

Condiciones Generales Beneficio Adicional Garantía de Conversión



ÍNDICE

1. Definiciones	3
2. Objeto y descripción del Beneficio Adicional	4
3. Exclusiones del Beneficio Adicional	5
4. Cláusulas Generales	6

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 y/o Certificado individual 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.

Certificado Individual

Documento en el cual se establece datos de localización, operación del seguro, número de póliza y Certificado Individual, nombre del Contratante, nombre y fecha de nacimiento de(los) Asegurado(s), fecha de inicio y fin de vigencia de la póliza y del Certificado Individual, así como las sumas aseguradas de las coberturas.

Compañía.

Toda mención en este contrato de la Compañía hace referencia a Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V.

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 en el plazo previsto por la ley.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza correspondiente.

Suma asegurada remanente.

Es el monto de responsabilidad que falta por cubrir por parte de la Póliza colectiva a cargo de la Compañía para el Asegurado, correspondiente a los eventos amparados con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dichos eventos hayan ocurrido durante la vigencia de la Garantía de conversión.

2 Objeto y descripción del Beneficio Adicional

2.1 Objeto del Beneficio Adicional

Mediante este beneficio se adhiere a la Póliza de Salud Colectiva la **Garantía de Conversión**.

En caso de presentarse la separación del Asegurado con la empresa Contratante, este beneficio adicional le otorgará al Asegurado el derecho de contratar una Póliza de Salud Individual con la Compañía.

2.2 Descripción del Beneficio Adicional

Si el Asegurado es dado de baja de la Póliza de Salud Colectiva contratada con la Compañía, **este beneficio cubre en la Póliza de Salud Individual los gastos médicos complementarios de siniestros ocurridos iniciados durante la vigencia de este beneficio contratado en la Póliza Colectiva.**

Para ejercer la Garantía de Conversión es necesario que el Asegurado contrate una Póliza de Salud Individual en la Compañía **dentro de los 30 días naturales posteriores a la separación** de la Colectividad siempre y cuando:

- a) El motivo de la separación de la colectividad del Asegurado deberá ser a causa de la rescisión del contrato de trabajo de manera voluntaria u obligatoria o por baja de dependientes económicos que no cumplan las edades de aceptación de la Colectividad.

- b) La separación de la Colectividad **no deberá ser a consecuencia de un siniestro** que el Asegurado o alguno de sus dependientes económicos haya sufrido.
- c) En la vigencia de la póliza de Salud Colectiva la Compañía haya realizado el pago del siniestro inicial reclamado por el Asegurado.
- d) La Compañía proporcione, a petición del Asegurado, el listado y detalle de los siniestros ocurridos en la Póliza Colectiva durante la vigencia de la Garantía de Conversión.
- e) Los siniestros complementarios sean procedentes de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza de Salud Individual.
- f) Exista suma asegurada remanente disponible para el pago del siniestro complementario.

Suma Asegurada

La Suma Asegurada general para el beneficio de Garantía de Conversión que se considerará para el pago de siniestros complementarios en la Póliza de Salud Individual será la que **resulte menor entre la Suma Asegurada remanente de la Póliza colectiva** y \$1,000,000.00 (un millón de pesos).

La suma asegurada no es reinstalable.

3. Exclusiones del Beneficio Adicional

La **Garantía de Conversión**, en ningún caso cubre los gastos médicos de **Accidentes o Enfermedades** que se originaron por cualquiera de las siguientes causas:

1. **El tratamiento médico o quirúrgico de Padecimientos Preexistentes a la fecha de vigencia de la Garantía de Conversión.**
2. **Los Accidentes o Enfermedades que hayan sido rechazados en la Póliza Colectiva.**
3. **Tratamientos para reponer o restaurar las piezas dentales, así como cualquier otro tratamiento odontológico.**
4. **La compra de anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares (excepto para el tratamiento de corrección de cataratas) y aparatos o implantes auditivos.**
5. **Reposición de prótesis o endoprótesis y órtesis existentes a la fecha de contratación del presente beneficio, o cuya primera colocación no haya sido cubierta por la Compañía.**
6. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o**

intervenciones expresamente excluidas, aún aquellas que sean consideradas como emergencias médicas.

7. No se cubrirán estudios que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio origen a la reclamación precedente.
8. Tratamientos y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, ansiedad o depresión, el Síndrome de Fatiga crónica, trastornos de la conducta o el aprendizaje y cualquier rehabilitación cognoscitiva, que incluye, pero no se limita a: readaptación social, familiar, al medio ambiente.
9. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones que hayan presentado antes de la fecha de contratación de la Garantía de Conversión y no se hayan declarado en la solicitud correspondiente.

4. Clausulas Generales

Las Cláusulas de carácter general aplicables para el presente beneficio adicional 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 24 de marzo de 2026, con el número BADI-H0702-0009-2025.