

Condiciones Generales

Beneficio Adicional Eliminación de Copago por Accidente



ÍNDICE

1. Definiciones	3
2. Objeto y descripción del Beneficio Adicional	4
3. Exclusiones del Beneficio Adicional	5
4. Cláusulas Generales	7

1. Definiciones

Son los términos aplicables, de acuerdo con las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en el presente contrato, los siguientes términos:

Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita, violenta, imprevista e involuntaria que produce lesiones corporales al Asegurado y que por su naturaleza causen la muerte al Asegurado o requieren atención médica. Esta atención médica debe ser dentro de los 30 días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Asegurado

Es toda persona indicada en la Carátula de la Póliza que se encuentra cubierto de los riesgos que se describen en cada una de las coberturas especificadas en el presente Contrato.

Carátula de la Póliza

Documento que contiene los datos generales de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de las partes involucradas.

Coberturas

Servicios médicos tendientes a prevenir enfermedades o restaurar la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente Contrato. Las partes han convenido el alcance, límites, así como exclusiones de las coberturas contratadas que estarán indicadas en la Carátula de la Póliza correspondiente, endosos y Condiciones Generales.

Copago

Participación monetaria a cargo del Asegurado sobre los costos procedentes de la atención médica (consulta médica, hospitalización, medicamentos, etc). Esta participación es una cantidad que puede estar dada como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija.

El copago es elegido por el Contratante al momento de la contratación del seguro y el copago para las coberturas se encontrará estipulado en la Carátula de la Póliza.

Padecimientos preexistentes.

Son aquellos padecimientos y/o enfermedades, incluyendo las derivadas de algún accidente, que el asegurado padecía previamente a la celebración del Contrato:

- a) Se haya declarado o diagnosticado 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.
- b) El Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico relacionado con la enfermedad y/o

padecimiento de que se trate.

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

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

En el supuesto de alguna interrupción en la póliza a su rehabilitación le serán aplicables las incidencias, preexistencias, endosos que se tengan desde el origen.

Suma Asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por los padecimientos amparados por este Contrato con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dichos padecimientos ocurran durante la vigencia de esta.

La Suma Asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la Carátula de la Póliza. Para cada evento procedente de cualquier padecimiento o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por todas las enfermedades o accidentes nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en cada renovación para cada Asegurado.

2 Objeto y descripción del Beneficio Adicional

2.1 Objeto del Beneficio Adicional

Eliminar la obligación del Asegurado de pagar el copago cuando presente gastos médicos derivados de un accidente amparado.

2.2 Descripción del Beneficio Adicional

Mediante este beneficio el Asegurado quedará exento de la aportación del copago en caso de que presente una reclamación derivada de un accidente amparado y

siempre que los gastos totales no excedan el monto de la suma asegurada indicada en la cobertura descrita en la Carátula de la Póliza.

Alcance de este beneficio:

Bajo este beneficio se exentará el copago de las siguientes coberturas:

- Consultas de primer contacto.
- Consultas de especialidad
- Servicios de terapia
- Hospitalización
- Urgencia Médica Real
- Ambulancia Terrestre
- Parto, cesárea, atención al recién nacido sano y complicaciones del embarazo
- Servicio de enfermería
- Medicamentos, en caso de contratar esta cobertura opcional.
- Apoyos de diagnóstico, en caso de contratar esta cobertura opcional.
- Prótesis, Endoprótesis y Osteosíntesis, en caso de contratar esta cobertura opcional.
- Cámara Hiperbárica, en caso de contratar esta cobertura opcional.
- Suministro de oxígeno, en caso de contratar esta cobertura opcional.

La atención médica del accidente deberá realizarse dentro de los primeros 30 días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el acontecimiento. **En caso de que la atención se realice en un periodo mayor no se considerará como accidente y no aplicará este beneficio.**

3. Exclusiones del Beneficio Adicional

Este Beneficio Adicional no cubre los gastos derivados de alguno de los puntos mencionados a continuación:

- **Accidentes que se deriven de agravaciones de padecimientos preexistentes a la contratación de la Póliza, o de padecimientos que hayan sido cubiertos o se hayan manifestado en un inicio como enfermedad.**
- **Enfermedades y padecimientos.**
- **Las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.**

- Tratamientos para reponer o restaurar las piezas dentales y cualquier otro tratamiento odontológico.
- Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares, excepto lo específicamente mencionado en las Condiciones Generales de los productos Seguro Individual Integral Access 2025, Seguro Individual Integral Access 2024 y Seguro Individual Integral Access 2023 en el Apartado Periodo de espera de 2 años, de la sección 4. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera.
- Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.
- Aquellas lesiones cuyo primer gasto ocurra posterior a los 30 días naturales de presentado el accidente.
- Accidentes que ocurran cuando el Asegurado esté bajo los efectos del alcohol, drogas, cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.
- Cirugía estética de nariz, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente cubierto.
- Honorarios, tratamientos médicos y quirúrgicos relacionados con procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo, vegetarianos, entre otros) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos.
- Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por problemas en la mandíbula o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes craneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
- Tratamiento o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar que se hubieran prescrito o seguido, y aquellos que, por su naturaleza, se consideran experimentales o de investigación.
- Lesiones producidas en riñas en las cuales el Asegurado sea el provocador; lesiones sufridas como consecuencia de la participación del Asegurado en actos delictivos como sujeto activo del delito; así como las sufridas al prestar servicio militar, naval o policíaco; o en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares, insurrecciones o rebeliones; o a consecuencia de radiaciones atómicas o nucleares de cualquier índole, y epidemias declaradas oficialmente.

4. Clausulas Generales

Las Cláusulas de carácter general aplicables para el presente contrato serán las estipuladas en las Condiciones Generales del producto al que se le adicionará este beneficio.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de diciembre de 2025, con el número BADI-H0702-0007-2025.