deberá consultar el costo de la consulta al momento de solicitar el servicio al teléfono que se encuentra al reverso de su credencial.

B. Orientación médica telefónica

A petición del Asegurado se le podrá orientar telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren de la presencia de un médico.

Este servicio opera en toda la República Mexicana.

Los siguientes servicios, descritos en los incisos C, D y E procederán cuando el Asegurado o sus Dependientes se encuentren a más de 100 kilómetros de su ciudad de residencia permanente y requieran hacer uso de ellos debido a un accidente o urgencia médica mientras se encuentren de viaje.

Estos servicios deberán solicitarse previamente a Asistencia Alfa Medical para que puedan ser cubiertos:

C. Pago de boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

En caso de hospitalización imprevista del Asegurado o Dependiente mientras se encuentre de viaje a más de 100 km. de su ciudad permanente de residencia, derivada de un accidente o enfermedad amparados por la póliza y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, Asistencia Alfa Medical pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado, un boleto ida y vuelta (clase estándar, con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a fin de que acuda a su lado, adicionalmente gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$120.00 U.S. Dólares, por día durante 10 (diez) días naturales consecutivos por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año y póliza.

D. Gastos de hotel por convalecencia

Con este servicio Asistencia Alfa Medical cubrirá los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el equipo médico de Asistencia Alfa Medical. Este beneficio está limitado a \$120.00 U.S. Dólares, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por evento, hasta 2 (dos) eventos por año y póliza.

E. Traslado a domicilio

Si el Asegurado o Dependiente después del tratamiento local, según el criterio del

médico tratante y del equipo médico de Asistencia Alfa Medical, no puede regresar a su ciudad de residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, Asistencia Alfa Medical coordinará su traslado por avión o autobús de línea regular, haciéndose cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del Asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

F. Orientación telefónica nutricional y psicológica.

Los Asegurados y Dependientes de la póliza podrán llamar al número de Asistencia Alfa Medical y solicitar orientación de tipo nutricional y psicológica.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA ALFA MEDICAL

No se cubrirán gastos de acompañantes, boletos de avión, camión, gastos de hotel para el asegurado ni ninguna otra persona que lo acompañe para cirugías programadas o enfermedades o accidentes que hayan iniciado en su ciudad permanente de residencia.

/// 10. PROTECCIÓN PATRIMONIAL

Esta cobertura se otorga únicamente para el Asegurado siempre y cuando sea mayor de 18 años y menor de 60 años de edad.

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado fallece o sufre invalidez total y permanente a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados, la Institución Aseguradora cubrirá las primas de su cónyuge e hijos menores de 25 años que hayan estado cubiertos dentro de la

misma póliza con las mismas condiciones que tenían, salvo por las actualizaciones que tenga el producto año con año, así como del mismo Asegurado en el caso de invalidez total y permanente, por un periodo de 5 años a partir de la primera prima pendiente de pago una vez ocurrido el accidente o enfermedad amparados.

Una vez transcurridos los 5 años en los que la Institución Aseguradora cubrió el importe de las primas, los Dependientes cubiertos por la póliza podrán continuar con la cobertura pagando las primas correspondientes y sin que se soliciten requisitos de asegurabilidad para los integrantes originalmente cubiertos. Si durante el periodo de esta cobertura cualquiera de los hijos cumple 25 años edad, deberán ser dados de baja de la póliza.

EXCLUSIÓN PARTICULAR PARA LA COBERTURA DE PROTECCIÓN PATRIMONIAL

No se otorgará el beneficio de esta cobertura si la muerte o invalidez del Asegurado titular es derivado de un evento no cubierto por esta póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos de esta cláusula se entiende como invalidez total, la pérdida de facultades o aptitudes del Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado, que lo imposibilite para desempeñar cualquier actividad remunerada o lucrativa que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

Se presumirá que la invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un periodo mayor o igual a cuatro meses a partir de la fecha en que haya sido diagnosticada.

Se considera que el Asegurado padece de invalidez total y permanente desde la fecha en que sufra la pérdida completa e irremediable de:

- La vista en ambos ojos.
- Las dos manos o los dos pies.
- Una mano y un pie.
- Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

1. Pérdida de una mano, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
2. Por la pérdida de un pie, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella.
3. Por pérdida de la vista, la carencia absoluta e irreparable de la visión.

PRUEBAS

La Institución Aseguradora tendrá derecho de solicitar al Asegurado que se someta a exámenes y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. Asimismo la Institución Aseguradora podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, para efectos de esta cobertura, exigir que se compruebe que continúa el estado de invalidez del Asegurado.

En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, la Institución Aseguradora quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.

IV. PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

Una vez transcurrido el periodo de espera que se indica, se cubrirán los gastos médicos de los padecimientos que se mencionan a continuación.

Si un padecimiento con periodo de espera es además preexistente, se deberá cumplir con lo estipulado en el punto 1.

1.Preexistencia declarada: A partir del cuarto año de cobertura continua de la póliza mediante contratos de seguro de gastos médicos individual celebrados con la Institución Aseguradora, quedan cubiertos los padecimientos preexistentes que hayan sido declarados en la contratación de la póliza, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

- a) El padecimiento se encuentre específicamente declarado en la solicitud al momento de solicitar la póliza de seguro.
- b) El padecimiento no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y síntomas durante un periodo de 3 años continuos de vigencia en la póliza con la Institución Aseguradora.
- c) El padecimiento no esté expresamente excluido.
- d) El padecimiento no se encuentre dentro de los siguientes grupos:

Padecimientos cardiacos, Accidentes vasculares, diabetes, insuficiencia renal, padecimientos oncológicos, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Enfermedades degenerativas o padecimientos neurológicos.

2. A partir del inicio del tercer año de cobertura continua de la póliza, mediante contratos de seguro de gastos médicos mayores individual celebrados con la Institución Aseguradora, se cubrirán:

- Hemorroides
- Venas varicosas
- Padecimientos en amígdalas y adenoides
- Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla. Las fracturas óseas, las rupturas completas de ligamentos y rupturas completas de meniscos en esta región serán cubiertas a partir del inicio de vigencia de la póliza
- Tratamientos de nariz y senos paranasales por enfermedad
- Hernias, incluidas las hernias de disco
- Padecimientos congénitos de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y sus complicaciones
- Tratamiento médico o quirúrgico para corregir degeneraciones articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (p.ej. Hallux Valgus)
- Litiasis en vías biliares
- Litiasis y disquinesia en vesícula biliar
- Litiasis en vías urinarias
- Enfermedades ácido-pépticas incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Padecimientos en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno)
- Trastornos del aparato reproductor Femenino

3. Cuando el Asegurado tenga al menos un mes de cobertura continúa en la póliza, mediante un contrato de seguro de gasto médicos mayores individual celebrado con la Institución Aseguradora, se cubrirán las enfermedades presentadas.

No obstante lo anterior, a partir del primer día de vigencia quedarán cubiertos los accidentes amparados, así como cualquiera de las siguientes enfermedades, siempre y cuando no sean preexistentes:

- a) Apendicitis aguda
- b) Intoxicación alimentaria
- c) Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
- d) Golpe de calor (insolación)
- e) Trombosis pulmonar profunda
- f) Enfermedad vascular cerebral
- g) Infarto agudo al miocardio

La Suma Asegurada, Copagos y Participación son los mismos que aplican para la cobertura básica del presente contrato. Estos montos estarán indicados en la carátula de la póliza.

V. EXCLUSIONES GENERALES

Este contrato no cubre, en ningún caso:

1. Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado o Dependiente afectado esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar o de combate al narcotráfico, de seguridad o vigilancia, siempre que sean a consecuencia de dicha actividad.
2. Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.
3. Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad o accidente amparado.
4. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes.
5. Cualquier cuidado o tratamiento y sus complicaciones debido a lesiones auto infligidas o intento de suicidio.
6. Accidentes sufridos mientras el Asegurado o cualquiera de sus Dependientes participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
7. Tratamientos contra el alcoholismo, otras toxicomanías y sus complicaciones.
8. Enfermedades derivadas por la ingestión de bebidas alcohólicas o por el uso de estupefacientes o psicotrópicos, excepto cuando hayan sido prescritos por su médico tratante quien deberá contar con cédula profesional que lo acredite como médico legalmente

autorizado para prescribir dichas sustancias y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.

9. Lesiones del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes derivadas de accidentes al encontrarse bajo el efecto de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable, excepto cuando hayan sido prescritos por su médico tratante, quien deberá contar con cédula profesional que lo acredite como médico legalmente autorizado para prescribir dichas sustancias y el Asegurado hubiere dado seguimiento a las indicaciones respecto a su uso.
10. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso y sus complicaciones.
11. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.
12. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, y sus complicaciones, independientemente de la causa de la prescripción.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones.
14. Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.
15. Los tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual salvo que sean consecuencia directa de una enfermedad amparada o accidente amparado.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación así como sus consecuencias y complicaciones, incluyendo gastos relacionados con la atención de el o los recién nacidos y la madre como consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.
17. Curas de reposo, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud, “check-ups”, incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.
18. Tratamientos y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, de la conducta o del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica.
19. Estudios, tratamientos farmacológicos y/o medidas terapéuticas que no cuenten por lo menos con nivel de evidencia 1 del Centro de Medicina Basada en Evidencias de la Universidad de Oxford.
20. Tratamientos de acupuntura así como sus complicaciones.
21. Cuidado podiátrico y sus complicaciones.

22. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
23. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la presente póliza.
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir trastornos de refracción ocular y sus complicaciones.
25. La adquisición de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos.
26. Tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo si el paciente está infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sus complicaciones.
27. Cámara Hiperbárica.
28. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
29. Todas aquellas enfermedades o accidentes amparados cuyo total de gastos médicos procedentes no excedan la Franquicia, o bien, el monto de los Copagos estipulados en esta póliza de acuerdo al servicio y/o al Hospital utilizados.
30. Padecimientos preexistentes salvo lo dispuesto en el inciso 1 de la cláusula IV. "Padecimientos con Periodo de Espera".
31. Siniestros en el extranjero que administre o pague un tercero no autorizado para hacerlo.
32. Trasplante de órganos cuando existan tratamientos o procedimientos quirúrgicos alternos que garanticen la recuperación de la salud del paciente, con menor riesgo de su vida que el procedimiento del trasplante.
33. Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.
34. Fórmulas lácteas, multivitamínicos suplementos, complementos alimenticios y protectores solares.
35. Tratamientos médicos quirúrgicos, fármacos y/o medidas terapéuticas indicados de manera profiláctica y/o con carácter preventivo.

VI. COBERTURAS OPCIONALES

1. COBERTURA DE REDUCCIÓN DE COPAGO DE FRANQUICIA POR ACCIDENTE

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima en cualquier zona.

En caso de contratar esta cobertura, cuando se presente un accidente amparado, la Institución Aseguradora reducirá a la mitad los montos por concepto de franquicia y copago indicados en la carátula de la póliza. Esta reducción aplicará para el primer evento de hospitalización o utilización de servicios de corta estancia para cada siniestro.

La edad límite de contratación es de 64 años, renovándose de forma automática y vitalicia, mientras la póliza se encuentre vigente con la compañía.

Esta cobertura sólo aplica para accidentes que ocurran y sean atendidos dentro de la República Mexicana.

/// 2. COBERTURA DE VIH

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente sin costo en prima.

En caso de contratar esta cobertura, la Institución Aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado por los tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la suma asegurada máxima para el tratamiento de esta enfermedad y de sus consecuencias, será de \$ 500,000 pesos.

A partir del sexto año de estar asegurado de manera continua en la póliza y habiendo cumplido los requisitos de selección que requiere esta cobertura, se otorgará la suma asegurada contratada en la cobertura básica.

El contratar esta cobertura deja sin efecto la exclusión 26 de la cláusula V. "Exclusiones Generales".

/// 3. COBERTURA DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO

Estas coberturas pueden ser contratadas adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

A. SEGURO PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado o de cualquiera de los Dependientes mayores a un año, a causa de un Accidente o Enfermedad Amparados en términos de esta póliza, la Institución Aseguradora pagará la Suma Asegurada para gastos funerarios que se indica en la carátula de la póliza; tratándose de Dependientes entre 1 y 12 años de edad, esta Suma Asegurada no podrá ser mayor a 60 SMGMV.

La Institución Aseguradora, pagará la suma asegurada para gastos funerarios a que se refiere esta cobertura, aun cuando no se hayan realizado gastos médicos, si de la información con que se cuente del siniestro, se desprende que en caso de que el Asegurado o Dependiente hubiese sobrevivido al accidente o enfermedad, los gastos médicos derivados de los mismos se hubiesen encontrado amparados.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Suma Asegurada para esta cobertura se pagará al Beneficiario designado, a falta de éste, se pagará en el siguiente orden:

1. Cónyuge, concubina o concubinario, a falta de éste se pagará a:
2. Hijos en igual proporción, a falta de éstos se pagará a:
3. Padres en igual proporción:

En caso de que al Asegurado o a cualquiera de los Dependientes mayores de un año de edad, le sea diagnosticada una Enfermedad Terminal, se pagará al Asegurado un anticipo del 50% de la Suma Asegurada para gastos funerarios que se indica en la Carátula de la

póliza y se pagará el restante 50% en la forma establecida en los dos párrafos anteriores, una vez ocurrido el fallecimiento.

CONDICIONES PARA EL PAGO

Será condición indispensable para el pago de la Suma Asegurada de esta cláusula, que el fallecimiento ocurra a causa de un Accidente o Enfermedad Amparados por esta póliza y que sean procedentes en términos de esta póliza, sin importar que:

- No se eroguen gastos para la atención médica del Asegurado o Dependiente.
- El cúmulo de gastos a erogar en la atención médica del Asegurado o Dependiente, no rebase el deducible estipulado en la carátula de la póliza.

B. TRASLADO POR FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes incluidos en esta póliza, ocurrido a más de 100 kilómetros de su ciudad permanente de residencia, a causa de un Accidente o Enfermedad Amparados, la Institución Aseguradora prestará a través de Asistencia Alfa Medical uno de los siguientes servicios funerarios:

- a) Traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad que hubiere sido la de residencia permanente del Asegurado.
- b) Inhumación de los restos del Asegurado o Dependiente en el lugar donde se haya producido el deceso, o
- c) Traslado de dichos restos hasta el lugar de inhumación en cualquier otra ciudad, dentro de la República Mexicana, que no hubiere sido la de residencia permanente del Asegurado.

Cuando se elija cualquiera de las dos últimas opciones, el límite máximo de indemnización será el equivalente del costo que se hubiere tenido que erogar si se hubiera optado por la alternativa indicada en el primer inciso, por lo que los costos excedentes quedarán a cargo del solicitante del servicio, o en su caso, de la sucesión del Asegurado.

La Institución Aseguradora prestará cualquiera de los servicios funerarios a los que se refiere esta cobertura, aun cuando no se hayan realizado gastos médicos, si de la información con que se cuente del siniestro, se desprende que en caso de que el Asegurado o Dependiente hubiese sobrevivido al accidente o enfermedad, los gastos médicos derivados de los mismos se hubiesen encontrado amparados.

La Institución Aseguradora gestionará los trámites legales y administrativos que se requieran para el cumplimiento de esta cobertura.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

1. No se cubrirán los gastos de traslado por fallecimiento si este no ocurre a más de 100 km. de la ciudad permanente de residencia del Asegurado o Dependiente afectado.
2. No se cubrirán servicios que no se hayan coordinado a través de Asistencia Alfa Medical.

4. COBERTURA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

Estas coberturas pueden ser contratadas adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

A. URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado o alguno de los Dependientes incluidos en esta póliza sufriera en forma súbita y aguda alguna alteración que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún Accidente o Enfermedad Amparados, estando de viaje en el extranjero por un periodo máximo de 3 meses continuos y por lo que requiera atención médica inmediata, la Institución Aseguradora cubrirá los gastos procedentes en que se incurra hasta por la Suma Asegurada que se especifica para esta Cobertura en la carátula de la póliza. En caso de que la estancia en el extranjero sea mayor al periodo antes mencionado, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de la definición de residencia establecidos en este contrato.

El Copago, a cargo del Asegurado será el que se especifica en la carátula de la póliza para ésta cobertura, sin aplicar Participación.

Por concepto de cuarto de hospital sencillo, privado, estándar, con baño y cama extra para un acompañante, se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$400 (cuatrocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

Por concepto de unidad de terapia intensiva se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$800 (ochocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

Cuando termine el estado de urgencia, se seguirán pagando los servicios médicos necesarios en territorio nacional y conforme a las condiciones de Suma Asegurada, Copago y Participación de la cobertura básica contratada.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO.

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

- a) Parto y complicaciones de embarazo.
- b) Atención de padecimientos preexistentes.
- c) Atención de una enfermedad o accidente Amparado ocurrido en la República Mexicana.
- d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.

B. SERVICIOS DE ASISTENCIA

I. Transferencia de Fondos

La Institución Aseguradora ofrece el servicio de transferencia de fondos desde 300 hasta 5,000 dólares para pago de honorarios médicos, gastos de hospital o de medicamentos o bien en caso de robo. En cualquier caso, se requiere el previo depósito de la cantidad a transferir conforme a lo acordado con la Institución Aseguradora cuando se solicite el servicio.

II. Asistencia en Caso de Robo o Pérdida de Pasaporte, Visa o Boletos de Avión.

La Institución Aseguradora proveerá la información necesaria e indicará el procedimiento a seguir con las autoridades competentes con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

III. *Búsqueda, rastreo y transporte de equipaje u objetos perdidos o robados*

En caso de pérdida o robo de equipaje u objetos de valor del Asegurado o de cualquiera de sus Dependientes, la Institución Aseguradora asesorará al Asegurado para la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes y se le brindará ayuda para su localización y reexpedición al domicilio del Asegurado en caso de que fuesen encontrados.

IV. *Transmisión de Mensajes Urgentes*

La Institución Aseguradora brindará el servicio de transmisión de mensajes urgentes al Asegurado o a cualquiera de sus Dependientes que sean consecuencia directa de cualquiera de los servicios de asistencia.

5. COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima para planes Pleno, Íntegro, Origina y Alfa Medical Flex en cualquier zona.

En caso de contratar esta cobertura, la Institución Aseguradora se obliga a indemnizar al Asegurado por los gastos médicos amparados en que incurra por su atención en el extranjero o la de alguno de sus Dependientes en consecuencia de las enfermedades y padecimientos enumerados a continuación, los cuales se considerarán para efectos de esta cláusula como “enfermedades catastróficas”:

1) Enfermedades del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas sólo las enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos.

2) Enfermedades vasculares del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas únicamente la isquemia, trombosis, hemorragia y malformaciones vasculares que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que prevalezcan de forma permanente.

3) Cirugía cardíaca.

4) Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia. Se incluye la cirugía reconstructiva solamente cuando sea necesaria a consecuencia de un cáncer cubierto.

5) Los trasplantes de órganos que se indican a continuación:

a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado o alguna combinación de éstos.

b) Médula ósea autóloga para:

Linfoma de no Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

Leucemia linfocítica aguda sólo a partir de la primera recaída.

Leucemia no linfocítica aguda, sólo a partir de la primera recaída.

Tumores de célula germen (gameto).

c) Médula ósea alogénica para:

Anemia aplásica. Leucemia aguda.

Inmunodeficiencia combinada severa. Síndrome de Wiskott - Aldrich. Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u osteopetrosis generalizada).

Leucemia mielógena crónica.
Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).

Linfoma de no Hodking, Estado III o Estado IV. Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor). Linfoma de no Hodking, Estado III o Estado IV.

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido al Asegurado o Dependiente, a partir del primer gasto que se efectúe por dicho cultivo.

Se incluyen los servicios prestados durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido al asegurado o dependiente.

Este incluye la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido. Se incluyen los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al Asegurado o Dependiente.

Los gastos médicos amparados incluyen:

- Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplantes, por concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplantes, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios.

- Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante.

6) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (lesiones orgánicas o metabólicas que pongan en riesgo la vida de una persona), incluyendo rehabilitación.

7) Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL Y ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Segunda Opinión Médica Internacional es un servicio de consultas médicas internacionales por medio del cual la Institución Aseguradora ofrece al Asegurado o a sus Dependientes una opinión médica profesional generada por especialistas a nivel internacional, sobre la Enfermedad o Accidente Amparado.

Atención Médica Internacional es un conjunto de servicios personalizados que la Institución Aseguradora ofrece al Asegurado y a sus Dependientes para la atención de enfermedades a nivel internacional.

La Institución Aseguradora referirá al Asegurado y a sus Dependientes con los mejores médicos y hospitales acordes a su enfermedad para elección del Asegurado, coordinando su enlace, admisión hospitalaria y atención médica.

Es responsabilidad del Asegurado elegir libremente a los prestadores de servicios que requiera. La obligación de la Institución Aseguradora se limitará a pagar los servicios que dichos prestadores de servicios le

proporcionen, siempre en estricto apego y cumplimiento a lo dispuesto en el contrato de seguro.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO PARA QUE OPERE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

En caso de cirugía programada, el Asegurado o Dependiente se obliga a obtener un diagnóstico previo por parte de un médico autorizado o designado por la Institución Aseguradora, que determine la probable existencia de una enfermedad catastrófica, por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de trasplantes.

En caso de urgencia médica tendrá que notificar a la Institución Aseguradora su ingreso al hospital o centro de trasplantes durante las siguientes 24 horas.

Los honorarios médicos de atenciones médicas en el extranjero se pagarán de acuerdo a los convenios establecidos con un tope máximo equivalente a la base de honorarios médicos y quirúrgicos especificada en la carátula de la póliza adicionando un 50%.

Si la atención médica en el extranjero se coordina con la Institución Aseguradora, aplicará lo siguiente:

a) El Asegurado deberá pagar el Copago y Participación contratados para esta cobertura, correspondientes a los servicios utilizados. El copago por Consulta Médica será de \$30 (treinta) dólares de los Estados

Unidos de América (E.U.A.), mientras que la participación para los Servicios Fuera del Hospital será de 35%. El límite máximo de contribución por vigencia será de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) independientemente del límite máximo indicado en la carátula de la Póliza.

En cualquier otro caso en que el Asegurado o Dependiente reciba atención médica en el extranjero aplicará lo siguiente:

a) El Asegurado deberá pagar el Copago y Participación contratados para esta cobertura, correspondientes a los servicios utilizados. El copago por Consulta Médica será de \$30 (treinta) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.), mientras que la participación para los Servicios Fuera del Hospital será de 35%. El límite máximo de contribución por vigencia será de \$20,000 (veinte mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) independientemente del límite máximo indicado en la carátula de la Póliza.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

I. No se considerarán como enfermedades catastróficas los siguientes padecimientos:

- a) Cánceres in-situ del cuello uterino.
- b) Cánceres de la piel, a excepción del melanoma maligno.
- c) Enfermedades congénitas del sistema nervioso central, excepto lo mencionado en los incisos 1 “Enfermedades del Sistema Nervioso Central” y, 2 “Enfermedades vasculares del Sistema Nervioso Central”.

d) Isquemia cerebral transitoria.

II. No están cubiertos los gastos que se originen por:

a) Cuidado proporcionado por enfermeras o personal de asistencia en casos de senilidad o deterioro cerebral.

III. No se cubren los gastos de posibles donantes y compatibilidad que hayan sido rechazados.

/// 6. COBERTURA DE ESTUDIANTES Y TRABAJADORES TEMPORALES EN EL EXTRANJERO.

Estas coberturas pueden ser contratadas adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

A. URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el Asegurado o alguno de los Dependientes incluidos en esta póliza sufriera en forma súbita y aguda alguna alteración que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún Accidente o Enfermedad Amparados, estando de viaje en el extranjero por un periodo máximo de 12 meses continuos y por lo que requiera atención médica inmediata, la Institución Aseguradora cubrirá los gastos procedentes en que se incurra hasta por la Suma Asegurada que se especifica para esta Cobertura en la carátula de la póliza. En caso de que la estancia en el extranjero sea mayor al periodo antes mencionado, el Asegurado deberá cumplir con los requisitos de la definición de residencia establecidos en este contrato.

El Copago, a cargo del Asegurado será el que se especifica en la carátula de la póliza para ésta cobertura, sin aplicar Participación.

Por concepto de cuarto de hospital sencillo, privado, estándar, con baño y cama extra para un acompañante, se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$400 (cuatrocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

Por concepto de unidad de terapia intensiva se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$800 (ochocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

Cuando termine el estado de urgencia, se seguirán pagando los servicios médicos necesarios en territorio nacional y conforme a las condiciones de Suma Asegurada, Copago y Participación de la cobertura básica contratada.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ESTUDIANTES Y TRABAJADORES TEMPORALES EN EL EXTRANJERO.

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

- a) Parto y complicaciones de embarazo.
- b) Atención de padecimientos preexistentes.
- c) Atención de una enfermedad o accidente Amparado ocurrido en la República Mexicana.
- d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.

/// 7. COBERTURA ALFA MEDICAL CASH POR DIAGNÓSTICO.

En caso de que el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en la póliza a la que se agrega este Beneficio Adicional, para los cuales haya sido contratada la presente cobertura, sea diagnosticado con alguna Enfermedad Grave, según este término se define más adelante, la Institución Aseguradora entregará la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza para esta cobertura.

La cobertura no se extinguirá por la ocurrencia del primer siniestro, sin embargo, la Aseguradora no estará obligada a pagar nuevamente la suma asegurada, cuando una nueva Enfermedad Grave ocurra como consecuencia de una Enfermedad Grave previamente cubierta por la Aseguradora.

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona y aplicarán las exclusiones y los periodos de espera establecidos en la cobertura básica, así como los tiempos transcurridos para el cumplimiento de los mismos.

DEFINICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA ALFA MEDICAL CASH POR DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO.

El dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúe el médico tratante, que además sea un médico especialista en la materia correspondiente a la enfermedad, y que se basa en elementos como evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio y

antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.

ENFERMEDAD GRAVE.

Son aquellos padecimientos o tratamientos médicos cubiertos dentro de la cobertura de este Beneficio Adicional, y consisten únicamente en los que se detallan a continuación:

1. Infarto agudo al miocardio
2. Cirugía de derivación cardiaca
3. Cirugía de la aorta torácica
4. Reemplazo de válvula cardiaca
5. Cáncer
6. Isquemia/infarto cerebral
7. Alzheimer
8. Esclerosis Múltiple
9. Ceguera
10. Enfermedad de Parkinson
11. Parálisis (lesión de la médula espinal)
12. Quemadura de tercer grado
13. Insuficiencia renal crónica
14. Trasplante de órganos
15. Politraumatismo

1. Infarto agudo al miocardio

La muerte del músculo cardíaco (miocardio: mio = músculo; cardio = corazón) como resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega, secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora, la documentación que esta última

solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que el asegurado padece o padeció, durante el periodo de cobertura de este beneficio, un infarto agudo al miocardio.
- Comprobar los nuevos cambios cardiológicos a consecuencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados Electrocardiograma, Troponina "I".

Se excluye expresamente cualquier otra enfermedad coronaria aguda que no haya provocado la muerte del músculo cardíaco.

2. Cirugía de derivación cardiaca

Cirugía que se realiza para crear una derivación alrededor de las arterias coronarias que irrigan el corazón y que se encuentran obstruidas. La cirugía de derivación cardíaca crea una desviación o "bypass" alrededor de la parte bloqueada de una arteria coronaria para restaurar el flujo sanguíneo al músculo cardíaco.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora, la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio,

una cirugía de derivación cardiaca a consecuencia de un padecimiento cubierto por la cobertura básica.

- Comprobar los nuevos cambios cardiológicos a consecuencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:

➤ **Angiografía Coronaria;** que demuestre el grado de obstrucción, el sitio de la obstrucción y el número de obstrucciones.

➤ **Arteriografía por Resonancia Magnética.**

Se excluyen expresamente la angioplastia coronaria en todas sus formas, así como la cirugía de derivación cardiaca a causa de un politraumatismo.

3. Cirugía de la aorta torácica

Es la reparación quirúrgica de la aorta que requiere la apertura de la cavidad torácica, de sujeción de la aorta y la costura de un injerto quirúrgico en el lugar para evitar que un aneurisma se rompa.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio,

una cirugía de la aorta torácica a consecuencia de un padecimiento cubierto por la cobertura básica.

- Comprobar los nuevos cambios de la aorta a consecuencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:

- *Angiografía.*
- *Aortograma.*
- *Ultrasonografía.*
- *Resonancia Magnética*
- *Tomografía Axial Computarizada.*

Que demuestren la porción de la arteria aorta afectada y el tamaño de la lesión.

Se excluyen expresamente la cirugía de la aorta torácica a causa de un politraumatismo, la cirugía de cualquier arteria distinta a la aorta torácica; así como cualquier cirugía donde no exista la extirpación y el reemplazo de la porción arterial afectada.

4. Reemplazo de válvula cardiaca

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza para reemplazar una válvula del corazón que no está funcionando correctamente.

Cuando se realiza la cirugía de reemplazo, la válvula o válvulas dañadas se sustituyen con válvulas artificiales.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un Diagnóstico, emitido por un médico especialista en Cardiología, indicando que al asegurado se le practicó, durante el periodo de cobertura de este beneficio, un reemplazo de válvula cardiaca a consecuencia de un padecimiento cubierto por la cobertura básica.
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - *Ecocardiografía*, que demuestre la disfunción valvular y su forma.
 - *Cateterismo cardiaco*, que demuestre la enfermedad valvular.
 - *Resonancia Magnética Cardiaca*, que demuestre la anormalidad valvular.

Se excluye expresamente el reemplazo de válvula cardiaca a causa de un politraumatismo, así como la valvulotomía cardiaca cerrada, la valvuloplastía cardiaca abierta sin reemplazo valvular, valvuloplastía percutánea y la reparación valvular cardiaca.

5. Cáncer

Es la invasión del tejido alrededor y la invasión (diseminación) a otros órganos por el crecimiento descontrolado de células del cáncer. En esta definición se incluye también a la Leucemia, Linfoma y Sarcoma.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Oncología.
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - Estudio Histopatológico.
 - Marcadores Tumorales.
 - Resonancia Magnética.
 - Tomografía Axial Computarizada.
 - Tomografía por Emisión de Positrones.
 - Ecografía.
 - Estudios con radionúclidos.
- Que la enfermedad demuestra la invasión al tejido a su alrededor y diseminación (invasión) a otros órganos.
- Comprobar la ausencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA) mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen expresamente:

- *Tumores malignos (cáncer) que no hayan invadido tejidos circundantes o se hayan diseminado a otros órganos (cáncer in situ).*
- *Cualquier cáncer de la piel.*
- *Cualquier cáncer con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA).*

6. Isquemia/infarto cerebral

Es la obstrucción o la ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando estos se obstruyen por un coágulo de sangre

formado en otra parte del cuerpo produciendo la muerte del tejido cerebral y dejando un daño neurológico permanente.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada, Angiografía Cerebral.
- Que la enfermedad demuestra un permanente déficit neurológico

Se excluyen expresamente la isquemia cerebral transitoria, las lesiones traumáticas en tejido cerebral y vasos sanguíneos derivadas de un politraumatismo, así como cualquier derrame e infarto cerebral producido por el uso de alcohol o drogas.

7. Alzheimer

Es una afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.
- Demostrar que múltiples déficits cognitivos están presentes, uno de los cuales debe ser alteración de la memoria. Además de los problemas con la memoria, una o más de los siguientes deben aparecer:
 - **Afasia:** deterioro de las habilidades del lenguaje.
 - **Apraxia:** dificultad para ejecutar actividades motoras, a pesar de que el movimiento, los sentidos y la capacidad de entender lo que se pregunta todavía están intactos.
 - **Agnosia:** un deterioro de la capacidad para reconocer o identificar los objetos, a pesar de que las capacidades sensoriales están intactos.
- Los problemas con el funcionamiento ejecutivo, como la planificación de tareas, la organización de proyectos, o la realización de los objetivos en la secuencia apropiada.
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - **Resonancia magnética (IRM)**, que identifique cambios en la estructura cerebral y en sus funciones, y que descarte la presencia de accidentes cerebrovasculares, tumores u otros problemas causantes de demencia síntoma similar a enfermedad de Alzheimer.

- **Tomografía Axial Computarizada (TAC)**, por las razones expuestas en IRM.
- **Tomografía con Emisión de Positrones (PET)**, en la que se producen imágenes de cambios químicos a medida que ocurren en los receptores cerebrales de la dopamina.

Se excluye expresamente cualquier otro tipo de demencia.

8. Esclerosis Múltiple

Es una enfermedad auto inmunitaria que afecta al sistema nervioso central (el cerebro y la médula espinal), la cual debe presentar un deterioro de la función motora y sensitiva.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.
- Comprobar la enfermedad mediante los exámenes denominados Imagen de resonancia magnética y líquido cefalorraquídeo.
- Demostrar que el deterioro de la función motora (relativa al movimiento) y sensitiva (relativa a la sensibilidad) esté presente de manera ininterrumpida.

- Demostrar que los síntomas sean persistentes.

Se excluye expresamente cualquier otro padecimiento que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares a esclerosis múltiple, sin serlo.

9. Ceguera

Donde la agudeza visual central en el mejor ojo ó con la mejor corrección medica existente se determina en 3/60, 1/60, 1/20, 1/50, 20/400, 5/300, sin percepción de la luz; ó cuando el diámetro más amplio del ángulo/campo visual está comprendido en un ángulo/campo visual igual o menor a 20°.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Oftalmología.
- Demostrar mediante los siguientes estudios el grado de ceguera:

➤ *Estudio oftalmológico con lámpara de hendidura.*

➤ *Examen de agudeza visual.*

Se excluyen expresamente la ceguera unilateral, la ceguera reversible de cualquier tipo, así como la ceguera a causa de un politraumatismo.

10. Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central que causa temblor involuntario en las manos, rigidez muscular, bradicinesia, o lentitud en los movimientos; e inestabilidad postural, o deterioro del equilibrio.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.
- Demostrar que la enfermedad ha avanzado hasta presentar en forma permanentemente deterioro de la función motora asociada con temblor, rigidez de movimientos y la inestabilidad postural
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados imagen de resonancia magnética, tomografía con emisión de positrones y pruebas genéticas.

Se excluye expresamente cualquier otra causa que afecte al sistema nervioso central produciendo síntomas similares comúnmente denominado Parkinsonismo.

11. Parálisis (lesión de la médula espinal)

Es el daño de la médula espinal consecutiva a destrucción, desgarró, compresión, sección que tiene como consecuencia el que la

Una persona quede paralizada por debajo del sitio donde se ubica dicho daño. Cuando una persona sufre una lesión de la médula espinal, el cerebro deja de recibir total o parcialmente la información proveniente de los nervios espinales por debajo del nivel de la lesión dando lugar a tetraplejia (parálisis de la mayor parte del cuerpo incluyendo brazos y piernas) o paraplejia (parálisis completa de las piernas).

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Neurología.
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - *Tomografía computarizada de la columna vertebral.*
 - *Resonancia magnética de la columna vertebral*
 - *Mielografía de la médula espinal*
 - *Prueba para evaluar las vías del nervio.*
 - *Punción lumbar para obtener líquido cefalorraquídeo.*

Se excluyen expresamente cualquier otro tipo de parálisis cuyo origen es diferente a una lesión de la médula espinal, así como la parálisis que tenga como origen un politraumatismo.

12. Quemadura de tercer grado

Una quemadura de tercer grado también se conoce como una quemadura de grosor completo; este tipo de quemadura destruye la capa externa de la piel (epidermis) y toda la capa inferior (o dermis) afectando a los tejidos más profundos. Para efectos de esta cobertura están amparadas las quemaduras de tercer grado que afecten más del 30% de la superficie corporal total.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Traumatología
- Flujometría cutánea con láser Doppler.
- Imagen por resonancia magnética.
- Biopsia de piel.
- Fotografías para determinar el porcentaje corporal afectado por la quemadura.

Se excluyen expresamente cualquier otro grado de quemadura y cuando el porcentaje afectado del cuerpo es menor al 30% de la superficie corporal total.

13. Insuficiencia Renal Crónica

Es la insuficiencia irreversible y permanente en la función de los riñones, total o casi total. Esta condición se presenta cuando la insuficiencia renal crónica evoluciona hasta que la función de los riñones es menor al 15% de su capacidad normal y solo puede ser tratada mediante diálisis o trasplante renal que tienen la finalidad de conservar la vida.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en nefrología
- Comprobar la presencia de la enfermedad mediante los exámenes denominados:
 - *Biopsia Renal que demuestre:*
 - ✓ Fibrosis Intersticial + Pérdida Tubular, Esclerosis Glomerular
 - ✓ Hiper celularidad Glomerular
 - ✓ Angioesclerosis de arterias y arteriolas
 - ✓ Múltiples quistes
 - *Ecografía, resonancia magnética y tomografía axial computarizada, que demuestren:*
 - ✓ Anormalidad en la simetría del tamaño
 - ✓ Tubular, Esclerosis Glomerular
 - ✓ Cambios parenquimatosos característicos
 - ✓ Anormalidad en la diferenciación cortico – medular
 - ✓ Masas sólidas o quísticas
 - ✓ Cálculo del Índice de Filtración Glomerular (IFG) Nitrógeno ureico en sangre
- Examen de Orina (determinación de albúmina y proteínas).

Se excluyen expresamente las etapas 1 (IFG 90 ó +), 2 (IFG 60 a 89) y 3 (IFG 30 a 59) de la enfermedad renal crónica, la insuficiencia renal aguda, y cuando la insuficiencia renal es a causa de un politraumatismo.

14. Trasplante de Órganos

Es un procedimiento quirúrgico para extirpar un corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón enfermo y reemplazarlo por uno sano. Para el caso de la médula ósea y el páncreas no es necesaria la extirpación quirúrgica sólo la recepción del trasplante.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista.
- Comprobar la disfunción severa del órgano y el fracaso o la imposibilidad de recibir otros tratamientos.
- Haberse sometido a la extirpación quirúrgica y reemplazo por un órgano sano (único o en combinación) tales como corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón.
- Haberse sometido a la recepción de médula ósea, páncreas sanos. Comprobar la ausencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA) mediante exámenes de laboratorio.

Se excluyen expresamente:

- *Cualquier Trasplante de órganos, partes de órganos, tejidos o células distintos a corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón.*
- *Cualquier Recepción de órganos, partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas.*
- *El trasplante de corazón, hígado, intestino delgado, pulmón o riñón con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA)*
- *La recepción de partes de órganos, tejidos o células distintos a médula ósea o páncreas con la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH / SIDA).*
- *Trasplantes de órganos a consecuencia de un politraumatismo.*

15. Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas (deterioro de la circulación, las vías respiratorias y / o neurológicos) en virtud de un accidente, con alto riesgo de muerte y / o daños irreversibles que deben ser abordados de inmediato y que debido a su gravedad han requerido de la estancia del asegurado en el hospital por más de diez (10) días calendario, y que en ese periodo se haya hecho uso de una unidad de cuidados intensivos. Todas las lesiones debieron producirse en el mismo accidente.

Con el fin de validar la ocurrencia de esta Enfermedad Grave, el asegurado deberá presentar a la Institución Aseguradora la documentación que esta última solicite, pudiendo ser, de manera enunciativa, alguno o algunos de los siguientes:

- Un diagnóstico, emitido por un médico especialista en Traumatología.
- Radiografías de las zonas afectadas.
- Tomografía axial computarizada.

Se excluyen expresamente las lesiones traumáticas originadas por quemaduras de cualquier tipo y grado

Fallecimiento del Asegurado.

En caso de que el Asegurado haya acreditado la existencia de una Enfermedad Grave cubierta por este Beneficio Adicional, pero fallezca antes de recibir la suma asegurada correspondiente, la misma se pagará al beneficiario designado por el Asegurado en la Póliza. En caso de que no exista un beneficiario designado o que este hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada a la o las personas que acrediten ubicarse en el supuesto más cercano de los que se describen a continuación:

1. Cónyuge
2. Hijos, del mayor al menor
3. Madre
4. Padre
5. A la sucesión legal correspondiente

De acuerdo al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, la Institución Aseguradora 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. la Institución Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con la enfermedad o accidente amparado, la reclamación o las pruebas aportadas.

El ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que la Institución Aseguradora practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a la Institución Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Serán aplicables a este Beneficio Adicional en lo conducente, todos los términos y condiciones establecidos en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual se agrega.

En caso de discrepancia entre lo dispuesto en el presente Beneficio Adicional y las Condiciones Generales de la Póliza, respecto de alguna cobertura contenida en el Beneficio Adicional, prevalecerá lo dispuesto en este.

VII. BASES PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN

El monto máximo de cada gasto procedente de acuerdo a lo estipulado en el presente contrato, no podrá exceder del monto que resulte al multiplicar la base de honorarios médicos y quirúrgicos, que aparece en la carátula de la póliza, por el factor correspondiente a el (los) procedimiento(s) de acuerdo al catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos para los honorarios médicos; y del gasto usual, razonable y acostumbrado de la zona de contratación para los gastos diferentes a honorarios médicos.

Los gastos médicos amparados, generados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, tendrán que alcanzar el monto estipulado en la carátula de la Póliza denominado Franquicia, para que la Institución Aseguradora proceda con la indemnización hasta por la Suma Asegurada contratada en términos de este contrato.

/// 1. GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

A. COPAGO Y PARTICIPACIÓN

- a) Del total de los gastos médicos amparados, el Asegurado estará a cargo del Copago y la Participación correspondiente por cada evento y servicio utilizado.
- b) Para el caso de cualquier Hospitalización o utilización de servicios de corta estancia, el Asegurado deberá pagar primero los Copagos que correspondan al Hospital seleccionado y posteriormente sobre la cantidad restante se aplicará la Participación indicada en la carátula de la póliza.

- c) Si en un mismo Evento se atienden dos o más Siniestros, se aplicará un Copago por cada Siniestro.
- d) El monto máximo a pagar por Asegurado o Dependiente por concepto de Copagos y Participación tendrá un límite por año de vigencia de la póliza, independientemente del número de siniestros, eventos y servicios médicos utilizados. Este monto reiniciará en cada renovación de la póliza y se encontrará indicado en la carátula de la misma.

B. INDEMNIZACIÓN DE ACUERDO A PLAN Y ZONA CORRESPONDIENTE

La Base de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se aplica para el pago de cualquier indemnización es la que corresponde al plan y zona contratados.

En caso de siniestro, las condiciones de Suma Asegurada, Participación, Copagos y límite anual de contribución del Asegurado, serán las vigentes al momento de la prestación del servicio médico que se esté utilizando y que se encuentran establecidos en la carátula de la póliza vigente al momento del evento.

Para pagos de complementos de siniestros iniciados en un Plan de la Institución Aseguradora diferente al del presente contrato, se continuará pagando el siniestro de acuerdo a lo siguiente:

- 1.-Hasta el remanente de la suma asegurada del plan en dónde dio inicio el siniestro.
- 2.-Se aplicará el Copago y/o Participación establecido en la carátula de la póliza para cada evento o servicio.

La autorización para cambio de plan estará sujeta a la aceptación de la Institución Aseguradora de acuerdo a las políticas vigentes y de suscripción médica.

En caso de cambio de plan, los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

En caso de que no existan en la zona los servicios médicos y hospitalarios acordes al padecimiento, la Institución Aseguradora deberá proporcionar al Asegurado y sus Dependientes asistencia o información de los servicios médicos y hospitalarios más próximos a la zona contratada, realizando la indemnización correspondiente de acuerdo con el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos y al gasto usual razonable y acostumbrado de la zona donde se prestó la atención médica.

En caso de Accidente Amparado o Urgencia Médica, la indemnización se pagará acorde con el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos y el gasto usual razonable y acostumbrado correspondiente a la zona donde se prestó la atención médica.

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre sin que la Institución Aseguradora pague ningún beneficio, se devolverá el 65% de la prima no devengada a partir de la fecha de fallecimiento, siempre y cuando el evento sea reportado dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a la fecha de fallecimiento del Asegurado.

En caso de haber pagado algún beneficio no podrá existir devolución alguna.

En caso de que el médico tratante no pertenezca a la red de prestadores de servicios afiliados, la obligación de pago de la Institución Aseguradora se limitará a los montos que correspondan de conformidad con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecidos en este contrato

En trámites por reembolso que incluyan gastos erogados por un hospital fuera de red, se aplicará el copago y participación para un nivel AA establecidos en la tabla de copagos y participación definido en la carátula de la póliza.

C. PERIODO DE BENEFICIO

Ocurrida una enfermedad o accidente amparados, se establecerá un “periodo de beneficio” o lapso durante el cual la Institución Aseguradora estará obligada al pago de los gastos médicos amparados que se ocasionen por la atención de dicha enfermedad amparada o accidente amparado.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y terminará en la fecha que resulte mayor entre los 365 días siguientes a la fecha del primer gasto o 30 días a partir del término de la vigencia del seguro, o antes, en la fecha en que se agote la suma asegurada.

No obstante, si el Asegurado contrata con la Institución Aseguradora una nueva póliza de seguro de gastos médicos individual para el periodo inmediato siguiente al vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días o hasta que se agote la suma

asegurada establecida para esa enfermedad o accidente amparados, lo que ocurra primero.

/// 2. INDEMNIZACIONES

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán hacerlo del conocimiento de la Institución Aseguradora. Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para dar el aviso correspondiente, el cual deberá ser por escrito si en el Contrato no se estipula otra cosa.

Las reclamaciones que efectúe el Asegurado o beneficiario al amparo de esta póliza, deberán ser presentadas en las formas que le proporcione la Institución Aseguradora.

En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

En caso de recibir atención médica en el extranjero, el Asegurado deberá solicitar y presentar un informe de su médico tratante, en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento; anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación de CIE (Código Internacional de Enfermedades) y CPT (Código de Procedimientos y Tratamientos)

vigentes. Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que esté en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite la Institución Aseguradora relativas a la realización de la enfermedad o accidente amparados y los gastos efectuados.

Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales aplicables vigentes.

Estos documentos quedarán en poder de la Institución Aseguradora una vez pagada la indemnización correspondiente. De acuerdo al artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, la Institución Aseguradora 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.

La Institución Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con la enfermedad o accidente amparado, la reclamación o las pruebas aportadas.

El ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que la Institución Aseguradora practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberará a la Institución Aseguradora de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

B. MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

El reembolso de los gastos médicos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, el día en que se realice el pago en términos del artículo 80 de la Ley Monetaria.

C. RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADORA.

En ningún caso la Institución Aseguradora será responsable ante el Asegurado, sus Dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurra cualquier prestador de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos,

instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado.

VIII. CLÁUSULAS GENERALES

/// I. CONTRATO

A. BASES DEL CONTRATO

Esta póliza es prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Institución Aseguradora y, en su caso, de sus renovaciones. Se emite en consideración a la solicitud y a las declaraciones previamente formuladas por el Asegurado o el Contratante para la apreciación del riesgo.

B. DISPUTABILIDAD

La omisión o inexactitud en las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo a las que se refiere la cláusula anterior, facultará a la Institución Aseguradora para rescindir de pleno derecho esta póliza o cualquiera de sus renovaciones, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro.

C. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

“Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

D. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y la Institución Aseguradora.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia ningún agente de seguros ni ninguna otra persona no autorizada por la Institución Aseguradora, podrá cambiar o modificar las condiciones o beneficios del contrato.

E. PERIODO DE SEGURO

El periodo de seguro convenido es de un año, cuyas fechas y horario de inicio y terminación se indican en la carátula de la póliza.

F. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para cada enfermedad o accidente amparado, es la cantidad que se especifica en la carátula de la póliza como “Suma Asegurada” de la “Cobertura Básica”.

Una vez que los gastos a cargo de la Institución Aseguradora alcancen dicho monto, la responsabilidad de ésta cesará por completo para la enfermedad o accidente, cubierto en cuestión.

G. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones

(Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución Aseguradora o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Aseguradora a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

H. INFORMACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución Aseguradora que 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 Institución Aseguradora 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.

I. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a la Institución Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquella por escrito al Contratante.

Los comunicados que la Institución Aseguradora deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

J. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Dicho plazo no correrá en caso de omisiones o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Institución Aseguradora 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el

nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución.

K. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que la Institución Aseguradora no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación.

El crédito que resulte del Contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la Institución Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

L. TRANSCRIPCIÓN DEL ART. 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

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

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país,

publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, la

LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS 161 mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el sólo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad 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 empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

2. VIGENCIA

A. INICIO DE VIGENCIA

A las 12:00 horas del primer día del periodo de seguro contratado, indicado en la carátula de la póliza.

B. TERMINACIÓN DE VIGENCIA

A las 12:00 horas del último día del periodo de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

C. TERMINACIÓN ANTICIPADA

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, la Institución Aseguradora devolverá al Contratante el 65% de la prima neta pagada no devengada correspondiente, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada.

/// 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

A. RENOVACIÓN

A partir de la renovación del segundo año con vigencia continua sin que se haya interrumpido la vigencia de la póliza, la Institución Aseguradora estará obligada a renovarla automáticamente; salvo que el Contratante o Asegurado, notifiquen a la Institución Aseguradora por escrito y con por lo menos veinte días hábiles anteriores al vencimiento de la póliza, que no es su voluntad renovarlo.

Las renovaciones se sujetarán a las condiciones de cobertura, franquicia, Copago, Participación y topes de Participación, sumas aseguradas y primas que la Institución Aseguradora tenga registradas a la fecha de inicio de vigencia de la póliza de renovación respectiva, las cuales podrán ser modificadas por la Institución Aseguradora en relación a la póliza inmediata anterior, sin detrimento para el Asegurado y siempre y cuando mantengan congruencia con las condiciones de cobertura originalmente contratadas.

La Institución Aseguradora informará al Contratante o Asegurado los valores de la Prima, Copago, Participación y topes de Participación aplicables en cada renovación

al menos veinte días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza La Institución Aseguradora proporcionará dicha información en su domicilio.

Por su parte, el Contratante tendrá el derecho de solicitar a la renovación, modificaciones a las condiciones del Contrato, dentro de las que la Institución Aseguradora tenga registradas.

En el caso de pólizas con siniestro abierto, para que la Institución Aseguradora continúe amparándolo, será necesario que el Contratante renueve la póliza en condiciones de cobertura congruentes con las existentes al momento en que se originó el siniestro, las cuales, conforme lo dispuesto en ésta cláusula, la Institución Aseguradora está obligada a ofrecer. Lo anterior, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula de "Período de Beneficio".

Se entenderá renovado automáticamente el Contrato de seguro en los términos de la nueva póliza, si el Contratante no manifiesta expresamente y por escrito su voluntad de no celebrarlo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

B. CAMBIO DE PÓLIZA FAMILIAR A PÓLIZA INDIVIDUAL

Cualquier Dependiente con mayoría de edad tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una póliza de seguro de gastos médicos individual o familiar con reconocimiento de antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y

cuando el trámite se realice dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a que el Dependiente deje la cobertura de la póliza familiar.

C. EDAD MÁXIMA DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación es de 64 años de edad. Para efectos de renovación no habrá edad límite de aceptación.

D. PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar a la Institución Aseguradora la prima más recargos por pago fraccionado, por derecho de expedición de la póliza e Impuesto al Valor Agregado que se indican en la carátula de la póliza.

E. FRECUENCIA DE PAGO

La prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine la Institución Aseguradora.

La frecuencia de Pago estipulada para el Periodo de Seguro, es la señalada en la carátula de la póliza.

F. VENCIMIENTO

La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado.

En caso de pago fraccionado, cada fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

F. VENCIMIENTO

La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado.

En caso de pago fraccionado, cada fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

G. PERIODO DE GRACIA

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción que corresponda en caso de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo, en términos de lo estipulado en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que se presente una enfermedad amparada o accidente amparado durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados que hayan sido erogados en éste, se dará en forma de Reembolso descontando la prima o la fracción pendiente de pago.

H. REHABILITACIÓN

Si el Asegurado no paga la prima correspondiente dentro del periodo de gracia establecido, su póliza quedará cancelada.

En este caso, el Asegurado podrá dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia, solicitar por escrito la rehabilitación de su póliza aplicando las políticas de aceptación y sujeto a la aprobación por parte de la Institución Aseguradora. Los efectos de este contrato se rehabilitarán a partir de

la hora y día señalados en el comprobante de pago de la prima o fracción siempre y cuando la solicitud de rehabilitación se realice dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia.

En ningún caso la Institución Aseguradora indemnizará las enfermedades amparadas o accidentes amparados que se hubiesen iniciado después del plazo de gracia y antes del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

Esta póliza sólo podrá ser rehabilitada una vez dentro de un mismo periodo de seguro y se entenderá como rehabilitada a partir de la emisión del recibo de pago de la póliza.

I. LUGAR DE PAGO

El Contratante deberá realizar el pago total que corresponda en el domicilio de la Institución Aseguradora, que se establece en la carátula de esta póliza, contra entrega del recibo. Sin dejar sin efecto la obligación anterior y con el único fin de otorgarle al Contratante mayores opciones, podrá cubrir el pago de la prima correspondiente a través de transferencia electrónica de fondos a favor de la Institución Aseguradora, pago referenciado en bancos y establecimientos afiliados, cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante, entre otros medios que se pongan a su disposición.

El comprobante de la operación, el recibo sellado por la institución bancaria o el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente, serán prueba suficiente de dicho pago hasta en tanto la Institución Aseguradora entregue el recibo correspondiente.

J. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante y el Asegurado serán solidariamente responsables de dar aviso a la Institución Aseguradora durante el periodo del seguro, de cualquier agravación esencial del riesgo del Asegurado o de sus Dependientes, tales como, cambios de actividad profesional, actividades deportivas, entre otras.

Si el Asegurado o el Contratante omiten dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo, al finalizar dicho plazo cesará de pleno derecho la cobertura y obligaciones contractuales de la Institución Aseguradora .

K. INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

Para la inclusión de Dependientes adicionales durante la vigencia de la póliza, se aplicará lo siguiente:

- a) Cuando al momento del nacimiento, la madre asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos individual celebrado con la Institución Aseguradora; la solicitud de inclusión del menor deberá presentarse en un periodo máximo de 30 días a partir de la siguiente renovación y el menor quedará Asegurado desde el día de su nacimiento sin requisitos de suscripción médica.
- b) En cualquier otro caso deberá presentarse la solicitud de inclusión y la Institución Aseguradora se reserva el derecho de aceptar al hijo en la póliza con base en las condiciones de salud y ocupación que presente al momento de la solicitud.

La Institución Aseguradora se reserva el derecho de aceptar al cónyuge o a cualquier Dependiente del Asegurado en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de inclusión respectiva.

L. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

En caso de siniestro, la Institución Aseguradora se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado o a sus Dependientes.

El Asegurado o sus Dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con la Institución Aseguradora para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si la Institución Aseguradora lo solicita, a costa de la misma, el Asegurado o sus Dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

La falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por hechos u omisiones del Asegurado o sus Dependientes se impide la subrogación, la Institución Aseguradora quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y la Institución Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

M. RESCISIÓN DEL CONTRATO

De acuerdo al artículo 47 de la ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10o de la referida Ley, facultará a la Institución Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

N. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 8º, 9º, 10º Y 70 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Art. 8:

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Art. 9:

Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Art. 10:

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

Art. 70:

Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

O. EXAMEN MÉDICO

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Institución Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico, el cual será realizado por la Institución Aseguradora y sin costo para el prospecto.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Las 24 horas del día y los 365 días del año:

En México, D.F.

53 26 95 00

Del interior de la República

01 800 906 2100

Urgencias Médicas:

En México, D.F.

53 26 95 00

Del interior de la República

01 800 906 2100

Desde Estados Unidos de América

1 877 639 4639

Servicio de Ambulancia**Traslado por Fallecimiento****Servicios de Asistencia en el Extranjero
y Asistencia Alfa Medical:**

52 50 41 16

01 800 713 5076

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el

Registro Número: **CNSF-S0038-0342-2014**

De Fecha: **03/06/2014**

Alfa Medical Flex antes de circular

Registro Número: **CNSF-S0038-0342-2014**

De Fecha: **03/06/2014**

Las Coberturas Opcionales descritas se encuentran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, de Conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero.

Bajo el Registro: **BADI-S0038-0035-2014**

De Fecha: **02/05/2014**

Cobertura de Protección por Fallecimiento.

Bajo el Registro: **BADI-S0038-0034-2014**

De Fecha: **30/04/2014**

Cobertura de Asistencia en el Extranjero.

Bajo el Registro: **BADI-S0038-0036-2014**

De Fecha: **17/06/2014**

Cobertura de Estudiantes y Trabajadores Temporales en el Extranjero.

Bajo el Registro: **BADI-S0038-0036-2014**

De Fecha: **17/06/2014**

Alfa Medical Cash por Diagnóstico.

Bajo el Registro: **BADI-S0038-0062-2012**

De Fecha: **24/08/2012**



Procedimientos para el uso de tu póliza

Alfa Medical Flex
Junio 2014

TELÉFONOS DE CONTACTO

El asegurado o dependiente deberá solicitar los servicios de esta póliza a los siguientes teléfonos:

Las 24 horas del día y los 365 días del año:
En México, D.F.
53 26 95 00

Del Interior de la República
01 800 906 2100

Urgencias Médicas:
En México, D.F.
01 800 906 2100

Del Interior de la República
01 800 522 7696

De Estados Unidos de América
01 800 906 2100

Servicio de Ambulancia,
Traslado por Fallecimiento
Servicios de Asistencia en el
Extranjero y Asistencia Alfa Medical:
52 50 41 16 **01 800 713 5076**

I. INTRODUCCIÓN

Pensando en brindarte un mejor servicio y proporcionarte todas las herramientas necesarias para obtener el mayor beneficio de tu seguro de gastos médicos mayores, ponemos a tu disposición nuestra guía de procedimientos, donde encontrarás todo lo que debes saber acerca de los servicios hospitalarios, médicos, coberturas y asesoría en caso de ocurrir cualquier enfermedad o accidente amparado por tu póliza Alfa Medical Flex^{MR}.

Además podrás consultar el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos que te permitirá conocer los porcentajes designados para cada padecimiento, que deberás multiplicar por el monto indicado como base de honorarios en la carátula de tu póliza, para poder calcular los honorarios del cirujano y a partir de estos los del anestesiólogo y ayudante(s).

Para acceder a la información puedes consultarla en nuestra página web:
www.mnyl.com.mx

o llamando a los teléfonos :
Ciudad de México **53 26 95 00** ó
Lada Sin Costo **01 800 906 2100**

II. IDENTIFICACIÓN COMO ASEGURADO

Es requisito indispensable para poder hacer uso de los servicios de tu póliza, que te identifiques como asegurado de Seguros Monterrey New York Life, lo cual podrás hacer mostrando tu credencial Alfa Medical Flex^{MR} y una identificación oficial a cualquiera de nuestros proveedores médicos para que pueda proceder de inmediato tu atención médica y agilizar todos los trámites que se requieran.

Esta credencial cuenta con los siguientes datos:

1. Nombre del asegurado
2. No. de póliza
3. Vigencia
4. Plan Contratado
5. Franquicia
6. Niveles de Copago y participación
7. Límite máximo anual por concepto de copago y participación

8. Suma Asegurada
9. Teléfonos de atención

/// III. ORIENTACIÓN GENERAL

Con la finalidad de orientarte sobre todas aquellas dudas y procedimientos de tu póliza contamos con un Centro de Atención Telefónica (CAT) que está a tu servicio las 24 horas, los 365 días del año, con personal capacitado que podrá proporcionarte los siguientes servicios:

- Referencia de los proveedores médicos que pertenecen a nuestra red, tales como: hospitales, clínicas, médicos especialistas tanto nacionales como internacionales.
- Información sobre trámites y estatus de los mismos.
- Asesoría y orientación sobre la forma en la que operan las coberturas de tu póliza, llenado de formatos y documentación necesaria para la realización de tus trámites.

Para obtener este servicio deberás comunicarte a los teléfonos:

Ciudad de México
53 26 95 00

Del interior del país sin costo al
01 800 906 2100

Desde Estados Unidos de América (E.U.A)/
Canada
1 877 639 4639

Resto del mundo
1 305 459 4880

¡ IMPORTANTE !

- I. Estos teléfonos también podrás encontrarlos al reverso de tu credencial Alfa Medical Flex^{MR}.
- II. Los números telefónicos funcionan las 24 horas los 365 días del año sin excepción alguna.
- III. No olvides tomar nota de los siguientes puntos antes de terminar tu llamada:

- a) Número de reporte de tu llamada
- b) Nombre de la persona que te atendió
- c) Fecha y hora en que realizaste tu llamada

/// IV. URGENCIAS MÉDICAS NACIONALES

1. Llama de la Ciudad de México al 53 26 95 00 ó sin costo de interior de la República 01 800 906 2100
2. Proporciona al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de urgencia y el lugar en donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano para recibir la atención médica.
4. Cuando la estancia sea mayor a 24 horas es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso del asegurado a urgencias, en caso contrario deberás reportarlo tú mismo.
5. Si el hospital pide como requisito que se realice un depósito de admisión hospitalaria para poder asignarte una habitación, este depósito lo deberás realizar tú como asegurado, alguno de tus familiares o cualquier persona que te acompañe.

6. Para el caso en que la estancia sea **menor a 24 horas** los gastos serán presentados mediante reembolso cuando no se cuente con la información necesaria para el dictamen de la urgencia.

7. Para tramitar el pago del siniestro es indispensable que sean llenados los siguientes formatos:

- Informe médico: En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
- Aviso de Accidente y/o Enfermedad
Los cuales podrás obtener directamente de nuestra página web www.mnyl.com o en los módulos de atención de Seguros Monterrey New York Life.

Nota:

Urgencia Médica: Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

V. URGENCIAS MÉDICAS URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

1. Si cuentas con la cobertura de Asistencia en el Extranjero (CAE) y estando fuera del país requieres de asistencia médica inmediata deberás llamar al teléfono:

Del interior del país sin costo al
01 800 906 2100

**Desde Estados Unidos de América (E.U.A)/
Canada**
1 877 639 4639

Resto del mundo
1 305 459 4880

2. Proporciona al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de urgencia y el lugar en donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano en donde podrás recibir la atención médica necesaria, y un número telefónico para poder contactarte en caso de requerir alguna información adicional.
4. Cuando la estancia sea **mayor a 24 horas** es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso del asegurado a urgencias en caso contrario deberás reportarlo tú mismo
5. El reporte previo de la urgencia no implica la autorización del Pago Directo.
6. Si la estancia es **menor a 24 horas** y no se obtuvo la información necesaria para evaluar el caso por alguno de nuestros médicos, los gastos deberán ser presentados mediante **reembolso**.
7. En caso de recibir atención médica en el extranjero, el asegurado deberá solicitar y presentar un informe de su médico tratante en el que se indique la fecha

de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación de ICD y CPT* vigentes. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un informe médico, por cada uno de ellos.

* ICD – Código Internacional de Enfermedades
CPT – Código de Procedimientos y Tratamientos

Nota:

Urgencia Médica: Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

/// VI. ASISTENCIA ALFA MEDICAL

1. Llamar al:
Ciudad de México (5255) 52 50 4116
Fuera del país por cobrar 01 800 713 5076
Sin Costo de los Estados de la República
01 800 906 2100
2. Solicitar el servicio de asistencia necesaria (Para conocer los servicios de asistencia, te recomendamos leer tus condiciones).
3. Proporciona la siguiente información a cualquier operador que tome tu llamada:

- Descripción del problema.
- Lugar donde te encuentras y algún número telefónico en donde podamos contactarte a ti o a tu representante.
- Todos los datos que se te soliciten para localizarte e identificarte como asegurado o dependiente de tu póliza.

/// VII. INGRESO DIRECTO AL HOSPITAL

1. Deberás revisar con anticipación las condiciones de cobertura de tu póliza.
2. A tu llegada a un hospital de red deberás identificarte como asegurado de Seguros Monterrey New York Life mostrando tu credencial Alfa Medical Flex^{MR} junto con una identificación oficial con fotografía.
3. Deberás llamarnos de inmediato para reportar tu ingreso al hospital al teléfono 53 26 95 00 de la Ciudad de México o bien al 01 800 906 2100 sin costo del interior de la República.
4. Cuando se realice tu reporte te proporcionaremos un número de identificación para tu trámite, el cuál será indispensable lo conserves por si se requiere mayor información acerca de tu tratamiento.
5. Este servicio sólo opera si el asegurado o sus dependientes proporcionan a Seguros Monterrey New York Life la información necesaria para determinar la procedencia del evento, en tiempo y forma.

Nota:

- **Para la autorización o procedencia del caso el asegurado o dependientes deberán proporcionar toda la información necesaria a Seguros Monterrey New York Life.**
- **Las cirugías programadas de corta estancia deberán ser tramitadas de acuerdo a lo especificado dentro del procedimiento de cirugía programada, entregando la carta de autorización de la misma.**
- **Este servicio no podrá aplicarse para las urgencias ya que éstas deberán ser tramitadas mediante lo especificado en el procedimiento de urgencias médicas.**

 VIII. CIRUGÍA PROGRAMADA EN TERRITORIO NACIONAL

1. Deberás revisar con anticipación las condiciones de cobertura de tu póliza.
2. Obtener los formatos de Informe Médico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad en nuestras oficinas, en alguno de nuestros módulos o dentro de nuestra página www.mnyl.com.mx
3. Si el tratamiento está amparado, tu médico deberá llenar completamente el Informe Médico. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
4. Tú deberás llenar y firmar el Aviso de Accidente y/o Enfermedad.

5. El tratamiento deberá estar sustentado con los estudios clínicos preoperatorios, de laboratorio o gabinete y la interpretación de los mismos.
6. Elegir el hospital y médico de red para ser atendido además de informar la fecha en que se efectuará el tratamiento.
7. Solicitar a tu médico un presupuesto detallado de los honorarios médicos y/o quirúrgicos del tratamiento. Asimismo deberás presentar la descripción detallada del padecimiento que se va a realizar.
8. Toda la información deberá ser entregada en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life con un mínimo de 5 días hábiles antes de tu tratamiento.
9. La respuesta de tu solicitud de cirugía programada deberás recogerla directamente en donde iniciaste tu trámite de acuerdo al tiempo establecido.
10. Si el trámite es aprobado se te entregará la autorización por escrito, la cual deberás presentar al ingresar al hospital junto con tu credencial Alfa Medical Flex ^{MR} y una identificación oficial e iniciar el procedimiento de ingreso al hospital, descrito en la sección VII de esta misma guía.

Notas:

- **El Formato de Admisión Hospitalaria caduca a los 30 días naturales de ser expedido.**

- Si por alguna razón realizaste el pago por la cirugía o tratamiento médico el trámite deberá presentarse vía reembolso.
- La información de cualquiera de nuestros proveedores puedes consultarla llamando directamente al CAT 53 26 95 00 o lada sin costo al 01 800 906 2100 en donde nuestros operadores te proporcionaran la información de cualquier parte del país que necesites o visitando nuestra página web www.mnyl.com.mx en donde contamos con un directorio interactivo que puede ayudarte.
- Los estudios médicos que cuenten con diagnóstico definitivo y previamente autorizados, podrán ser programados, siguiendo el mismo procedimiento de cirugía programada, mencionado anteriormente.

/// IX. CIRUGÍA PROGRAMADA INTERNACIONAL

1. Sólo aplica si cuentas con la Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero y tu tratamiento está amparado por la póliza.
2. Obtener los formatos de Informe Médico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad en nuestras oficinas, en alguno de nuestros módulos o dentro de nuestra página www.mnyl.com.mx
3. Tu médico deberá llenar completamente el Informe Médico y/o darnos una Historia Clínica. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
4. Tú deberás llenar y firmar el Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
5. El tratamiento deberá estar sustentado con los estudios clínicos preoperatorios, de laboratorio o gabinete y la interpretación de los mismos.
6. Proporcionar nombre del hospital, nombre del médico, ciudad, país en donde te atenderá y la fecha en la que se efectuará el tratamiento o cirugía.
7. Solicitar al médico un presupuesto detallado de los honorarios médicos y/o quirúrgicos del tratamiento. Asimismo deberás presentar la descripción detallada del padecimiento que se va a realizar.
8. Toda la información deberá ser entregada en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life con un mínimo de 10 días hábiles antes de tu tratamiento.
9. La respuesta de tu solicitud de cirugía programada podrás recogerla directamente en donde iniciaste tu trámite de acuerdo al tiempo establecido.
10. Si el trámite es aprobado se te entregará la autorización por escrito, la cual deberás presentar al ingresar al hospital junto con tu credencial Alfa Medical Flex^{MR} y una identificación oficial.

Notas:

- El Formato de Admisión Hospitalaria caduca a los 30 días naturales de ser expedido.
- Si por alguna razón ya realizaste el pago por la cirugía o tratamiento médico el trámite deberá presentarse vía reembolso.
- La información de los proveedores en el extranjero podrás consultarla llamando directamente al CAT 53 26 95 00, lada sin costo al 01 800 906 2100 o al 1 877639 4639 en Estados Unidos de América (E.U.A) en donde nuestros operadores al corroborar que tu póliza tenga territorialidad internacional te proporcionarán la información de cualquier parte del mundo que necesites.
- Los estudios médicos que cuenten con diagnóstico definitivo y previamente autorizados, podrán ser programados, siguiendo el mismo procedimiento de cirugía programada, mencionado anteriormente.

/// X. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA TERRITORIO NACIONAL E INTERNACIONAL

1. Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) 53 26 95 00 ó lada sin costo al 01 800 906 2100.
2. Solicitar una segunda opinión médica nacional o internacional según sea el caso.
3. Nuestro personal del CAT o de cualquiera de los módulos de Seguros Monterrey New York Life te indicarán la documentación que necesitarás para tu trámite:

- ✓ Carta especificando los requerimientos de la **segunda opinión**.
- ✓ Tu médico deberá llenar completamente el formato de **Informe Médico**. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
- ✓ Tú deberás llenar y firmar el formato de **Aviso de Accidente y/o Enfermedad**.
- ✓ Anexar los **estudios clínicos** de laboratorio o gabinete realizados previamente y la interpretación de los mismos. En caso de requerir que se entreguen las radiografías.
- ✓ Y otros estudios, te será indicado por nuestro personal.

Toda la información deberá ser entregada directamente en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life.

4. Una vez revisado tu trámite si es aceptado se coordinará tu atención con algún médico especialista miembro de la red.
- Posteriormente se te notificará vía telefónica: Nombre del médico especialista que realizará la segunda opinión, lugar, fecha y hora en que se efectuará tu cita.

Es indispensable que al momento de tu consulta menciones al médico especialista que vas con la finalidad de recibir una opinión médica y lleses contigo todos los estudios clínicos de laboratorio, gabinete, radiografías y todos los exámenes que te hayan practicado previamente.

5. Si coordinas todo el trámite de acuerdo a lo mencionado anteriormente, el costo de la consulta correrá por cuenta de Seguros Monterrey New York Life.

Si la segunda opinión es en el extranjero deberás reunir toda la información necesaria que se te solicite y cubrir el costo por concepto de transportación, hospedaje y otros gastos.

Nota:

- **En caso de que la segunda opinión sea documental se te informará el resultado.**
- **La segunda opinión médica internacional, sólo aplica si cuentas con la Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero y tu tratamiento está amparado por la póliza.**

/// XI. TRASLADO EN AMBULANCIA TERRITORIO NACIONAL E INTERNACIONAL

1. Llamar al (5255) 52 50 41 16 para la Ciudad de México, para el interior del país al 01 800 906 2100, desde Estados Unidos de América (E.U.A) /Canadá al 1877 639 4639 y resto del mundo 1 305 459 4880
2. Solicitar el servicio de traslado en ambulancia nacional o internacional según sea el caso y la territorialidad de tu póliza. El traslado será siempre al hospital más cercano y adecuado para tu atención. Podrás solicitar este beneficio sin importar que el padecimiento esté o no cubierto por la póliza.
3. Proporcionar la siguiente información a cualquier operador que tome tu llamada:
 - Descripción del problema.

- Lugar donde te encuentras y algún número telefónico en donde podamos contactarte a ti o a tu representante.
- Todos los datos que se te soliciten para localizarte e identificarte como asegurado o dependiente de tu póliza.
- Nombre, domicilio y número de teléfono del médico que habitualmente te atiende a ti o a tu dependiente.

4. Una vez notificada la solicitud se analizará con la información proporcionada la necesidad del traslado en ambulancia para dar una respuesta y determinar el medio más adecuado (ambulancia terrestre, ambulancia aérea o avión de línea comercial).
5. Si tu solicitud es aceptada debes saber que el personal de ambulancias podrá solicitarte, información y acceso a tu historial clínico para conocer tu situación con más detalle.
6. Sólo en caso de encontrarte fuera de tu población de residencia permanente y siempre que sea comprobado a juicio de Seguros Monterrey New York Life que te encontrabas imposibilitado para solicitarnos directamente este servicio, podrás acudir a un tercero para que te proporcione los servicios de ambulancia.

Nota:

- **En caso de hacer uso de ambulancia sin previa notificación, como consecuencia de una urgencia médica, tú, tu dependiente o tu representante deberán de comunicárnoslo a más tardar dentro de las 24 horas siguientes al accidente o enfermedad, al teléfono 53 26 95 00 de la Ciudad de México o bien al 01 800 906 2100 sin costo del interior de la República.**

- Si la solicitud es denegada quedaremos liberados de la obligación de gestionar el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.

/// XII. REEMBOLSO

Todos los gastos que hagas directamente a cualquier proveedor médico y que estén amparados por tu póliza Alfa Medical Flex^{MR} serán reembolsados de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) 53 26 95 00 o lada sin costo al 01 800 906 2100 en donde te podrán indicar la forma en cómo deberás presentar tu trámite.
2. Para cualquier caso deberás contar con los siguientes documentos:
 - Formato de Aviso de Accidente y/o Enfermedad llenado y firmado por ti.
 - Formato de Informe Médico llenado y firmado por el médico tratante. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
 - Historial Médico (antecedentes, diagnóstico, resultados y tratamiento) y, si es posible, un expediente clínico del hospital.
 - Resultado de todos los análisis y estudios realizados con su respectiva interpretación (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética, estudio histopatológico, etc.).
 - Copia fotostática de una identificación oficial (IFE o Pasaporte) del asegurado.
 - Original de todos los comprobantes de pago a nombre del reclamante o bien a nombre del asegurado titular en caso de tratarse de un menor de edad.

- Todos los comprobantes como facturas del hospital con estado de cuenta anexo o comanda, recibos de honorarios médicos con las fechas de cada consulta y nombre del paciente, notas de farmacia con precios unitarios y anexando la receta y estudios deberán cumplir con los requisitos fiscales vigentes indicados en la sección de reembolso.

Nota:

- En caso de cirugía, presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.
- A las facturas de laboratorio y gabinete deberán anexarse los estudios y la interpretación médica correspondiente. Es requisito indispensable entregar radiografías e interpretación médica de rayos X.
- Para los estudios de rehabilitación y enfermería deberás presentar el detalle de turnos y horas otorgados.
- En todos aquellos casos de cirugía en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano será necesario el reporte de histopatología.
- En pagos por reembolso aplica la base de honorarios quirúrgicos de tu póliza y el porcentaje correspondiente del tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos.
- Para los gastos realizados en el extranjero se requiere: Informe de tu médico en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación del ICD y CPT* vigentes.
- En caso de accidente automovilístico, asalto con arma blanca o de fuego o en aquellos casos donde haya habido violencia, se debe entregar copia del acta del ministerio público.

*ICD – Código Internacional de Enfermedades
CPT– Código de Procedimientos y Tratamientos

- Para cualquier aclaración posterior te recomendamos guardar una copia de todos los documentos entregados.

REQUISITOS FISCALES VIGENTES A ENERO DE 2011

/// REEMBOLSO

Facturas y Recibos Impresos

Datos del emisor del comprobante fiscal:

1. Nombre, denominación o razón social de quien expide el comprobante.
2. Domicilio fiscal y en su caso el de la sucursal que expida el comprobante.
3. El Registro Federal de Contribuyentes de quien expide el comprobante. Datos de la impresión del comprobante
 - . Número de folio del comprobante.
5. Fecha de impresión por el impresor autorizado o señalarse expresamente el plazo de vigencia de dos años, contados a partir de su fecha de impresión.
6. La leyenda “La reproducción no autorizada de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales” con letra no menor de tres puntos.
47. Los datos de identificación del impresor (RFC, nombre, domicilio, en su caso teléfono) y fecha de publicación de la autorización, en la página de Internet del SAT, con letra no menor de tres puntos.
8. Deberán contener la leyenda “Número de Aprobación del Sistema de Control de Impresores Autorizados” seguida del número generado por el sistema.

9. Cédula de Registro Federal de Contribuyentes reproducida en tamaño de 2.75 cm de ancho por 5 cm de alto, y con una resolución de 133 líneas/1200 dpi. En el caso de las personas físicas, la cedula podrá contener la CURP.
10. Los comprobantes expedidos por personas físicas con actividad empresarial o profesional (incluyendo honorarios), deberán contener preimpresa la leyenda “EFECTOS FISCALES AL PAGO”.

Datos de la persona a quien se expide el comprobante:

11. Datos del Asegurado o Contratante de la póliza.
 - Otros datos:
12. Fecha de expedición.
13. Cantidad de las mercancías o servicios (en caso de honorarios indicar que son honorarios y el tipo de trabajo realizado).
14. Clase de mercancías o en su caso descripción del servicio (indicar si son honorarios).
15. Valor unitario de las mercancías o servicios consignados en número sin IVA (no aplica en caso de honorarios).
16. Impuesto al Valor Agregado trasladado en forma expresa y por separado, desglosado por tasa de impuesto, en su caso.
17. Importe total consignado en número o en letra.

Nota: En caso de reembolso no hay retención de ISR.

Recibos o Facturas electrónicas

Para los comprobantes electrónicos es indispensable que contenga los siguientes datos:

- I. Contener impreso el nombre, denominación o razón social, domicilio fiscal y clave del registro federal de contribuyentes de quién los expida. Tratándose de contribuyentes que tengan más de un local o establecimiento, deberán señalar en los mismos el domicilio del local o establecimiento en el que se expidan los comprobantes.
- II. Lugar y fecha de expedición.
- III. Clave del registro federal de contribuyentes de emisor.
- IV. Cantidad y clase de mercancías o descripción del servicio que amparen.
- V. Valor unitario consignado en número e importe total consignado en número o letra, así como el monto de los impuestos que en los términos de las disposiciones fiscales deban trasladarse, desglosado por tasa de impuesto, en su caso.

El asegurado o dependiente deberá solicitar los servicios de esta póliza a los siguientes teléfonos:

Las 24 horas del día y los 365 días del año:

En México, D.F.

53 26 95 00

Del Interior de la República

01 800 906 2100

Emergencias Médicas:

En México, D.F.

52 50 41 16

Del Interior de la República

01 800 713 5076

Desde Estados Unidos de América

1 877 639 4639

Servicio de Ambulancia

Traslado por Fallecimiento

Servicios de Asistencia en el

Extranjero y Asistencia Alfa Medical:

52 50 41 16

01 800 713 5076

Catálogo de
Honorarios Médicos
y/o Quirúrgicos



Alfa Medical Flex
Junio 2014

Catálogo de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos

“La información correspondiente al catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos, podrá ser consultada en el portal de cliente www.smnyl.com.mx o en las oficinas de la Institución Aseguradora”.

**Consulta el Directorio de Hospitales y Clínicas en la
página de internet**

www.mnyl.com.mx

o Vía Telefónica al 53 26 95 00 ó al 01800 906 2100