

Seguro Individual Integral Access 2026



Medi**Access**
Seguros de Salud

ÍNDICE

1. Definiciones	3
2. Objeto del Seguro	14
3. Descripción de las coberturas	14
4. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera	37
5. Exclusiones y Gastos No Cubiertos	38
6. Cláusulas Generales	41
Anexo I - Cartilla Básica de Vacunación	75

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.

Actividades Peligrosas

Cualquier actividad que requiere habilidad o destreza física, con frecuencia de naturaleza competitiva y que expone al participante a un riesgo o peligro inevitable o imprevisible, a pesar de que el peligro o riesgo son con frecuencia predecibles; independientemente de su categoría (amateur o profesional), de manera enunciativa mas no limitativa: aviación deportiva, deportes acuáticos, deportes que involucren el uso o empleo de vehículos automotor, deportes que involucren interacción con animales, automovilismo, salto de bungee, artes marciales mixtas y deportes de contacto.

Agravación del Riesgo.

Situación que se produce cuando en el momento de cobertura del riesgo que se asegura surgen circunstancias que antes del aseguramiento no existían cambiando así su naturaleza desde el punto de vista asegurador, extendiendo la peligrosidad por encima de los niveles que había cuando se estipuló la Prima y el Contrato.

Antigüedad.

Tiempo ininterrumpido y en forma

continua durante el cual ha estado asegurada una persona en una póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud emitida por esta u otra Compañía de Seguros.

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.

Asegurado (Titular).

Es la persona determinada por el Contratante que en adición a este puede solicitar modificaciones y/o ajustes al presente Contrato y que podrá extender la cobertura del Contrato de Seguro a su cónyuge, concubino(a), hijos, y hasta familiares de tercer grado, siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación que la Compañía establezca y sus nombres aparezcan en la Carátula de la Póliza correspondiente.

Carátula de la Póliza.

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

Cirugía Robótica.

Procedimiento quirúrgico realizado a través de un brazo robótico con tecnología que facilita la interacción entre el cirujano y el paciente, incorporado a un ambiente virtual manejando una consola conectada a un sistema, controlando de manera remota los instrumentos que llevan a cabo el procedimiento quirúrgico.

Culpa grave.

Es el grado más amplio de negligencia o de falta de cuidado y/o de diligencia en el



cumplimiento de las obligaciones. En ella, el Asegurado omite las precauciones más elementales dejando de prever lo que la mayoría de las personas tendrían previsto.

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.

Compañía.

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

Complicaciones del embarazo.

Son aquellas condiciones o procesos patológicos asociados con el embarazo. Los únicos eventos considerados como complicaciones del embarazo y que se encuentran cubiertos, están desglosados en el apartado Descripción de Coberturas.

Concubino(a).

Persona que vive en concubinato con el Asegurado Titular, de conformidad con los requisitos y/o periodo que prevea la Legislación Civil que resulte aplicable.

Contratante.

Persona física o moral que solicitó a la Compañía la celebración del Contrato para sí y/o para terceras personas y que es el responsable del pago de la Prima ante la Compañía.

Contrato de Seguro.

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el

Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes involucradas. Todos los documentos mencionados a continuación constituyen prueba de la celebración del Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro está constituido por:

- a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la Solicitud del Seguro y cuestionarios anexos.
- b) La Carátula de la Póliza, que contiene:
 1. Firma del representante legal de la Compañía.
 2. Nombre y domicilio del Contratante y Asegurado (titular).
 3. La designación de las personas aseguradas.
 4. Fecha de inicio y fin de la vigencia.
 5. El monto de copagos contratados.
 6. Coberturas contratadas.
 7. Prima del seguro.
 8. Suma Asegurada o límite de cobertura.
 9. Tipo de plan.
- c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente sus términos y características, así como las obligaciones y derechos que cada parte tiene, de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por



las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del Contrato.

- e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.
- f) Toda modificación realizada por el Asegurado en cualquiera de los documentos que sean parte del Contrato se tendrá por no puesto.

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.

El Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que se derive de los copagos previstos en estas condiciones generales quedarán a cargo del Asegurado.

Cuando el Asegurado se atienda en un nivel hospitalario diferente al contratado, se presenta a continuación los montos a pagar por concepto de copago de hospitalización por parte del Asegurado:

Monto de Copago a Pagar		Nivel Hospitalario utilizado		
		Oro	Plata	Bronce
Nivel Hospitalario Contratado	Oro	Copago Contratado	Copago Contratado menos \$2,000 pesos	Copago Contratado menos \$3,000 pesos
	Plata	**	Copago Contratado	Copago Contratado menos \$1,000 pesos
	Bronce	**	**	Copago Contratado

** En estos casos se dictaminará con base en lo indicado en el apartado “Atención fuera de red” descrito en las presentes Condiciones Generales.

Estos montos pueden variar, preservando la diferencia en monto entre cada uno de los niveles hospitalarios.

Lo anterior únicamente aplica para los copagos establecidos en las siguientes coberturas:

- Hospitalización.
- Trasplante de Órganos.
- Parto y/o Cesárea, Atención al Recién Nacido Sano y Complicaciones del Embarazo.

Deporte extremo

Toda aquella actividad física que implique una real o aparente peligrosidad y a un alto nivel de riesgo por las condiciones de dificultad, velocidad, altura o esfuerzo físico que se requieran experiencias al límite para su ejecución, independientemente de su categoría (habitual, excepcionalmente o profesional), de manera enunciativa más no limitativa: ala delta y similares, exploración de barrancos, bungee o caída libre, carreras de supervivencia, ciclismo de montaña, descenso en ríos o rafting hydrospeed escalada integral, paracaidismo, salto base, ski extremo, snowboard extremo, submarinismo a pulmón libre, triatlón extremo u otras actividades deportivas igualmente



peligrosas.

Deporte profesional.

Deporte o actividad deportiva que genera una remuneración económica.

Diagnóstico.

Identificación de una enfermedad por sus signos o síntomas que realiza un médico profesionalista legalmente autorizado, pudiendo apoyarse de procedimientos de creación de imágenes y resultados de estudios de laboratorio.

Endoprótesis.

Clasificación de prótesis, que hace referencia a una pieza metálica, implante, tejido o cualquier otro material que se inserta en el interior del organismo y que está destinada a reemplazar de forma permanente o temporal un hueso y/o matriz ósea, articulación o cualquier otra parte del organismo para mejorar y/o restablecer la función del órgano afectado. Por ejemplo: lente intraocular, clavos de kirschner, prótesis de cadera, prótesis de hombro, entre otros.

Endoso.

Documento que forma parte del Contrato de Seguro, modificando y/o adicionando las Condiciones Generales del mismo y que se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

Enfermedad o Padecimiento Cubierto.

Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la vigencia de la póliza, que cuente con un diagnóstico definitivo declarado por un médico legalmente autorizado y que amerite

tratamiento médico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como de su tratamiento médico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o secuelas se considerarán como una misma enfermedad.

No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Error de diagnóstico.

Se entiende por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente con la Red de Prestadores de Servicios y, por falta de un diagnóstico acertado, haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red de Prestadores de Servicios.

Evento.

Se entenderá por evento a un accidente, enfermedad o padecimiento cubierto.

Exclusiones.

Son los eventos, enfermedades, padecimientos o accidentes no cubiertos por el presente Contrato.

Extraprima

Recargo aplicable a la prima por concepto de agravación del riesgo cubierto, o por factores de riesgo adicionales tales como estado de salud u ocupación del Asegurado.

Fecha de antigüedad.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha sido cubierto de forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos



Médicos Mayores o de Salud de esta Compañía u otra. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Asegurado decide contratar nuevamente en el futuro una nueva póliza, la nueva fecha de alta será considerada como fecha de antigüedad. Lo anterior sin perjuicio de lo señalado en la Cláusula de Rehabilitación de estas Condiciones Generales.

El periodo mínimo para otorgar el beneficio de Reconocimiento de Antigüedad será de un (1) año.

Fecha de inicio de vigencia.

Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor, que corresponde a las 00:00 horas del día estipulado en la Carátula de la Póliza. Para altas de asegurados posteriores al inicio de vigencia de la póliza, se refiere al inicio de vigencia del endoso para el Asegurado en cuestión.

Fecha de término de vigencia.

Fecha en la cual concluye la protección del Contrato de Seguro, que corresponde a las 24:00 horas del día estipulado en la Carátula de la Póliza. Para bajas de asegurados durante la vigencia de la póliza, se refiere a la fecha de inicio de vigencia del endoso de baja.

Fisioterapia.

Método curativo de algunas enfermedades y lesiones físicas mediante la aplicación de terapias a base de ejercicios, ultrasonido, corrientes interferenciales, láser terapia, mecanoterapia, terapia con calor y gimnasio.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA).

Para los efectos de la cobertura de este Contrato, se entiende como tal, los honorarios que usualmente cobra el médico tratante, hospital o cualquier otro recurso

médico de la Red de Prestadores de Servicios con base en los tabuladores que la Compañía tiene con ellos establecidos.

Los tabuladores mencionados anteriormente los podrás consultar comunicándote a través de nuestro Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo).

Honorarios médicos.

Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los asegurados.

Hospital, Clínica o sanatorio.

Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de pacientes enfermos y/o accidentados y que cuenta con la autorización por parte de la autoridad sanitaria correspondiente.

Hospitalización.

Es la estancia continua en un hospital, clínica o sanatorio mayor de 24 horas, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para el padecimiento. Dicha estancia inicia a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno y concluye con el alta que otorgue el médico tratante, o con la carta responsiva que firme el Asegurado o los familiares que, en tal caso, serán los responsables del Asegurado una vez egresado del hospital, concluyéndose así la responsabilidad de la Compañía para ese evento hospitalario.

Inhaloterapia.

Sesiones de aspiración de aire o vapor, especialmente con medicamentos que apoyan a las diversas especialidades médicas para el tratamiento de padecimientos que afecten directa o indirectamente



la función del aparato respiratorio.

Madre biológica.

Mujer capaz de dar origen a un ser vivo a través de la gestación de un óvulo fecundado en su útero.

En caso de maternidad subrogada, se considera como madre biológica a la mujer que posee una imposibilidad permanente o contraindicación médica para llevar a cabo la gestación en su útero, aportando sus óvulos para la fecundación, con la finalidad de que éstos sean implantados en el útero de la mujer gestante.

Maternidad subrogada.

Práctica médica de reproducción asistida consistente en la transferencia de embriones humanos en una mujer gestante, producto de la unión de un óvulo y un espermatozoide fecundados, y que concluye con la terminación del embarazo, independientemente de la causa de su terminación.

Material de osteosíntesis.

Prótesis conformada por elementos que se pueden utilizar quirúrgicamente para unir y/o para fijar fragmentos de hueso. Por ejemplo: varillas de metal, tornillos, clavos, placas, entre otros.

Medicamento.

Toda sustancia activa o combinación de sustancias con efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio que puedan ser usados y/o administrados en seres humanos; se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica por sus características físicas, químicas o biológicas y cuente con un registro sanitario dentro del país.

Para medicamentos extrahospitalarios estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado tenga contratada la Cobertura

Opcional de Medicamentos en su póliza.

Medicamentos de alto costo.

Son los medicamentos que sean necesarios para la atención de cualquier padecimiento cubierto por esta póliza, cuyo costo por tratamiento y por vigencia exceda de un millón de pesos para un Asegurado. Sujeto a contratar la Cobertura Opcional de Medicamentos en su póliza y la aportación del copago contratado.

Medicamento genérico.

Se le conoce a la especialidad farmacéutica con el mismo fármaco o sustancia activa y forma farmacéutica, con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y que mediante las pruebas reglamentarias requeridas, ha comprobado que sus especificaciones farmacopéicas, perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalentes a las del medicamento de referencia. Sujeto a contratar la Cobertura Opcional de Medicamentos en su póliza y la aportación del copago contratado.

Medicina preventiva.

Se refiere a las prácticas médicas que están diseñadas para prevenir y evitar una enfermedad o padecimiento, como puede ser, detectar anticipadamente padecimientos o enfermedades que por su evolución provocan un alto grado de alteraciones físicas que ocasionan discapacidad o incluso la muerte de las personas que los padecen.

Médico.

Es la persona que ejerce la medicina, titulado y con cédula profesional, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión en la República Mexicana, puede ser médico general o médico especialista, en este caso deberá tener el



certificado por el consejo de la especialidad correspondiente en la República Mexicana.

El médico tratante no puede ser el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

Solo en caso de eventos en el extranjero se podrá presentar información médica del país donde sufrió el evento.

Médico de primer contacto.

Es aquel profesional de la medicina, titulado y legalmente autorizado para ejercer la medicina en la República Mexicana y que pertenece a la Red de Prestadores de Servicios con los que puede acudir directamente el Asegurado para la atención de cualquier enfermedad y/o accidente cubierto por el presente Contrato y que define si es necesario que el Asegurado sea atendido en Servicios Médicos Especializados.

Los médicos que se consideran de primer contacto son:

- Medicina General.
- Medicina Familiar.
- Medicina Interna.
- Pediatría.
- Ginecología y Obstetricia.
- Oftalmología.

Mujer gestante.

En caso de maternidad subrogada, se considera como mujer gestante a aquella mujer que se obliga, sin fines de lucro, a llevar a cabo la gestación del embrión y posteriormente del feto y cuya obligación concluye con la terminación del embarazo, independientemente de la causa de su terminación.

Órtesis.

Es aquel dispositivo ortopédico externo destinado a corregir, aliviar, sustituir y/o complementar una función músculo-esquelético. Por ejemplo: bastones, muletas, férulas de fibra de vidrio, collarines, sillas de ruedas no motorizadas, andaderas, entre otros.

Padecimientos congénitos.

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el periodo de gestación, independientemente del momento de la vida en que se hagan evidentes.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones y/o padecimientos congénitos serán consideradas como un solo evento.

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.

Pago Directo.

Beneficio mediante el cual la Compañía coordina y paga directamente al prestador de servicios, perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios y con el cual se ha celebrado un convenio, por el concepto de la atención médica a los Asegurados que presenten Enfermedades o Accidentes cubiertos por el presente Contrato.

Periodo al descubierto.

Tiempo durante el cual la póliza no está vigente ni pagada. Empieza el día siguiente de haber terminado el periodo de gracia para el pago correspondiente y termina al momento de recibir el pago completo de la prima o la fracción pendiente de pago, según las cláusulas del presente Contrato.

No se pagarán las reclamaciones iniciales y/o complementarias por eventos ocurridos durante ese periodo.

Periodo de espera.

Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de la cobertura de la póliza para cada uno de los asegurados de esta, con la finalidad de que los padecimientos mencionados explícitamente en el apartado Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera puedan ser cubiertos por la Compañía siempre y cuando la aparición de los primeros síntomas, manifestaciones y/o el diagnóstico no se presenten dentro de dicho periodo.

De lo contrario se considerarán como padecimientos preexistentes de acuerdo con la definición de estos, misma que se encuentra en este apartado de definiciones.

Periodo de gracia.

A partir de la vigencia señalada en la carátula de la póliza de la prima el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

Para el caso de pagos fraccionados de



esta en caso de pago de parcialidades el Contratante dispondrá de 30 días naturales al inicio de cada periodo para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

Personal de enfermería.

Personas que ejercen la enfermería con título y legalmente autorizadas para la práctica de su profesión en la República Mexicana.

Prima.

Es el costo por el presente Contrato a cargo del Contratante, correspondiente a cada uno de los Asegurados de acuerdo con su ocupación, sexo y edad en la fecha de inicio de vigencia estipulada en la Carátula de la Póliza. Se aplicarán las tarifas que estén en vigor precisamente en esa fecha para las condiciones contratadas. La prima vence en el momento de la celebración del Contrato. Se entenderán recibidas por la Compañía las primas pagadas contra recibo oficial expedido por ésta.

Prótesis.

Son aquellos aparatos, implantes o tejidos utilizados para reemplazar, de forma parcial o total, interna o externa, así como acción motora o sensorial de la función de un órgano o del sistema músculo-esquelético. Por ejemplo: prótesis mamaria, prótesis testicular, prótesis ocular, entre otros.

Red de Prestadores de Servicios.

Es el conjunto de proveedores de servicios médicos especializados, hospitales, laboratorios, farmacias y casas de ortopedia, entre otros que ponen a su

disposición para que el Asegurado pueda elegir el que mejor le convenga, a fin de obtener los servicios, con el objetivo de atender las necesidades de salud de los Asegurados, de acuerdo al plan contratado y que se indica en la Carátula de la Póliza, también se podrá revisar en la página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”.

La Compañía se reserva el derecho de actualizar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios (el Suplemento). La Compañía informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de hospitales de la Red de Prestadores de Servicios, al correo electrónico señalado por el Contratante en la solicitud.

Estas modificaciones también se realizan de forma inmediata en el Suplemento que pueden consultar en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx, donde podrá consultar estas actualizaciones en el apartado “Conozca nuestra red de proveedores”.

Adicionalmente los Asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo) o si lo prefieren revisar dentro de la página www.segurosmediaccess.com.mx los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, ya que ésta será actualizada continuamente.

Reembolso.

Es la restitución de gastos procedentes que no fueron cubiertos mediante pago directo, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una



enfermedad, padecimiento o accidente. La Compañía reintegrará al Asegurado la suma que resulte después de aplicar el copago y penalizaciones correspondientes, ajustándose a los límites y condiciones del presente Contrato.

Reproducción asistida.

Proceso que permite la fertilización mediante cualquier técnica que incluya la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, incluyendo la maternidad subrogada.

Signo.

Se dice de cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una valoración médica.

Síntoma.

Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Solicitud.

Documento que comprende la voluntad del Contratante para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la póliza.

La entrega de la solicitud del seguro no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por parte de la Compañía, ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de dicha solicitud.

Suma Asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad a cargo de la Compañía para cada uno de los Asegurados, por los padecimientos y/o accidentes amparados por este Contrato con base en las coberturas

contratadas, siempre y cuando dichos padecimientos y/o accidentes 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.

Suplemento.

Suplemento es el listado de hospitales, farmacias, laboratorios y demás red de prestadores de servicios de la Red Médica, de las que puede elegir el Asegurado para sus servicios. Dicho listado se puede conocer de las siguientes maneras: ingresando a la siguiente página electrónica www.segurosmediaccess.com.mx, en el apartado "Conozca nuestra red de proveedores", comunicándose al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo) o lo podrás encontrar como un anexo en el Folleto Explicativo que te entreguen.

Tratamiento médico.

Es el conjunto de prescripciones, acciones o intervenciones destinadas a promover, proteger y restaurar la salud del Asegurado, a causa de una enfermedad o accidente amparado por el presente Contrato.



Las actividades de atención médica son las siguientes:

- a) Preventivas: Son aquellas que incluyen las de promoción general y las de protección específica a la salud.
- b) Curativas: Son aquellas que, derivadas de un diagnóstico, proporcionan un tratamiento oportuno ante una enfermedad.
- c) De rehabilitación: Son aquellas acciones tendientes para lograr el restablecimiento de las funciones de algún órgano o parte del cuerpo.

UMA

Es la Unidad de Medida y Actualización que se utiliza como unidad de cuenta, índice, base, medida o referencia para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de dichas leyes.

El valor actualizado de la UMA se calculará y determinará anualmente por el INEGI, de conformidad con el siguiente método:

- I. El valor diario se determinará multiplicando el valor diario de la UMA del año inmediato anterior por el resultado de la suma de uno más la variación interanual del Índice Nacional de Precios al Consumidor del mes de diciembre del año inmediato anterior.
- II. El valor mensual será el producto de multiplicar el valor diario de la UMA por 30.4.

- III. El valor anual será el producto de multiplicar el valor mensual de la UMA por 12.

Urgencia médica real.

Alteración órgano-funcional que se presenta de manera imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado y que ponen en peligro su vida, la funcionalidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y por lo cual requiera de atención médica inmediata, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta por la Póliza.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará automáticamente la urgencia médica.

Urgencia médica sentida.

Es todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado que el paciente percibe o siente que amenaza su vida. Por su naturaleza, por lo general no es grave y puede ser atendido mediante consulta externa.

Vida de la Póliza.

Es el periodo comprendido entre la fecha de inicio de la primera vigencia en MediAccess hasta la fecha de término de la última vigencia, en la medida que la póliza se haya renovado.

Vigencia.

Periodo de validez del Contrato de Seguro que se indica en la Carátula de la Póliza. La temporalidad del presente Contrato será de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia estipulada en la Carátula de la Póliza. La temporalidad del presente Contrato podrá ser menor a un año en caso de ser pactado previamente entre el Contratante y la Compañía.



2. Objeto del Seguro

A través del seguro que adquiere el Contratante, la Compañía se compromete a otorgar al asegurado la atención médica tendiente a prevenir y/o restaurar su salud, en los términos estipulados en el presente Contrato y de acuerdo con lo establecido en la Carátula de la Póliza. La finalidad de estas Condiciones Generales es establecer la forma de operación y las obligaciones de la Compañía, el Contratante y el Asegurado.

3. Descripción de las Coberturas

Coberturas Básicas.

Medicina Preventiva.

La Medicina Preventiva que la Compañía ofrece tiene un enfoque de Salud Pública basado en los niveles de prevención primaria, buscando, evitar la presentación de la enfermedad.

1) Programa de Atención al Niño. A través de Pediatra.

De 0 a 15 años.

- a) Aplicación de vacunas establecidas en las Condiciones Generales.
- b) Consulta para control de niño sano (talla, peso, desarrollo psicomotor).

2) Programa de Atención a la Mujer. A través del Gineco-Obstetra.

De 15 a 40 años.

- a) Controles de natalidad.
 - Consulta para explicar los controles de la natalidad.
 - Selección y prescripción de

métodos anticonceptivos.

1. Se cubren las consultas para aplicación de métodos anticonceptivos mecánicos.
2. **Se excluyen los tratamientos de anticoncepción y los métodos mecánicos de anticoncepción.**

- b) Control prenatal.
 - Laboratorio para el diagnóstico del embarazo.
 - Grupo y RH sanguíneo más VDRL al inicio del embarazo.
 - Biometría Hemática, Química Sanguínea de 5 elementos y Examen General de Orina trimestral.
 - Ultrasonido obstétrico trimestral.
 - Ultrasonido tridimensional sólo una vez, en caso de sospecha de malformación congénita.
- c) Detección oportuna de cáncer cervicouterino.
 - Exploración ginecológica y toma de Papanicolau una vez al año, incluso después de los 40 años.

A partir de 40 años.

- a) Detección oportuna de cáncer mamario.
 - Técnica de Autoexploración de mamas.
 - Mastografía una vez al año.
 - Ultrasonido de mamas, siempre y cuando haya datos sospechosos en la mastografía.

3) Programa de Atención al Hombre A partir de 40 años.

- a) Detección oportuna de cáncer de próstata.
 - Antígeno Prostático específico, una vez al año.



**4) Programa de Atención al Adulto.
A través de Médico General.
A partir de 45 años Hombre y 55 años
Mujeres.**

- a) Detección de riesgo coronario.
 - Química sanguínea de 5 elementos, una vez al año.
- b) Detección oportuna de hipertensión arterial.
 - Toma de presión arterial en consulta.
- c) Detección oportuna de diabetes mellitus.
 - Glucosa en sangre una vez al año.

**A partir de 60 años Hombres y mujeres
postmenopáusicas.**

- a) Detección de osteoporosis.
 - Densitometría ósea, cada dos años.

Consulta de Primer Contacto.

Es la atención que proporciona cualquier médico de Primer Contacto de la Red de Prestadores de Servicios, a través de la cual se pretende detectar y tratar oportunamente cualquier alteración de la salud y, en caso de ser necesario, referir al especialista adecuado.

Primer contacto incluye:

- Medicina General.
- Medicina Familiar.
- Medicina Interna.
- Pediatría.
- Ginecología y Obstetricia.
- Oftalmología.

Alcance de la cobertura:

Bajo esta cobertura se encuentra amparado el servicio de consultas médicas de primer contacto, bajo los siguientes términos:

- El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, de acuerdo con el servicio que requiera.
- Honorarios por consulta y procedimientos dentro de consultorio, cubriendo por cada evento el copago indicado en la Carátula de la Póliza.
- Los medicamentos y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos y realizados durante la consulta, deberán cubrirse con el copago correspondiente indicado en la Carátula de la Póliza cuando estas coberturas se encuentren contratadas.

En caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos y/o apoyos de diagnóstico, el costo total correrá por cuenta del Asegurado.

Los beneficios serán cubiertos después de satisfacer el monto de copago contratado al prestador del servicio; el copago se aplicará para cada servicio o atención médica.

- Si durante la consulta, se llevara a cabo algún estudio como apoyo de diagnóstico, se deberá pagar el copago correspondiente a la cobertura Apoyos de Diagnóstico, siempre y cuando esta cobertura se encuentre contratada. En caso de no tener contratada esta cobertura, el costo total correrá por cuenta del Asegurado.
- Los procedimientos que el médico de la Red de Prestadores de Servicios realice dentro del consultorio como aplicación de vendaje, toma de muestras, aplicación de vacunas, estarán



incluidas dentro del copago de consultas.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, se aplicarán los términos de la cobertura Atención fuera de Red.

Consulta de Especialidad (Segundo Contacto).

El Asegurado será canalizado por el médico de primer contacto por medio del formato correspondiente, a uno de segundo contacto o de especialidad, dentro de la Red de Prestadores de Servicios; en caso de presentar padecimientos y/o accidentes cuya naturaleza requiera atención especializada de acuerdo con lo siguiente:

Se encontrarán cubiertas las consultas de todas las especialidades médicas que requiera el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto mediante la presente póliza y que no se encuentre expresamente excluido de la misma.

Alcance de la cobertura:

- El Asegurado podrá elegir al médico con quien desea acudir dentro de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía acorde a la especialidad que le fuera remitido.
- Honorarios médicos por consulta y procedimientos dentro de consultorio, cubriendo por cada evento el copago indicado en la Carátula de la Póliza.
- Quedan cubiertos los medicamentos y/o apoyos de diagnóstico derivados de los procedimientos requeridos y realizados durante la consulta, deberán cubrirse con el copago

correspondiente indicado en la Carátula de la Póliza, siempre que sean derivados de la consulta y se hayan contratado dichas coberturas.

En caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos y/o apoyos de diagnóstico, el costo total correrá por cuenta del Asegurado.

- Los procedimientos que el médico de la Red de Prestadores de Servicios realice dentro del consultorio como aplicación de vendaje, toma de muestras, aplicación de vacunas, estarán incluidas dentro del copago de consultas.

En caso de generar gastos relacionados con esta cobertura con proveedores fuera de la Red de Prestadores de Servicios de la Compañía, se aplicarán los términos de la cobertura Atención fuera de Red.

Exclusión particular de la cobertura:

1. **No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un médico de primer contacto de la Red de Prestadores de Servicios.**

Servicios de Terapia.

La Compañía cubre las inhaloterapias, terapias físicas y/o fisioterapias cuando el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos así lo requiera y haya sido prescrita por el Médico Tratante. Solo se cubren hasta 30 sesiones de terapia de rehabilitación durante un año póliza. Este periodo se podrá extender por 30 sesiones más, siempre y cuando se encuentre medicamento justificado, y sea autorizado y programado por la Compañía.

Exclusión particular de la cobertura:



1. No se cubren terapias de delfinoterapia, equinoterapia y/o natación.

Consultas con Homeópatas y Quiroprácticos.

Quedan cubiertas vía reembolso las consultas con Homeópatas proporcionadas por personas con cédula profesional que los acredite como médicos autorizados para realizar dichas consultas o bien, consultas con quiroprácticos vía reembolso que sean indicadas por un médico con cédula profesional como parte del tratamiento médico en un accidente o enfermedad cubierta por esta póliza. Estas consultas serán cubiertas hasta el Gasto Usual y Acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos de la Compañía.

Para esta cobertura opera el copago contratado para la cobertura de consultas de primer contacto.

Exclusión particular de la cobertura:

- 1. No está cubierto ningún gasto adicional a la consulta del médico homeópata o quiropráctico.**
- 2. No se cubren medicamentos y/o estudios prescritos por el médico homeópata o quiropráctico.**

Urgencia Médica Real.

Los servicios correspondientes a la atención en caso de urgencia médica real serán otorgados dentro de la Red de Prestadores de Servicios con cualquiera de los prestadores de servicios que correspondan, dependiendo de la naturaleza de la urgencia y en caso de acudir a un hospital deberán ser atendidos por los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos con los hospitales integrantes de la Red de Prestadores de Servicios, de

conformidad con las definiciones del presente Contrato. Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza.

Alcance de la cobertura:

- Honorarios médicos y gastos generados por la atención de la urgencia médica real.
- En caso de que se requiera órtesis, prótesis y/o endoprótesis, éstas se cubrirán siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura opcional de Prótesis, endoprótesis y osteosíntesis; en caso contrario el costo queda a cargo del Asegurado.
- La urgencia médica real y los efectos de esta cobertura se terminan cuando se estabiliza y se controla la condición patológica del Asegurado al expedirse el alta del servicio de urgencia por el médico tratante, o bien, al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado.
- En caso de que la urgencia médica real derive en una hospitalización se aplicarán las condiciones de la cobertura de Hospitalización.
- Cualquier consulta y/o tratamiento posterior al expedirse el alta del servicio de urgencia, deberá ser atendido por médicos de la Red de Prestadores de Servicios.
- Si se presenta una urgencia médica real relacionada con el embarazo, de conformidad con las definiciones del presente Contrato y/o recién nacido Asegurado en la póliza, se aplicará el copago de la cobertura de urgencias. En caso de que el diagnóstico no



corresponda a las complicaciones del embarazo enunciadas en la cobertura correspondiente, se aplicará la cobertura de Parto y/o Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano.

- En todos los casos en que la atención por este concepto se brinde con algún prestador fuera de la Red de Prestadores de Servicios, el pago de los gastos erogados por esta cobertura quedará a cargo del Asegurado. Previa valoración por parte de la Compañía del informe médico que compruebe la urgencia médica real, le será reembolsado el monto procede con un tope máximo de los montos límites por servicio de la cobertura de urgencia médica real especificados en la Carátula de la Póliza, descontando el copago de la cobertura de que se trate, de acuerdo con lo establecido en la cobertura Atención fuera de red.

En caso de que no se trate de una urgencia médica real, el copago será el correspondiente a cada uno de los rubros de la factura; ya sea consulta, medicamentos o auxiliares de diagnóstico; aún y cuando la atención se realice en el área de urgencias de un hospital.

Ambulancia Terrestre (Con o Sin Unidad de Terapia Intensiva).

Se cubre el traslado terrestre (por urgencia médica real o programado) del Asegurado del domicilio o ubicación del Asegurado hacia el hospital, centro de diagnóstico o tratamiento y viceversa, hasta una distancia de 100 km a la redonda. Este servicio deberá ser coordinado y autorizado por la Compañía. La unidad de terapia intensiva será enviada por el médico especialista en urgencias al serle reportados los síntomas presentados por el

Asegurado.

Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza.

Para esta cobertura no opera límite en el número de eventos, siempre y cuando se deriven de alguna enfermedad o accidente cubierto.

Exclusión particular de la cobertura:

1. **No se cubre el traslado de pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátrico-agresivas, ebrios, drogados o bajo el efecto de alguna sustancia psicoactivas que altere o enajene el estado mental del Asegurado.**

Hospitalización.

El Asegurado cuenta con servicio de hospital para corta y larga estancia, así como para la atención de urgencias médicas reales por accidente o enfermedad cubiertos por la presente póliza. Todas las hospitalizaciones deberán ser programadas y previamente autorizadas por la Compañía, a excepción de las remitidas por urgencias médicas reales. Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza de acuerdo con el plan contratado y al hospital en el que se reciba la atención.

Alcance de la cobertura:

- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas realizadas por prescripción del médico tratante, relacionadas con el padecimiento que motivó el ingreso.
- Servicios y honorarios correspondientes a médicos, ayudantía y anestesia que a juicio del médico tratante



sean requeridos.

- Gastos generados durante la hospitalización.
- Derecho a quirófano, sala de terapia intensiva e intermedia y de recuperación.
- Aquellos estudios que no sean considerados urgentes se puedan programar. (Endoscopias, ecocardiogramas, etc.) Medicamentos que se requieran mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- Estancia en cuarto privado estándar.
- Cama extra para acompañante durante la estancia del Asegurado en el hospital, previa autorización de la Compañía.
- Alimentos del Asegurado durante la estancia, incluyendo alimentación parenteral siempre y cuando esta sea prescrita por el médico tratante.
- Otros apoyos que indique el médico tratante siempre y cuando guarden relación con el diagnóstico.
- Gastos quirúrgicos por la colocación de las Prótesis quirúrgicas y/o endoprótesis.
- Las prótesis o endoprótesis, estarán cubiertas siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura opcional de Prótesis, endoprótesis y osteosíntesis; en caso contrario el costo queda a cargo del Asegurado.
- Gastos quirúrgicos por la colocación del material de osteosíntesis.
- El material de osteosíntesis está cubierto siempre y cuando estén contratadas de acuerdo con las condiciones de la cobertura opcional de prótesis, endoprótesis y osteosíntesis; en caso contrario el costo queda a cargo del Asegurado.
- Hemodiálisis:
 - Para recibir este tratamiento dentro del hospital se debe cubrir el copago por hospitalización más un copago igual por cada 30 días naturales, sin importar el número de sesiones que sean requeridas durante ese periodo. Los medicamentos requeridos dentro del hospital para tal tratamiento ya se encuentran incluidos bajo el copago mencionado.
 - Para recibir este tratamiento en una clínica, centro o unidad especializada de hemodiálisis se debe cubrir solamente el copago indicado para hospitalización por cada 30 días naturales, sin importar el número de sesiones que sean requeridas durante ese periodo. Los medicamentos requeridos dentro de la clínica, centro o unidad especializada para tal tratamiento ya se encuentran incluidos bajo el copago mencionado.
- Quimioterapia y/o radioterapia:
 - Para recibir estos tratamientos dentro del hospital se debe cubrir el copago por hospitalización más un copago igual por cada 30 días naturales, sin importar el número de sesiones que sean requeridas durante ese periodo. Los medicamentos requeridos dentro del hospital para tales tratamientos ya se encuentran incluidos bajo el copago mencionado.
 - Para recibir estos tratamientos en



una clínica, centro o unidad especializada de quimioterapia y/o radioterapia se debe cubrir solamente el copago indicado para hospitalización por cada 30 días naturales, sin importar el número de sesiones que sean requeridas durante ese periodo. Los medicamentos requeridos dentro de la clínica, centro o unidad especializada para tales tratamientos ya se encuentran incluidos bajo el copago mencionado.

- Hospitalizaciones derivadas de complicaciones del embarazo, de conformidad con lo especificado en la cobertura de *Complicaciones del Embarazo* del presente Contrato, y/o del recién nacido Asegurado en la póliza.
- Los efectos de esta cobertura cesan al expedirse el alta hospitalaria por el médico tratante o bien al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado.
- Cualquier consulta y/o tratamiento posterior a lo anteriormente mencionado, no formará parte de este beneficio y el Asegurado deberá ser atendido por médicos de la Red de Prestadores de Servicios.
- Las complicaciones del embarazo distintas a las definidas en la cobertura de *Complicaciones del Embarazo* se cubrirán de acuerdo con las condiciones de la cobertura de Parto y/o Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano, siempre y cuando no se encuentren excluidas.
- Procedimientos de corta estancia, se cubren todos los tratamientos Médico-Quirúrgicos y la atención de emergencias médicas reales en

áreas de corta estancia o en hospitalizaciones menores o igual a 24 (veinticuatro) horas, siempre y cuando se cuente con un diagnóstico definitivo y sea autorizado por la Compañía, pagando el copago contratado de hospitalización, el cual viene estipulado en la Carátula de la Póliza.

- Quedan cubiertos los medicamentos posteriores a una hospitalización aplicando un copago del 10%, en los casos que no esté contratada la cobertura opcional de medicamentos y siempre y cuando los medicamentos sean prescritos por el médico tratante y tengan relación con el padecimiento que originó la hospitalización.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- 1. No serán cubiertos los estudios de laboratorio y gabinete no relacionados con el padecimiento cubierto.**
- 2. No será cubierta la atención por médicos especialistas que no tengan relación directa con el diagnóstico cubierto.**
- 3. En ninguna circunstancia, serán cubiertos protocolos de estudio de pacientes ingresados como urgencia.**
- 4. Cuando las condiciones Clínicas del paciente requieran transfusión de sangre y/o alguno de sus derivados, será necesario que el Asegurado presente a los donadores solicitados. En caso de no contar con ellos, el gasto que el hospital cobre por ese concepto tendrá que ser pagado por el Asegurado.**



5. No quedan cubiertas las cirugías robóticas.

Trasplante de Órganos.

Se incluye todo aquel procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano dañado y sustituirlo por uno sano.

El Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Compañía con al menos 10 (diez) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o centro de trasplante, el informe médico completo incluyendo historia clínica, la solicitud de Programación de Servicios, así como los estudios practicados.

Al recibir la atención se deberá cubrir el copago indicado en la Carátula de la Póliza de acuerdo con el plan contratado y al hospital en el que se reciba la atención.

Alcance de la cobertura:

- La Compañía ampara únicamente los trasplantes de: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Médula Ósea y Riñón.
- La Compañía cubrirá únicamente el trasplante de solo uno de los órganos mencionados anteriormente por Asegurado durante la vida de la póliza.
- Se cubrirán los gastos únicamente del Asegurado cuando este sea el receptor del órgano.
- Esta cobertura sólo aplicará en territorio nacional, independientemente de las causas que originen o den origen al trasplante del órgano.

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. No se cubrirá en caso de que el

Asegurado no de aviso por escrito a la Compañía dentro del plazo descrito anteriormente.

2. Quedará excluido cualquier otro trasplante no mencionado en la cobertura.
3. Cualquier gasto erogado con anterioridad y posterioridad al trasplante por parte del donador de órganos, así como estudios, procedimientos médicos y/o quirúrgicos, tratamientos, complicaciones y se-cuelas erogados por el donador.
4. Quedan excluidos los gastos relacionados a un Trasplante de Órganos cuando:
 - a) La causa del trasplante sea pre-existente, de naturaleza experimental, de investigación o electivo.
 - b) Esté disponible cualquier tratamiento médico y/o quirúrgico efectivo para el mejoramiento de la condición o Enfermedad del Asegurado que origina el trasplante.
5. Se excluyen las pruebas de compatibilidad entre el donante o donantes y el receptor.

Parto y/o Cesárea, Atención al Recién Nacido Sano y Complicaciones del Embarazo.

Mediante esta cobertura se proporcionará la atención del parto y/o cesárea, atención de recién nacido sano y complicaciones del embarazo hasta el límite de la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza. Por cada evento hospitalario se debe cubrir el copago correspondiente estipulado en la Carátula de la



Póliza.

Por otra parte, la cobertura de Parto y/o Cesárea y atención al recién nacido sano tiene una Suma Asegurada limitada exclusivamente para lo señalado en el párrafo anterior, sin incluir los servicios otorgados durante el embarazo, los cuales estarán cubiertos de acuerdo con las coberturas respectivas (consultas, laboratorios, etc.).

Parto y/o Cesárea

Para tener derecho a esta cobertura la asegurada debe contar con al menos diez meses de cobertura continua en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. al momento del evento.

Alcance de la Cobertura:

- Honorarios y servicios médicos obstétricos.
- Gastos generados por la asegurada durante su hospitalización.
- Derecho al quirófano, sala de terapia, de expulsión y de recuperación.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Medicamentos.
- Estancia en cuarto estándar.
- Alimentos de la asegurada durante su estancia.
- Otros apoyos necesarios a juicio del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios.

Complicaciones del Embarazo

Para tener derecho a esta cobertura la asegurada debe contar con al menos diez meses de cobertura continua en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. al momento del evento.

Alcance de la Cobertura

Se cubren las siguientes complicaciones

del embarazo:

- **Embarazo extrauterino (ectópico).** Afección por la que un óvulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de Falopio. También se llama embarazo ectópico.
- **Parto prematuro.** El parto prematuro o de pretérmino, se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 semanas de gestación con un peso igual o mayor de 500 gr, y que además respira y manifiesta signos de vida.
- **Preeclampsia.** Complicación del embarazo. Es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y niveles elevados de proteína en la orina de la madre, esto puede ocurrir por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio.
- **Toxemia gravídica (eclampsia).** Es la presencia de crisis convulsivas en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral. Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma, suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas y presencia de proteínas en orina.
- **Atonía uterina.** Es la ausencia de contracción del útero tras el parto que provoca hemorragia al no cerrarse los vasos sanguíneos del útero (vasos uterinos).
- **Sepsis puerperal.** Infección del tracto genital que ocurre entre el periodo



transcurrido entre la ruptura de membranas o el nacimiento y los 42 días naturales postparto.

- **Placenta acreta.** Trastorno que se produce cuando las capas de la placenta se adhieren anormalmente al músculo uterino impidiendo que se libere naturalmente en el parto.
- **Polihidramnios.** Presencia excesiva o aumento de líquido amniótico alrededor del feto.
- **Oligohidramnios.** Alteración que se caracteriza por la disminución en la cantidad de líquido amniótico.
- **Mola hidatiforme (embarazo molar).** Tumor de crecimiento lento que se forma con células trofoblásticas y que es el resultado de un error genético durante el proceso de fertilización que conduce al crecimiento de tejido anormal dentro del útero.
- **Placenta previa.** La placenta se implanta cerca del cuello uterino (cérvix) o sobre él obstruyendo parcial o completamente el canal de parto.
- **Aborto espontáneo.** Es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente antes de la semana 20 del embarazo o menor de 500 gramos. Entre los tipos de aborto espontáneo se encuentran: Aborto en evolución, Aborto Incompleto, Aborto completo, Aborto diferido o huevo muerto y retenido.
- **Embarazo anembriónico.** Es un óvulo que es fertilizado y que después de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional, pero sin desarrollarse el

embrión en su interior.

- **Óbito fetal.** Es la muerte del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre a partir de las 20 semanas de gestación y hasta el momento del parto.
- **Diabetes gestacional:** intolerancia a la glucosa de severidad variable con inicio o primer reconocimiento durante el embarazo y puede o no resolverse después del embarazo.

Exclusiones de la cobertura:

- 1. Se excluyen las complicaciones del embarazo no mencionadas en este apartado.**
- 2. Se excluyen las complicaciones del embarazo cuando éste sea a consecuencia de tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

Atención al recién nacido sano

El monto por este concepto está incluido en la Suma Asegurada de la cobertura de Parto y/o Cesárea y Atención al Recién Nacido Sano.

Para tener derecho a esta cobertura la asegurada debe contar con al menos diez meses de cobertura continua en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V. al momento del evento.

Alcance de la Cobertura

Se cubren los siguientes gastos hasta por 72 horas posteriores al nacimiento:

- a) Honorarios médicos del pediatra correspondientes a la recepción del recién nacido sano y las visitas hospitalarias dentro de las 72 horas posteriores al nacimiento.



- b) Tamiz neonatal básico.
- c) Aplicación de vitamina K.
- d) Aplicación de gotas oftálmicas al momento del nacimiento.
- e) Baño y aspirado requeridos para la recepción del recién nacido.
- f) Circuncisión (sólo por indicación médica y con diagnóstico de fimosis y parafimosis).
- g) Servicio de cunero.

Para esta cobertura, no opera el reconocimiento de antigüedad de otras compañías.

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. No se cubren los gastos, cuando el embarazo sea derivado de un tratamiento de fertilidad, esterilidad y/o maternidad subrogada, así como tampoco quedarán amparados los gastos originados por la atención médica del recién nacido de dicho embarazo.
2. No se cubre parto prematuro provocado por tabaquismo, alcoholismo, cualquier tipo de toxicomanías y/o farmacodependencias.
3. Quedan excluidos los gastos del recién nacido que no se encuentren específicamente definidos en esta cobertura.
4. Quedan excluidas las interrupciones voluntarias del embarazo, así como sus consecuencias, cualesquiera que sean sus causas.

Esquema de Vacunación.

Se cubre de acuerdo con el **Anexo I “Cartilla básica de vacunación”**, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios.

Las vacunas antialérgicas son consideradas medicamentos, por lo que para éstas deberá pagarse el copago de medicamentos, en caso de tener contratada la cobertura; en caso contrario, el costo correrá por cuenta del Asegurado.

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. No se cubren vacunas que no estén consideradas en el Anexo I de acuerdo con la edad y sexo del Asegurado correspondiente.
2. Tampoco se cubren las vacunas antialérgicas en caso de no tener contratada la cobertura de medicamentos.

Orientación Médica Telefónica.

Es la orientación médica brindada telefónicamente al Asegurado por médicos, capacitados para determinar la opción más conveniente para la atención de la urgencia.

Para esta cobertura no opera límite en el número de llamadas.

Servicios de Enfermería.

Se otorgan los servicios de enfermería (especialistas, generales o auxiliares) prescrita por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y autorización de la Compañía. En cada turno se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la Carátula de la Póliza y de conformidad a las definiciones del



presente Contrato.

Alcance de la cobertura:

Esta cobertura se proporciona hasta por 30 días naturales con un máximo de 3 turnos por día por año póliza. Si el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios lo prescribe, la Compañía podrá considerar y autorizar la ampliación del plazo por 30 días naturales más, con 3 turnos al día como máximo, siempre que la póliza se encuentre vigente y cuando sea medicamente necesario.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- 1. No se otorgará el servicio de enfermería a pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátricas-agresivas, bajo el influjo de alcohol y/o drogas.**
- 2. No se cubren los honorarios de personal de enfermería que no hayan sido autorizados y programados por la Compañía.**

Cirugía Refractiva.

Se cubren la cirugía refractiva para corregir los problemas de miopía, astigmatismo, presbiopía e hipermetropía, siempre y cuando se demuestre mediante estudios que solicite la Compañía que el Asegurado cuenta con un déficit visual de al menos 5 dioptrías en cada ojo, para lo cual se requiere el informe médico emitido por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios especialista en oftalmología.

Para esta cobertura aplica un copago del 10% sobre el monto procedente determinado por la Compañía.

Emergencia en el extranjero.

Mediante esta cobertura se cubre la urgencia médica real al Asegurado que se encuentre de viaje de negocios, de estudios o de placer fuera del territorio nacional, y requiera de atención inmediata debido a cualquier alteración orgánico funcional súbita, a consecuencia de un accidente y/o enfermedad repentina y aguda cubiertos por la presente póliza y que pongan en peligro su vida, su integridad corporal o la funcionalidad de alguno de sus órganos.

Para efectos de esta cobertura, se entenderá como:

- Enfermedad repentina y Aguda, el proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo. Por otro lado, Enfermedad Repentina se tomará como una enfermedad pronta, impensada y no prevista.
- Viaje de negocios, estudios o placer, aquella estancia fuera de la República Mexicana, que por dichos motivos realice el Asegurado, por un período continuo de hasta 30 días naturales.

Esta cobertura dejará de surtir efecto en el momento en que el estado de salud del paciente se reporte como estable y pueda ser trasladado para continuar su tratamiento dentro de la República Mexicana.

Alcance de la cobertura:

- En todos los casos, el Asegurado que requiera atención médica por una



urgencia, deberá solicitar la autorización telefónicamente a través del Centro de Atención Telefónica para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto cubierto por esta cobertura.

- Si el beneficiario o tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con el Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recurrirá al servicio médico más próximo, con la obligación ineludible de notificar la incidencia al Centro de Atención Telefónica dentro de las 24 horas de producido el evento a efecto de saber si los gastos están cubiertos y si se consideran una urgencia médica real, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.
- **No habrá reembolso por esta cobertura, sólo aplica el pago directo.**
- Los gastos por concepto de cuarto y alimento del hospital o sanatorio se limitarán al costo correspondiente a un cuarto privado estándar.
- La Suma Asegurada y copago que corresponden a la presente cobertura se encuentran en la Carátula de la Póliza y son independientes de la contratada en la protección básica y serán efectivas durante la vigencia de la póliza.

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. **Reembolsos de gastos que el Asegurado haya gestionado, contratado y/o pagado por su cuenta.**

2. **Traslados que sean necesarios a consecuencia de una condición médica que no sea urgencia médica real.**
3. **Todo gasto erogado por embarazo, parto, cesárea o complicaciones del embarazo, cuando se tenga más de 5 meses de gestación.**
4. **Todo gasto erogado por trastornos mentales y/o intentos de suicidio.**
5. **Viajes realizados específicamente para recibir tratamiento médico.**
6. **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 policiaco; 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 en el extranjero.**
7. **Incidentes que involucren el uso de drogas, a no ser que sean recetadas por un médico.**
8. **Situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que impidan acceder a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia.**
9. **Emergencias que se presenten después de 30 días naturales de iniciado el viaje.**



10. Los accidentes o enfermedades que se hayan originado dentro de los límites territoriales de la República Mexicana y su atención se lleven a cabo en el extranjero.

11. Servicios de enfermería fuera del hospital, tratamientos de rehabilitación y padecimientos preexistentes.

12. Los gastos médicos realizados que no cumplan la condición de Urgencia médica real.

Orientación Médica Remota.

Se encuentra amparado el servicio de atención médica de primer contacto vía remota para el diagnóstico oportuno de enfermedades, padecimientos y/o accidentes de Medicina General; así como cualquier otra especialidad o tratamiento que se vaya incorporando para padecimientos de los asegurados.

El Asegurado podrá ponerse en contacto llamando al teléfono 55-53-51-04-54.

El médico tratante deberá realizar un diagnóstico de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), "International Classification of Diseases" (ICD), con base en los síntomas o signos descritos por el Asegurado.

El médico tratante podrá recetar los medicamentos para el tratamiento, de acuerdo con el diagnóstico efectuado y en caso de ser necesario, podrá referir al Asegurado a servicios auxiliares de diagnóstico o referenciarlo a servicios de segundo contacto según sea el caso, considerando las exclusiones previstas en la presente cobertura y Condiciones Generales.

El número de consultas remotas a las

cuales tendrá derecho el Asegurado será ilimitado, durante el tiempo que tenga contratada la póliza, siempre y cuando esta se encuentre vigente y pagada, esto considerando el alcance otorgado por el proveedor a través del cual se ofrecerá la presente cobertura.

Los médicos sólo serán contactados a través de los sistemas remotos que se ofrecen, y en la misma página, aplicación o medio de contacto se podrá conocer el listado de médicos que brindarán los servicios.

El presente beneficio no limita el derecho del Asegurado y/o beneficiario de consultar libremente a cualquier otro médico de forma presencial y en los términos aplicables de su póliza. Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente con proveedores fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Pago de Indemnizaciones.

Exclusiones de la cobertura:

- 1) Diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades, padecimientos y/o accidentes con atención presencial por un médico, así como de otra especialidad que no esté incorporada como cubierta en la descripción de la cobertura.**
- 2) Prescripción de medicamentos controlados, es decir, medicamentos que solo pueden adquirirse con receta con firma autógrafa del médico tratante o un permiso especial otorgado por la Secretaría de Salud, así como aquellos otros que, aún no siendo controlados,**



requieran de receta con firma autógrafa del médico tratante, tales como los antibióticos.

3) Y las demás exclusiones establecidas en estas Condiciones Generales.

Atención fuera de red.

Si el Asegurado por decisión propia, decide atender su enfermedad o accidente con proveedores fuera de la Red de Prestadores de Servicios, deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula Pago de Indemnizaciones.

Sobre el monto reclamado por el Asegurado, la Compañía establecerá el monto procedente de acuerdo con las condiciones de esta póliza. A dicho monto procedente se le descontará el copago contratado y a la cantidad resultante se le aplicará un copago adicional conforme a lo siguiente:

- **Urgencia médica real fuera de Red:** Se aplicará un copago adicional del 25% (veinticinco por ciento) sobre el monto del reembolso procedente determinado por la Compañía.
- **Atención fuera de la Red:** Se aplicará un copago adicional del 50% (cincuenta por ciento) sobre el monto del reembolso procedente determinado por la Compañía.

Cuando se traten de honorarios médicos y/o quirúrgicos derivados de una hospitalización o urgencia médica real, estos serán reembolsados sin aplicar el copago

adicional y en ningún momento excederán el Gasto Usual y Acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos de la Compañía.

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de este Contrato. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias de un hospital.

Deportes Peligrosos.

Se cubren los gastos erogados a consecuencia de la práctica ocasional o vacacional de los siguientes deportes peligrosos: Montañismo, alpinismo, rapel, buceo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha greco-romana, lucha libre, artes marciales, cacería, espeleología, motociclismo, go-karts, paracaidismo o cualquier tipo de deporte aéreo.

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

Coberturas Opcionales con Costo

En caso de contratación de alguna de las siguientes coberturas, esta se encontrará estipulada en la Caratula de la Póliza correspondiente.

Medicamentos (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

Se encuentran cubiertos los



medicamentos prescritos por el Médico Tratante perteneciente a la Red de Prestadores de Servicios relacionados con el diagnóstico de la consulta.

En caso de que el Asegurado haya contratado la cobertura opcional de *Odontología*, así como la cobertura de Medicamentos y el odontólogo del proveedor de servicios contratado por la Compañía prescriba medicamentos al Asegurado justificados por el diagnóstico, éstos se cubrirán vía reembolso aplicando el copago correspondiente a la cobertura de medicamentos indicado en la Carátula de la Póliza. En caso contrario, el Asegurado asumirá el costo de dichos gastos.

El Asegurado, cubriendo el copago establecido en la Carátula de la Póliza y presentando el formato correspondiente, podrá obtener los medicamentos en cualquiera de las farmacias pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios.

Exclusión particular de la cobertura:

- 1. No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios o bien que no tengan relación con el padecimiento y/o accidente que originó la consulta.**
- 2. Se cubren los tratamientos con medicamentos considerados de alto costo hasta el límite estipulado en su definición correspondiente.**

Apoys de diagnóstico (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

Son los estudios de laboratorio y/o

gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos y/o accidentes. Para cada estudio en esta cobertura se cubrirá el copago indicado en la Carátula de la Póliza.

Alcance de la cobertura:

- Quedan cubiertos los estudios de laboratorio y/o gabinete que sirven como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos y/o accidentes hasta la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.
- Los estudios especializados que se mencionan de manera enunciativa mas no limitativa, tales como tomografía, resonancia magnética, radioterapia, medicina nuclear, procedimientos endoscópicos, mastografía, ecocardiografía, angiografías, interconsultas externas y ecometría de ojo requieren autorización de la Compañía.
- Los estudios especializados deberán ser prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios mediante el formato correspondiente.

Exclusiones particulares de la cobertura:

- 1. No se cubren estudios que no hayan sido prescritos por el médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios o bien que no tengan relación con el padecimiento y/o accidente que originó la consulta.**
- 2. No se cubren estudios para detectar malformaciones congénitas, hereditarias o adquiridas del producto, así como estudios**



considerados de alta especialidad, estudios genómicos y/o genéticos para la elección de algún tratamiento y ecografías 3D – 4D.

3. No se cubren estudios de prevención o check up, excepto los indicados en la cobertura *Medicina Preventiva*.

Odontología (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

A continuación, se describen los beneficios amparados por esta Cobertura, los cuales estarán cubiertos únicamente a través del proveedor de servicios contratado por la Compañía, por lo que no estará cubierto ningún gasto que no se haya ofrecido a través de dicho proveedor, salvo en los casos que se especifican en el tercer párrafo de la cláusula **Pago de indemnizaciones** contenida en las Condiciones Generales de este producto. Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V. es la única responsable frente a los asegurados, contratantes y/o beneficiarios de los beneficios amparados por la presente cobertura.

El alcance de esta cobertura es el siguiente:

Apartado	Limitaciones	Copago a cargo del Asegurado	
Urgencias Nacionales	Solo por urgencia	0%	
Evaluación Oral - paciente nuevo o establecido	Una en doce meses. Solo en la primera consulta con el odontólogo		
Limpieza dental en adulto y niño (hasta 13 años de edad)	Uno en doce meses		
Aplicación Tópica de Flúor (hasta 13 años)	Una en seis meses		
Selladores	Por cada diente uno cada tres años. En los primeros molares hasta los diez años de edad; en los segundos molares hasta los quince años de edad		
Radiografía intraoral - periapical de diagnóstico	Hasta cuatro en doce meses, cualquier combinación de éstas		
Radiografía aleta de mordida de diagnóstico			
Evaluación periodontal completa - paciente nuevo o establecido	Una en doce meses		
Restauraciones con amalgamas y resinas	Por cada diente o superficie, una en tres años. No se cubre el cambio por motivos estéticos		20%
Restauración con resina fluida en dientes permanentes (hasta 16 años)			
Extracciones simples	Extracción de restos coronales en dientes primarios o de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con forceps)		

Para cada atención en esta cobertura se debe cubrir el copago contratado indicado en este apartado.

A continuación, se detalla para cada apartado el alcance del mismo.

Beneficios del Apartado Urgencias Nacionales:



Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
Curaciones sedantes temporales u Obturación Provisional	Solo por Urgencias
Extracción de restos coronales (dientes primarios) *	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Rx. Aleta de mordida -- una placa	Solo por Urgencias
Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps) *	Solo por Urgencias
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente Dental o desplazamiento	Solo por Urgencias
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral (realizado en el consultorio Dental sin complicaciones quirúrgicas complejas)	Solo por Urgencias
Pulpotomía terapéutica-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis Fijas)	Solo por Urgencias
Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas)	Solo por Urgencias
Escisión de encía pericoronar	Solo por Urgencias
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Solo por Urgencias
Tratamiento paliativo del dolor Dental -- por alveolitis o por Procedimiento menor -- incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Solo por Urgencias
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Solo por Urgencias
Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior	Solo por Urgencias
Reducción de luxación de la Articulación Temporomandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez)	Solo por Urgencias

* También conocida como exodoncia no quirúrgica

Tratamientos o Procedimientos Dentales de Diagnóstico y Prevención Cubiertos (Evaluación Oral, Rayos X, Limpiezas, Aplicación de Flúor y Selladores)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses. Sólo en la primera consulta con el odontólogo
Evaluación periodontal completa -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral -- periapical, de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses, cualquier combinación de estas,
Intraoral - aleta de mordida de Diagnóstico	
Profilaxis (limpieza) en adulto	Una en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Una en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Sellador -- por diente	1 (Uno) cada 3 (tres) años -- mismo diente; Primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años

Tratamientos o Procedimientos Dentales Restaurativos Básicos Cubiertos (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Composite con base de resina -- de 1 (una) a 2 (dos) superficies -- en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa

De acuerdo con los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

Procedimientos Quirúrgicos Menores Cubiertos (Extracciones Simples y Otros Procedimientos Menores)



Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción, restos coronales -- dientes primarios	Cubierto
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	Cubierto

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. Se excluye cualquier gasto erogado para esta cobertura que se haya otorgado con un proveedor de servicios diferente al contratado por la Compañía.
2. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.
3. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinar, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.
4. Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.
5. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red del proveedor de servicios durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
6. Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.
7. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.



8. **Gastos por radiografías de diagnóstico que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.**
9. **Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**
10. **Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.**
11. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**
12. **Medicamentos, salvo lo especificado en la cobertura de Medicamentos, así como enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medica-ción, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**
13. **Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**
14. **Tratamientos o Procedimientos con Inlay (incrustaciones).**
15. **Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.**
16. **Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.**
17. **En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, no se cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófono, de los materiales, de anestesia o de la**



- instalación para Tratamientos quirúrgicos.
18. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido.
 19. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.
 20. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.
 21. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.
 22. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.
 23. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.
 24. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.
 25. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios.
 26. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.
 27. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
 28. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:
 - (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o participe del delito.
 - (ii) Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Prótesis, endoprótesis y osteosíntesis (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

En caso de accidentes y/o enfermedades



cubiertas por la presente póliza, se otorgan endoprótesis, aparatos de prótesis, osteosíntesis y órtesis con previa valoración del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y de la Compañía de acuerdo con los tipos, modelos y marcas establecidos por esta última.

En caso de requerirse mallas, injertos, prótesis, endoprótesis, osteosíntesis, y órtesis aplicará el copago estipulado para esta cobertura.

En cada evento se deberá cubrir el copago correspondiente, indicado en la Carátula de la Póliza y de conformidad a las definiciones del presente Contrato.

Sillas de ruedas, andaderas y camas se otorgan únicamente en préstamo al Asegurado desde el comienzo del padecimiento y/o enfermedad por un plazo máximo de 52 semanas. Si el médico tratante lo prescribe, el plazo podrá ampliarse por otras 52 semanas máximo, independientemente de la renovación de la póliza y siempre que ésta se encuentre vigente.

Alcance de la cobertura:

- Las endoprótesis, aparatos de prótesis, osteosíntesis y órtesis se otorgan cuando las limitaciones físico-orgánicas impidan al Asegurado desarrollar adecuadamente sus funciones y no cuando sean requeridas con fines estéticos o cosméticos.
- Esta cobertura tendrá un tope de Suma Asegurada de acuerdo con la siguiente tabla:

Concepto	Suma Asegurada
Compra o renta de órtesis	60 UMAM
Marcapasos	60 UMAM
Prótesis dental a consecuencia de un accidente	60 UMAM
Otros tipos de prótesis: prótesis valvular cardiaca, stents, injertos, material de osteosíntesis y neuroestimuladores, entre otros	90 UMAM

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. **No se cubre prótesis dental, a menos que sea requerida a causa de un accidente y que no tenga patología previa.**
2. **No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de los aparatos, estos corren por cuenta del Asegurado.**
3. **Reposición de prótesis o endoprótesis y órtesis existentes a la fecha de contratación de la presente póliza, o cuya primera colocación no haya sido cubierta por la Compañía.**
4. **Prótesis o endoprótesis que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados.**
5. **Prótesis o endoprótesis no funcionales.**
6. **No se cubren aparatos de endoprótesis, aparatos de prótesis y órtesis para padecimientos preexistentes, únicamente para padecimientos iniciados después del inicio de vigencia de la póliza.**
7. **No se cubren sillas de ruedas**



motorizadas, únicamente se cubren sillas manuales.

8. No se cubren los siguientes tipos de órtesis: plantillas médicas, zapatos ni alerones.

Cámara hiperbárica (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

En caso de presentarse los accidentes y/o las siguientes enfermedades: Actinomicosis, Embolismo gaseoso, enfermedades por descompresión aguda, gangrena gaseosa, heridas en pacientes diabéticos, injertos de piel, intoxicación por cianuro, intoxicación por monóxido de carbono, isquemia traumática aguda, osteomielitis crónica refractaria, osteoradionecrosis, quemaduras, radionecrosis de tejidos blandos, síndrome compartimental, úlceras de meleney y úlceras agudas por insuficiencia arterial; previa valoración del médico tratante de la Red de Prestadores de Servicios y autorización de la Compañía. El servicio será otorgado por un proveedor de la Red de Prestadores de Servicios.

Alcance de la cobertura:

Se proporcionará un máximo de 10 sesiones de cámara hiperbárica con el copago establecido en la Carátula de la Póliza.

Exclusión particular de la cobertura:

1. No se cubre Cámara hiperbárica con fines estéticos.

Suministro de oxígeno (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

Esta cobertura será proporcionada al Asegurado cuando sea prescrito por el médico tratante de la Red de Prestadores

de Servicios y previa autorización de la Compañía. La atención necesaria será proporcionada dentro de la Red de Prestadores de Servicios.

Alcance de la cobertura:

Se cubre por un plazo máximo de 24 semanas desde el inicio del padecimiento y/o accidente. En caso de ser prescrito por el médico tratante al requerirse un plazo mayor y previa autorización de la Compañía, se podrá ampliar el plazo otras 24 semanas como máximo y siempre que la póliza se encuentre vigente. Aplicará el copago correspondiente descrito en Carátula de Póliza.

Eliminación de Copago por Accidente (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

El objeto de esta cobertura opcional es eliminar la obligación del Asegurado de pagar el copago cuando presente gastos médicos derivados de un accidente amparado.

Mediante esta cobertura el Asegurado quedará exento de la aportación del copago en caso de que presente una reclamación derivada de un accidente amparado, considerando que los gastos procedentes se cubrirán hasta el monto de la suma asegurada indicada en la cobertura descrita en la Carátula de la Póliza.

Alcance de la cobertura:

Bajo esta cobertura se exentará el copago de las siguientes coberturas:

- Consulta de Primer Contacto.
- Consulta de Especialidad (Segundo Contacto).
- Servicios de terapia.



- Hospitalización.
- Urgencia Médica Real.
- Ambulancia Terrestre (Con o Sin Unidad de Terapia Intensiva).
- Servicios de Enfermería.
- Prótesis, Endoprótesis y Osteosíntesis (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).
- Cámara Hiperbárica (su contratación debe especificarse en la Carátula de la Póliza).

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.**

Exclusión particular de la cobertura:

Esta cobertura opcional no cubre los gastos derivados de alguno de los puntos mencionados a continuación:

- **Accidentes que se deriven de agravaciones de padecimientos pre-existentes 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.**

- **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.**

4. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera

Periodo de espera de 1 año

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de los siguientes padecimientos, siempre y cuando el Asegurado cumpla con al menos 1 año de contratación ininterrumpida de su plan:

- Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
- Litiasis renal y en vías urinarias.
- Tumorações mamarias benignas y/o malignas.
- Varices e insuficiencia venosa de miembros inferiores.
- Padecimientos ginecológicos no infecciosos.
- Insuficiencia de piso perineal.
- Planificación familiar definitiva.



- Hallux valgus (Juanetes).
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades ácido-pépticas.

Periodo de espera de 2 años.

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de los siguientes padecimientos, siempre y cuando el Asegurado cumpla con al menos 2 años de contratación ininterrumpida de su plan:

- Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y protrusión discal cuando sea en columna vertebral.
- Padecimientos anorrectales.
- Nariz y senos paranasales.
- Amigdalectomía y Adenoidectomía.
- Padecimientos de la columna vertebral.
- Padecimientos prostáticos.
- Padecimientos de rodilla.
- Padecimiento de mano.
- Cataratas, se cubre la colocación del lente intraocular derivado del padecimiento de catarata, por una única ocasión durante las vigencias en que el Asegurado se encuentre cubierto por la Compañía.
- Circuncisión y sus complicaciones para asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o para asegurados nacidos antes de que su madre cumpliera 10 meses de antigüedad continua con su póliza, o desde su última rehabilitación.
- Padecimientos del hombro.
- Padecimientos de cadera.

En el caso de accidentes, como de una urgencia médica real, únicamente para los padecimientos de Rodilla, Hombro, Cadera, Columna vertebral y mano; no aplica el periodo de espera.

Periodo de espera de 4 años.

- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Se cubrirán los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el Asegurado, siempre y cuando el Asegurado cuente con al menos cuatro años de contratación ininterrumpida en Medi Access Seguros de Salud S.A. de C.V.

Exclusión particular de la cobertura:

1. **La cobertura aplica siempre y cuando el Virus de Inmunodeficiencia Humana no haya sido detectado antes o durante ese periodo de cuatro años. Tampoco se otorgará el servicio de diagnóstico para detectar la presencia del VIH en el Asegurado en ningún momento.**

Periodo de espera de 5 años

- Padecimientos Congénitos.

Se cubren los gastos generados por tratamientos médicos o quirúrgicos derivados de padecimientos congénitos, siempre y cuando el Asegurado cuente con al menos 5 años de contratación ininterrumpida de su plan o cuya madre haya estado asegurada en esta póliza Individual de la Compañía, al menos 10 meses ininterrumpidos a la fecha de parto y/o nacimiento del Asegurado en cuestión. Salvo que el Asegurado cuente con el endoso de exclusión correspondiente.



5. Exclusiones y Gastos No Cubiertos.

Para efectos de este contrato de seguro y de manera adicional a las exclusiones particulares de cada cobertura, quedan excluidos los conceptos que a continuación se enumeran:

1. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro, así como sus complicaciones, con excepción de los que hayan sido declarados en la solicitud de seguro y sobre los cuales no exista endoso de exclusión.
2. Servicios originados por hechos ocultados o mal informados.
3. Complicaciones originadas por cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en el presente Contrato.
4. No se cubre cualquier enfermedad o accidente cuyo inicio se haya manifestado en el periodo al descubierta, así como cualquier gasto erogado en dicho periodo.
5. Tratamientos y/o estudios para el diagnóstico de fertilidad y/o esterilidad, de manera enunciativa más no limitativa, por ejemplo: recanalización tubárica, reproducción asistida, disfunción eréctil, eyaculación precoz, impotencia sexual, cambio o transformación de sexo ni cualquiera de sus consecuencias y/o sus complicaciones, así como cualquier evento hospitalario derivado de dichos tratamientos o estudios.
6. Anteojos, lentes de contacto, anillos intracorneales, lentes intraoculares, excepto lo específicamente mencionado en el apartado Periodo de espera de 2 años, de la sección 4. Padecimientos y/o Enfermedades con Periodo de Espera.
7. Prótesis auditivas, implantes auditivos, cocleares o auxiliares para mejorar la audición.
8. Plantillas, zapatos y/o alerones ortopédicos.
9. Cirugía refractiva para corregir dioptrías menores a 5 por cada ojo.
10. Equipo de riñón artificial para uso residencial.
11. Consultas, medicamentos, estudios, tratamientos y/o terapias para trastornos psicológicos o psiquiátricos de enajenación mental, corregir alteraciones del sueño, apnea de sueño, roncopatías, trastornos de la conducta, del aprendizaje, hiperquinéticos, déficit de atención, terapias de lenguaje de cualquier tipo, enajenación mental, demencia senil, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, psicomotores, angustia, lesiones autoinfligidas, intento de suicidio (aun cuando se cometan en estado de enajenación mental), síndrome de fatiga crónica.
La Compañía no pagará ningún gasto por los conceptos anteriormente mencionados aun cuando éstas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este



Contrato de Seguro.

12. **Curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (check up), materiales de consumo (materiales de curación, bolsas recolectoras de orina, protectores cutáneos, placas adhesivas, materiales para ostomías, etc.), productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental, etc.), multivitamínicos, complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería o belleza, medicamentos de autoservicio o que no cumplan con la definición de medicamento de estas Condiciones Generales.**
13. **Accidentes, padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos (incluyendo tratamientos de rehabilitación) que resulten a consecuencia de cualquier negligencia, culpa, o cualquier acción que pueda agravar el riesgo. También incluyen las circunstancias en que el Asegurado esté en estado étílico o por alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias. Basando la afirmación por escrito del médico que lo atiende, sin requerirse realizar pruebas de laboratorio para confirmar la intoxicación.**
14. **Tratamientos y/o medicamentos para corregir o controlar acné, cualquier tratamiento, intervención o medicamento quirúrgico de carácter estético o plástico, incluyendo dermatocósméticos.**
15. **Cirugía estética de nariz, excepto cirugía reconstructiva requerida a consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.**
16. **Cualquier tipo de gasto derivado y/o relacionado con padecimientos de: calvicie, dietéticos y nutricionales, obesidad, sobrepeso, trastornos alimenticios.**
17. **Honorarios, tratamientos médicos y quirúrgicos, procedimientos a base de hipnotismo, quelaciones, medicina alternativa (acupuntura, naturismo, vegetarianos, etc.) y complementaria con beneficio incierto y/o con fines preventivos, salvo lo estipulado en la cobertura de Consultas con Homeópatas y Quiroprácticos.**
18. **Diagnóstico y pruebas para detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).**
19. **Cualquier tratamiento y medicamento relacionado con hormonas para el crecimiento y/o síndrome de talla baja, independientemente de la causa de su prescripción.**
20. **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.**
21. **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.

22. 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.

23. Padecimientos resultantes de la práctica profesional (por que el Asegurado perciba cualquier tipo de retribución económica) de cualquier deporte, así como los resultantes de su participación en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad. Deportes extremos y Actividades peligrosas, salvo lo especificado en la cobertura básica Deportes Peligrosos.

24. Gastos, honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico, cuando el médico sea el mismo Asegurado, familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

25. Tratamientos de planificación familiar no definitiva o de anticoncepción.

26. Se excluyen todo tipo de estudios o pruebas moleculares, polimorfismos, mutaciones genéticas y mapeo

genómico.

27. No se consideran como accidentes cubiertos:

a) Las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el propio Asegurado.

b) Aquellas lesiones que no requieran una atención médica inmediata al accidente o cuyo primer gasto ocurra posterior a los 30 días naturales de presentado el evento.

c) Aquellos 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.

6. Cláusulas Generales del Contrato.

Contrato.

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a la Compañía en la Solicitud de Seguro, los cuestionarios correspondientes, la Carátula de la Póliza, para evaluación del riesgo, en su caso, las Condiciones Generales, el folleto explicativo, los endosos adicionales en su caso y los recibos de pago de primas constituyen testimonio y prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de expedir endosos para excluir la cobertura de determinadas actividades que, por su naturaleza, influyan en la agravación del riesgo. Los endosos se expedirán al momento de la notificación a la Compañía,



por cambio de residencia o por cambio de ocupación del o los Asegurados.

Modificaciones y Notificaciones.

Las Condiciones Generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía. Estas modificaciones deberán constar por escrito (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro) y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no estén expresamente autorizadas por la Compañía NO podrán hacer modificaciones ni concesiones.

Cualquier notificación relacionada con el presente Contrato será en los términos del Agente y al domicilio de la Compañía debiendo constar de manera fehaciente, en la Carátula de la Póliza.

Cualquier solicitud de modificación a las condiciones originales de la Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha en que sea recibida por la Compañía.

Cualquier notificación realizada por la Compañía relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último correo electrónico o a través de su Agente que haya notificado el Contratante para tal efecto.

Modificaciones de la infraestructura hospitalaria.

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios, sin embargo, dichas modificaciones se realizan de forma inmediata en la página de internet www.segurosmediaccess.com.mx, donde podrá consultar

estas actualizaciones en el apartado Conozca nuestra red de proveedores. La Compañía informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de la Red de Prestadores de Servicios, al correo electrónico señalado por el Contratante en la solicitud.

Adicionalmente, los asegurados podrán comunicarse al Centro de Atención Telefónica de MediAccess, 55-9150-2948 (CDMX y área metropolitana) y 800-681-0249 (lada sin costo).

Inicio de los servicios.

Una vez aceptada la solicitud por parte de la Compañía, la fecha de inicio de los servicios corresponderá a la fecha de inicio de vigencia estipulada en la Carátula de la Póliza, excepto para los padecimientos y/o enfermedades con periodo de espera, cuyos servicios iniciarán una vez transcurrido dicho periodo.

Rehabilitación.

En caso de que este Contrato se hubiese cancelado por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación dentro de los treinta días naturales siguientes al último día que tiene el Contratante para realizar el pago de su póliza indicado en el recibo correspondiente, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.
- El(los) Asegurado(s) cumpla(n) con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía le(s) requiera.
- Pagar el importe correspondiente de la rehabilitación del Contrato.



Como resultado de la rehabilitación se reserva el derecho de eliminar el periodo de antigüedad reconocido, mismo que empezará a contar a partir de la fecha de rehabilitación del Contrato. No están cubiertos los siniestros ocurridos entre la fecha en que este Contrato hubiera cesado en sus efectos y la fecha de rehabilitación del mismo.

La Compañía se reserva el derecho de rechazar la solicitud de rehabilitación de acuerdo con análisis de los requisitos presentados.

No se podrá rehabilitar ninguna póliza que haya sido cancelada a petición del Contratante.

Rectificación de Póliza.

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 (30) días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, esto de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Reporte de movimientos de Asegurados

- **Altas**

Sólo se cubrirán sin necesidad de pruebas médicas y desde el momento del nacimiento, a los hijos del asegurado que nazcan dentro de la vigencia de la póliza, que la madre tenga al menos 10 meses cumplidos, en forma continua o desde la última rehabilitación, con el plan al momento del nacimiento y el trámite se realice en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento,

debiendo adjuntar el acta de nacimiento respectiva. De no haberse hecho así, su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de la Compañía y su cobertura dará inicio hasta que sea dado de alta dentro de la póliza.

Si no se cumplen todos los requisitos anteriores, la aceptación del nuevo Asegurado estará sujeta a la aprobación por parte de la Compañía.

Para dar de alta a otros asegurados es necesario presentar la solicitud de Póliza, Cuestionario de Selección Médica, así como toda la documentación que la aseguradora requiera. La aceptación estará sujeta a aprobación de la Compañía. Adicional en el caso de recién nacidos, se debe anexar copia del acta de nacimiento respectiva.

Si la Compañía acepta incluir al nuevo Asegurado, para realizar el alta deberá pagarse la Prima correspondiente.

- **Bajas**

En caso de bajas de uno o varios Asegurados, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad, renovación o a la fecha de solicitud de baja.

En caso de baja por fallecimiento, ésta se realizará a las 24 horas del día estipulado en el acta de defunción del Asegurado, la cual debe de ser entregada a la Compañía y validada por la misma.

Cualquiera que sea el motivo de la baja; de haber pagos anuales, semestrales trimestrales o mensuales, se podrá devolver la prima neta no devengada en el caso de que la póliza no haya presentado



siniestro o reclamación alguna, ya que, de haber estos eventos, se considerará que se ha devengado la prima en su totalidad. En caso de ser procedente la devolución, el monto que se entregue al Contratante será el importe de la prima neta no devengada menos los gastos administrativos aplicables.

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado autógrafamente por el Contratante y/o Representante Legal, al cual se le adicionará copia de la identificación oficial, datos de contacto como son: teléfono, correo electrónico y domicilio.

Una vez resuelto procedente, la Compañía avisará por los medios de contacto al Contratante para que proporcione la cuenta bancaria del Contratante y se adjunte copia de su estado de cuenta, para que en un plazo de 30 días naturales de la resolución se haga el pago correspondiente.

Prima.

Importe.

El Contratante se obliga a pagar las cantidades señaladas por la Compañía como prima, la cual será la suma de las primas correspondientes a todos los integrantes de la póliza. Éstas se calcularán de acuerdo con la tarifa sometida a registro y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y que se encuentre vigente en la fecha de inicio de cada periodo de seguro. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, derechos, recargos y tasa de financiamiento por pago fraccionado, en su caso.

Pago.

El Contratante deberá pagar al inicio del periodo de acuerdo con la periodicidad de pago seleccionada las primas pactadas, pudiendo efectuar dicho pago en las oficinas de la Compañía.

Previo acuerdo entre las partes, las primas también podrán ser pagadas a través de otros medios, como pudieran ser los que a continuación se mencionan, de manera enunciativa más no limitativa: pago en línea, domiciliación, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, pago referenciado y liga de pago. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o comprobante de depósito hará prueba plena de la realización de dicho pago.

Es obligación del Contratante verificar en sus estados de cuenta la realización de los cargos de acuerdo con la periodicidad contratada en caso de haber autorizado cargos automáticos a su cuenta bancaria. Cabe mencionar que, en esta forma de pago, la información correspondiente, será requerida una sola vez, a menos de que haya un cambio en la cuenta bancaria donde el Asegurado autoriza a la Compañía realizar los cargos automáticos para que se lleve a cabo la renovación de su póliza. En caso de que, por causas imputables al Asegurado, no pueda efectuarse el cargo, aplicará la cláusula de cancelación.

La cancelación de la autorización para la realización de los cargos automáticos se aceptará únicamente por escrito con firma autógrafa del Contratante de la Póliza y de acuerdo con las políticas de pago establecidas por la Compañía. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización.

El pago de prima deberá cubrir el periodo



correspondiente a la periodicidad de pago seleccionada.

El Contratante podrá optar por el pago de la prima en forma anual o bien en forma fraccionada ya sea mensual, trimestral o semestral. En caso de optar por una periodicidad de pago diferente a la anual, se aplicará el recargo por pago fraccionado que corresponda al momento de la celebración del Contrato y que estará estipulado en la Carátula de la Póliza.

La Compañía no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establece precedente ni obligación alguna para la Compañía.

Fecha de pago.

La prima debe pagarse en la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Para pagos fraccionados, cada fracción debe pagarse a la fecha de inicio de cada periodo.

Periodo de gracia.

A partir de la vigencia señalada en la Carátula de la Póliza de la prima el Contratante dispondrá de 30 días naturales para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro (24) horas del último día de este plazo.

Para el caso de pagos fraccionados de esta en caso de pago de parcialidades el Contratante dispondrá de 30 días naturales al inicio de cada periodo para efectuar el pago de ésta, durante los cuales el seguro continuará en pleno vigor. Transcurrido este plazo, si el pago no se ha realizado, los efectos de este Contrato cesarán automáticamente a las veinticuatro

(24) horas del último día de este plazo.

Durante el periodo de gracia el Asegurado no podrá hacer uso del proceso de pago directo, por lo que, las reclamaciones que se presenten dentro de este lapso serán valoradas para determinar su procedencia únicamente vía reembolso y previo pago de la prima correspondiente.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la prima vencida pendiente de pago o de las fracciones de prima vencidas de acuerdo con la periodicidad de pago contratada.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, el Contratante está obligado al pago total de la prima, no obstante, si decide cancelar deberá pagar la prima del periodo utilizado y también pagará el costo total del siniestro dentro del plazo de 3 días naturales de la utilización o que le sean requeridos por la Compañía.

Periodo de beneficio.

En caso de cancelación, o terminación y no renovación del Contrato de Seguro, este abarcará las coberturas especificadas en la Carátula de la Póliza, aplicando las exclusiones correspondientes, siempre que la eventualidad prevista en el presente Contrato ocurra dentro de la vigencia de este, y terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través de la alta médica, ó
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.
3. Al concluir el término de setecientos treinta días naturales, contados a partir



de la fecha en la que termina la vigencia del Contrato.

Mientras la póliza continúe vigente, el Asegurado mantendrá los beneficios del Contrato sobre las eventualidades que se hayan presentado.

Renovación

Los Asegurados incluidos en esta Póliza, cuentan con la Garantía de Renovación, en la cual la Compañía se obliga a:

- **Renovar otorgando una nueva Póliza por un período de un año de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en la renovación las primas podrán sufrir incrementos. Dicha renovación se llevará a cabo siempre y cuando el Contratante no dé aviso por escrito de la cancelación de la Póliza dentro de los cinco días hábiles anteriores al término de vigencia de la póliza o no se cuente con la autorización con firma autógrafa del Asegurado del cargo automático a su cuenta bancaria para el pago de la prima si este fuera su forma de pago de acuerdo con la cláusula Pago.**
- **Renovar las pólizas bajo condiciones congruentes a las originalmente contratadas. Lo anterior de conformidad con los productos que se encuentren registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y no omitiendo que el Asegurado podrá solicitar cambios en los parámetros y coberturas de su seguro contratado. Las tarifas para cada Asegurado serán las que se encuentren vigentes en la fecha de la renovación y estén debidamente registradas en la Comisión Nacional de**

Seguros y Fianzas.

El Asegurado perderá la Garantía de Renovación, si la Compañía comprueba que hubo dolo, mala fe, u omisiones o inexactas declaraciones.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente o comprobante de depósito hará prueba plena de la realización de dicho pago y será la prueba de renovación del Contratante.

Edad.

Los límites de edad de aceptación para esta Póliza son desde el nacimiento, hasta los 64 años de edad. Se considerará como edad de aceptación la que el Asegurado tenga al momento de la celebración de la Póliza.

La Compañía podrá solicitar documentos que comprueben la edad de los Asegurados: acta de nacimiento, pasaporte o credencial para votar. La Compañía anotará en la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Si se comprueba que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía no podrá rescindir el Contrato, a no ser que la edad del Asegurado al tiempo de la celebración del Contrato esté fuera de los límites de admisión fijados por esta Póliza. En este caso, la Compañía devolverá al Contratante la Prima neta menos el costo de adquisición del Asegurado que se encuentra fuera de los límites de admisión, dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se le solicitará indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la



información necesaria para ello.

Si el Asegurado hubiese pagado una Prima mayor a la de su edad real, la Compañía devolverá al Contratante la diferencia entre la Prima Neta no Devengada de la prima que se haya pagado en exceso y los gastos administrativos y de adquisición correspondientes. Dicha devolución se realizará en un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de comprobación de la edad del Asegurado y se le solicitará indique el método a través del cual se realizará la devolución de prima y la información necesaria para ello. Lo anterior siempre y cuando no hubiera acontecido algún siniestro, en cuyo caso, no procederá devolución alguna.

El nuevo monto de la Prima se fijará entonces de acuerdo con la edad real del Asegurado.

Si el Asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la Compañía solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima estipulada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del Contrato. (Artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Residencia.

Para efectos de este Contrato solamente estarán protegidos bajo este Contrato los asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a la Compañía cualquier cambio del lugar de residencia de los Asegurados incluidos en la Póliza dentro de los treinta días naturales al cambio de residencia del Asegurado.

Si no se da aviso por escrito a la

Compañía, ésta no tendrá obligación de proporcionar coberturas, ni cubrir gastos por reclamaciones que se presenten.

Otros seguros.

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas del presente Contrato estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el Asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a esta Compañía fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Reembolso.

Se pagarán por reembolso los servicios otorgados al Asegurado en los que la propia Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el Contrato por acreditarse saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. En este caso, previa recepción y evaluación del caso, la Compañía reintegrará al Asegurado el monto que corresponda.

Para efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

Por falta de disponibilidad del servicio se podrá entender que el Asegurado ha solicitado el servicio a la Red de Prestadores de Servicios a través de los procesos establecidos por la Compañía y que no se le han brindado los servicios conforme los



estándares determinados por la Compañía. No se deberá de incluir en este rubro la falta del Servicio en periodo de una epidemia o pandemia o afectación generalizada.

En otro caso, se aplicarán los copagos descritos en la cobertura Atención fuera de red.

El reembolso se realizará siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento que da origen a la reclamación de los gastos. En caso de que la Póliza se encuentre en el periodo de gracia, se deducirá del reembolso la cantidad de prima que se encuentre pendiente por pagar.

Cobro por servicios no cubiertos.

La Compañía tendrá el derecho de exigir el pago por parte del Contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente Contrato, o bien por falta de aviso de baja de algún Asegurado de acuerdo con la cláusula Bajas.

Responsabilidad de terceros

En los términos de este Contrato, queda entendido que el Asegurado y/o beneficiario al elegir voluntariamente dentro de las opciones ofrecidas por la Compañía, el hospital, los médicos que le atienden y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de salud, asume que la relación que establece el Asegurado y/o beneficiario y cualquiera de los prestadores de servicios mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece

únicamente, entre tales prestadores de servicios, hospitales y médicos con el asegurado y/o beneficiario.

Competencia.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en 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 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277, último párrafo, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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 las delegaciones de la CONDUSEF. En todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Unidad Especializada (UNE): teléfono 55-1085-2000 EXT 2120; domicilio: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines, núm. 3642, Piso 9 Oficina 901-B, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900 Ciudad de México; correo electrónico unidadespecializada@mediacess.com.mx; horario de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs. y de 15:00 a 17:00 hrs.

CONDUSEF: teléfono 55-5340-0999 en la CDMX y del interior de la República al 800-999-8080; con domicilio en Av. Insurgentes Sur núm. 762, planta baja, Col.



Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 Ciudad de México, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página www.condusef.gob.mx.

Prescripción.

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Adicionalmente ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

En términos del Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario

de Servicios Financieros.

Subrogación.

De conformidad con el Artículo 163 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La Compañía podrá liberarse en todo o parte de sus obligaciones si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la Compañía concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o beneficiario tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Omisiones o inexactas declaraciones.

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la contratación de la póliza.

De acuerdo con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho la póliza, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.



Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Contratante y/o Asegurado, la facultará para ejercer las acciones que conforme a derecho procedan a efecto de recuperar el pago que se hubiere otorgado en forma indebida.

Moneda.

Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Información sobre comisiones a intermediarios.

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Interés moratorio.

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado o beneficiario una Indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que indica lo siguiente: "ARTÍCULO 276.- Si una

Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

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



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

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno.

Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

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



c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

- IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 unidades de medida y actualización diaria.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.”

Agravación del riesgo.

El Asegurado y/o Contratante deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado y/o Contratante omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Si el Asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones (artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

La Compañía analizará el nuevo riesgo y en caso de aceptarlo, cobrará la extra-prima correspondiente, o bien, excluirá las enfermedades o actividades derivadas del nuevo riesgo.

Si el Contratante no cumple con la responsabilidad de informar por escrito sobre la agravación del riesgo, la Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamaciones derivadas del nuevo riesgo.

Arbitraje médico.

En caso de que la Compañía notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un padecimiento preexistente, éste podrá solicitar dirimir la controversia en un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes.

Si el reclamante acude a esta instancia,



la Compañía acepta someterse a comparecer ante ese árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará a las partes, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

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

Cancelación.

En caso de cancelación de la póliza, el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía con al menos 5 días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de la siguiente parcialidad, renovación o a la fecha de solicitud de cancelación.

De haber pagos anuales, semestrales o trimestrales, se podrá devolver la prima neta no devengada, en el caso de que la póliza no haya presentado siniestro o reclamación alguna, ya que, de haber estos eventos, se considerará que se ha devengado la prima en su totalidad.

En caso de ser procedente la devolución, el monto que se entregue al Contratante será el importe de la prima neta no devengada menos los gastos administrativos aplicables.

La solicitud de devolución deberá ser mediante un aviso por escrito firmado autógrafamente por el Contratante, al cual se le adicionará copia de la identificación oficial, datos de contacto como son:

teléfono, correo electrónico y domicilio.

Una vez resuelto procedente, la Compañía avisará por los medios de contacto al Contratante para que proporcione la cuenta bancaria del Contratante y se adjunte copia de su estado de cuenta, para que en un plazo de 30 días naturales de la resolución se haga el pago correspondiente.

Pago de indemnizaciones

Cuantía del pago.

La cantidad que se les pagará directamente a los Proveedores médicos de la Red, será igual a la suma de todos los gastos por servicios de salud amparados de acuerdo con las condiciones de la póliza y a los aranceles pactados previamente con la Red de Prestadores de Servicios.

Pagos impropcedentes.

Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a la Compañía dentro de un plazo de diez días hábiles a partir de su requerimiento. Hasta en tanto no se realice dicho pago, la Compañía no estará obligada a prestar el servicio.

Pagos por reembolso.

La Compañía reembolsará en los términos establecidos en la presente cláusula, el costo de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los que la Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este Contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.



Para efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica real.

Por falta de disponibilidad del servicio se podrá entender que el Asegurado ha solicitado el servicio a la Red de Prestadores de Servicios a través de los procesos establecidos por la Compañía y que no se le han brindado los servicios conforme los estándares determinados por la Compañía. En ningún caso se entenderá que el Asegurado podrá elegir a médicos de diferente especialidad a la que hubiere sido requerida. No se deberá de incluir en este rubro la falta del Servicio en periodo de una epidemia o pandemia o afectación generalizada. En el caso de que la Compañía haya realizado un pago al Asegurado y éste resulte no procedente, la Compañía queda facultada para compensar el pago a favor de la misma.

Para los casos en donde la Red de Prestadores de Servicios no haya brindado la atención médica necesaria sobre los derechos previstos en este Contrato, por causas en que se acredite saturación o falta de disponibilidad a consecuencia de una epidemia o pandemia, y el Asegurado haya acudido a atender su enfermedad fuera de la Red de Prestadores de servicios, este deberá cubrir los gastos correspondientes y presentar los comprobantes con la solicitud de reembolso de gastos de acuerdo con lo estipulado en esta Cláusula; sobre el monto reclamado por el Asegurado la Compañía establecerá el monto procedente de

acuerdo con el GUA y a las condiciones de esta póliza. A dicho monto procedente se le descontará el copago contratado y a la cantidad resultante se le aplicará un copago adicional conforme a lo siguiente:

- **Urgencia médica real fuera de Red: Se aplicará un copago adicional del 25% (veinticinco por ciento) sobre el monto del reembolso procedente determinado por la Compañía.**
- **Atención fuera de la Red: Se aplicará un copago adicional del 50% (cincuenta por ciento) sobre el monto del reembolso procedente determinado por la Compañía.**

Salvo que no exista Red de Prestadores de Servicios en la localidad, en cuyo caso no aplicará el copago adicional y se reembolsarán los gastos médicos cubiertos conforme a lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza contratada, y al monto procedente se le descontará el copago contratado.

La Compañía determinará si los gastos procedentes erogados por padecimientos cubiertos corresponden a una urgencia médica real de acuerdo con las definiciones de este Contrato. En caso de que los gastos procedentes no hayan sido originados por una urgencia médica real, se reembolsarán aplicando el copago adicional indicado, aun cuando la atención se haya realizado en el área de urgencias. En caso de que un Asegurado sea atendido por una urgencia médica real o bien si tomó la decisión de recibir atención médica fuera de la Red de Proveedores Médicos, es obligación del mismo dar aviso por escrito a la Compañía, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier urgencia médica real o atención



médica que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación de este tipo, el reclamante deberá comprobar a la Compañía la ocurrencia del siniestro y presentar las formas de declaración que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, tales como: facturas y recetas en original, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

Los documentos de comprobación de los gastos efectuados quedaran en poder de la Compañía una vez pagada la reclamación. Para el trámite de reembolso de gastos es indispensable entregar la siguiente documentación:

- **Aviso de accidente o enfermedad:** Este documento será llenado en forma completa, con letra legible y firma autógrafa del Asegurado de la póliza.
- **Informe Médico:** El documento será requisitado y firmado autógrafamente por el o (los) Médico (s) que haya (n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente objeto de la reclamación y por lo tanto se anexarán todos los informes de los Médicos que hayan participado, con firma autógrafa del Asegurado de la Póliza.
- **Comprobantes de Gastos:** Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser facturas originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales.

Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis,

electrocardiogramas, encefalogramas, y demás elementos probatorios.

Las notas o facturas de medicamentos y/o estudios, así como cualquier otro gasto erogado, deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante. Las facturas deberán estar a nombre de la Compañía (Medi Access Seguros de Salud, S.A. de C.V) o en su defecto a nombre del Contratante y/o Asegurado.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico, como el aviso de accidente o enfermedad, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.

Cada recibo por honorarios deberá estar relacionado a un sólo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.).

La Compañía sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean familiares del Asegurado, así como los gastos de internamiento efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

El reembolso se pagará deduciendo de la cantidad que resulte procedente, el importe de las primas vencidas y no pagadas, así como en su caso, el copago respectivo, siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado que se trate al momento en que se erogaron los gastos.

No se hará, por parte de la Compañía, ningún pago a establecimientos de



caridad, beneficencia, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración.

El reembolso que haga la Compañía al Asegurado por cada uno de los servicios amparados por la presente póliza, en ningún caso excederá el Gasto Usual y Acostumbrado para la Red de Prestadores de Servicios Médicos de la Compañía.

El monto de reembolso de la atención médica se determina con base en los precios que se pactan con nuestros proveedores médicos, los cuales pueden variar en función de la localidad, especialidad, actualización de costos y accesibilidad de estos. Descontando del monto procedente el copago contratado para cada cobertura y que viene indicado en la Carátula de la Póliza.

La Compañía reembolsará al Asegurado o a quien corresponda la indemnización que proceda, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación ajustándola previamente a las condiciones y limitaciones de la póliza.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Cambio de plan.

En caso de que el Asegurado desee

realizar un cambio de plan o producto, podrá solicitarlo por escrito utilizando los formatos que se encuentren vigentes para tal efecto. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio.

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

Los padecimientos y/o diagnósticos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, Condiciones Generales y endosos vigentes al momento del diagnóstico del padecimiento.

Derechos del Asegurado.

El Asegurado que requiera algún servicio médico de acuerdo con las condiciones del plan tendrá los siguientes derechos:

1. Acceso expedito a los servicios.
2. Trato respetuoso de parte del médico tratante.
3. Los servicios proporcionados serán con respeto a la privacidad, y la información relativa será confidencial.
4. Seguridad personal durante el proceso de la atención tanto a él como a sus acompañantes.
5. Conocer la identidad y grado de preparación del prestador del servicio que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. Ser informado sobre su padecimiento,



los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

7. Tiene el derecho de mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado por el médico tratante en forma clara, comprensible, oportuna, veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
8. No será sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en este Contrato.
10. A decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.
11. Seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en este Contrato.

Así como cualquier derecho que esté previsto en estas Condiciones Generales.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este Contrato acceder a la sección **“Preceptos normativos”** del sitio: www.segurosmediaccess.com.mx

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

ARTÍCULO 200.- Las Instituciones de Seguros, al realizar su actividad, deberán observar los siguientes principios:

- I. Ofrecer y celebrar contratos en relación a las operaciones autorizadas, en términos de las disposiciones legales aplicables y conforme a las sanas prácticas en materia de seguros, con el propósito de lograr una adecuada selección de los riesgos que se asuman;
- II. Determinar, sobre las bases técnicas, las primas netas de riesgo a fin de garantizar, con un elevado grado de certidumbre, el cumplimiento de las obligaciones que al efecto contraigan con los asegurados;
- III. Prever que las estipulaciones contenidas en la documentación contractual correspondiente a las diversas operaciones de seguro, así como la determinación del importe de las primas y extraprimas, su devolución y pago de dividendos o bonificaciones, en caso de que se contrate ese beneficio, no den lugar a la disminución de la prima neta de riesgo;
- IV. Indicar de manera clara y precisa en la documentación contractual de las operaciones de seguros y la relacionada con éstas, el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes,



franquicias o deducibles y cualquier otra modalidad que se establezca en las coberturas o planes que ofrezca la Institución de Seguros, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios. De igual manera, se deberá procurar claridad y precisión en la comunicación individual o colectiva que por cualquier medio realicen las Instituciones de Seguros con sus asegurados, contratantes y beneficiarios o con el público en general;

- V. Verificar que la documentación contractual y la nota técnica de los productos de seguros que ofrezcan al público, mantengan la debida congruencia, a fin de que las obligaciones para las partes contenidas en el contrato, correspondan con las determinaciones técnicas del producto de seguros respectivo, y
- VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán:
 - a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y
 - b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le

preste el médico conforme a lo pactado.

ARTÍCULO 201.

Los productos de seguros mediante los cuales las Instituciones de Seguros ofrezcan al público las operaciones que esta Ley les autoriza y los servicios relacionados con éstas, se integrarán por la nota técnica, la documentación contractual y un dictamen de congruencia, conforme a lo siguiente:

- I. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones II y III del artículo 200 de la presente Ley, las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de las coberturas, planes y las primas que correspondan a sus productos de seguros, en una nota técnica en la que se exprese, de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:
 - a) La descripción de la cobertura y de cada uno de los riesgos asegurados;
 - b) Los procedimientos actuariales para la determinación de primas y extraprimas;
 - c) La justificación técnica de la suficiencia de las primas y, en su caso, de las extraprimas;
 - d) Los procedimientos actuariales para la estimación de la reserva técnica del producto de seguros y la forma en que se vinculan a los métodos actuariales a que se refiere el artículo 219 de esta Ley;
 - e) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso, se establezcan;



- f) La justificación técnica de la tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas técnicas, y de las bases demográficas y estadísticas, así como la información en que se sustentan las hipótesis financieras y demográficas, de conformidad con las disposiciones aplicables;
- g) Los procedimientos actuariales para la determinación de los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan;
- h) Los procedimientos actuariales para calcular los valores garantizados, en los casos en que proceda;
- i) Los recargos por costos de adquisición, administración y utilidad que se pretendan cobrar, y
- j) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate.

Las notas técnicas de los productos de seguros deberán ser elaboradas en términos de lo previsto en el presente artículo y en el artículo 200 de esta Ley, y con apego a los estándares de práctica actuarial que al efecto señale la Comisión mediante disposiciones de carácter general. Las notas técnicas deberán ser elaboradas y firmadas por un actuario con cédula profesional, que además cuente con la certificación vigente emitida para este propósito por el colegio de la especialidad o acredite ante la Comisión que tiene los conocimientos requeridos para este efecto; la Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá los

requisitos que deberán cumplir quienes elaboren y firmen notas técnicas, así como los requisitos que deberán cumplirse para acreditar ante la Comisión los referidos conocimientos;

- II. Para los efectos de lo dispuesto en las fracciones III y IV del artículo 200 de este ordenamiento, la documentación contractual de los productos de seguros, se integrará por los contratos en que se formalicen las operaciones de seguros, así como por los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a dichos contratos. Dicha documentación contractual deberá ser escrita en idioma español y con caracteres legibles a simple vista, de conformidad con lo que establezcan las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo.

La documentación contractual de los productos de seguros deberá contar con un dictamen jurídico que certifique su apego a lo previsto en el presente artículo y en el artículo 200 de esta Ley, y que la misma no contiene estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas que le sean aplicables y que no establece obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros y otras operaciones a que se refieran. La Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes suscriban dicho dictamen, y

- III. Para los efectos de lo dispuesto en la fracción V del artículo 200 de la presente Ley, los productos de seguros



deberán contar con un dictamen de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual, el cual deberá ser firmado por el actuario encargado de la elaboración de la nota técnica a que se refiere la fracción I de este precepto, así como por quien haya suscrito el dictamen jurídico del producto de seguros de que se trate conforme a lo dispuesto en la fracción II del presente artículo.

Las Instituciones de Seguros deberán mantener en sus archivos la documentación que acredite que sus productos de seguros cumplen con lo establecido en este artículo y en los artículos 200 y 202 de esta Ley, para los fines de inspección y vigilancia de la Comisión.

ARTÍCULO 202.-

Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo

señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, Asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

ARTÍCULO 203.- El procedimiento y requisitos para el registro a que refiere el artículo 202 de esta Ley, serán establecidos por la Comisión mediante disposiciones de carácter general, las cuales considerarán la forma y términos en que las Instituciones de Seguros deberán acreditar que sus productos de seguros cumplen con lo señalado en los artículos 200 y 201 de este ordenamiento.

La Comisión, en las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo, establecerá el procedimiento y requisitos para el registro de los servicios



relacionados con los productos de seguros que deban registrarse en términos del artículo 202 de la presente Ley.

ARTÍCULO 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de

multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

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



VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo



278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá

preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ARTÍCULO 278.- Los seguros de caución que las Instituciones de Seguros otorguen a favor de la Federación, del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, se harán efectivos, a elección del asegurado, haciendo valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros o bien, ante los tribunales competentes, siguiendo los procedimientos establecidos en las disposiciones legales aplicables. Estos asegurados



también podrán optar por requerir las indemnizaciones derivadas de los seguros de caución de acuerdo con las disposiciones que a continuación se señalan y de conformidad con las bases que fije el Reglamento de este artículo, excepto tratándose de los seguros de caución que se otorguen a favor de la Federación para garantizar indemnizaciones relacionadas con el incumplimiento de obligaciones fiscales a cargo de terceros, caso en que se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación:

- I. Las Instituciones de Seguros estarán obligadas a enviar, según sea el caso, a la Tesorería de la Federación, a la Tesorería del Gobierno del Distrito Federal, o bien a las autoridades estatales o municipales que correspondan, una copia de todos los certificados de seguro de caución que expidan a su favor. El cumplimiento de esta obligación podrá pactarse mediante el uso de los medios a que se refiere el artículo 214 de esta Ley;
- II. Al hacerse exigible un seguro de caución a favor de la Federación, la autoridad que lo hubiere aceptado, con domicilio en el Distrito Federal o bien en alguna de las entidades federativas, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, deberá comunicarlo a la autoridad ejecutora más próxima a la ubicación donde se encuentren instaladas las oficinas principales, sucursales, oficinas de servicio o bien a la del domicilio del apoderado designado por la Institución de Seguros para recibir requerimientos de pago, correspondientes a cada una de las regiones competencia de las Salas Regionales del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa.

La autoridad ejecutora facultada para ello en los términos de las disposiciones que le resulten aplicables, procederá a requerir de pago, en forma personal, o bien por correo certificado con acuse de recibo, a la Institución de Seguros, de manera motivada y fundada, acompañando los comprobantes para exigir el monto de la indemnización líquida conforme a lo previsto en el certificado de seguro de caución, en los establecimientos o en el domicilio del apoderado designado, en los términos a que se hace cita en el párrafo anterior.

Tratándose del Distrito Federal, de los Estados y de los Municipios, el requerimiento de pago, lo llevarán a cabo en los términos anteriores, las autoridades ejecutoras correspondientes.

En consecuencia, no surtirán efecto los requerimientos que se hagan a los agentes de seguros, ni los efectuados por autoridades distintas de las ejecutoras facultadas para ello;

- III. Dentro de un plazo de treinta días contado a partir del día siguiente a aquél en que surta efectos la notificación del requerimiento de pago, la Institución de Seguros deberá comprobar, ante la autoridad ejecutora correspondiente, que hizo el pago o que demandó la nulidad del requerimiento de pago, en los términos de la fracción IV de este artículo.

En caso contrario, dentro de los veinticinco días hábiles siguientes al vencimiento de dicho plazo, la autoridad ejecutora de que se trate con conocimiento de la Institución de Seguros, solicitará a la Comisión que ordene se



rematen valores propiedad de la Institución de Seguros, bastantes para cubrir el importe del requerimiento de pago, más la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado. La Comisión requerirá a la Institución de Seguros para que, en un plazo de cinco días hábiles, acredite haber hecho el pago correspondiente o demandado la nulidad del mismo, apercibiéndola de que de no comprobar alguno de esos supuestos ordenará el remate solicitado.

Si la Institución de Seguros se presenta a realizar el pago del importe requerido, deberá realizarlo junto con la indemnización por mora que hasta ese momento se hubiera generado, de conformidad con lo previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley.

Para el remate de valores, la Comisión procederá a realizar las siguientes acciones:

- a) Contar con los registros sobre las inversiones en valores de las Instituciones de Seguros autorizadas para operar los seguros de caución, y
- b) Ordenar, bajo apercibimiento de aplicación de la medida de apremio que para este supuesto se prevé con multa prevista en el artículo 472 de esta Ley, el remate o la transferencia de valores una vez transcurridos los cinco días hábiles otorgados a la Institución de Seguros sin que se haya acreditado el pago, para lo cual girará oficio al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores correspondiente, solicitándole llevar a cabo, dentro del plazo improrrogable de cinco días hábiles, el remate o la

transferencia de los valores suficientes para cubrir el monto del requerimiento.

Del oficio al que se refiere el inciso b) anterior, deberá entregar copia a la Institución de Seguros, a efecto de que, previo a que fenezca el plazo otorgado, en su caso, manifieste ante la Comisión haber realizado el pago respectivo, informando también al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de que se trate, para los fines correspondientes.

Para los efectos previstos en esta fracción, la Comisión ordenará al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

Es obligación de los intermediarios del mercado de valores y de las instituciones para el depósito de valores, acatar la orden de remate o de transferencia de valores a un intermediario del mercado de valores para que éste proceda al mismo, que le notifique la Comisión, a efecto de que con el producto del remate adquieran el billete de depósito por el monto que corresponda, a nombre y disposición de la autoridad ejecutora de que se trate, el cual deberá hacerse llegar a la Comisión para que ésta lo entregue a dicha autoridad.



Si se incumple con dicha obligación se hará efectiva la medida de apremio que para dichos supuestos se prevé en el segundo, tercer y cuarto párrafo del artículo 472 de esta ley, y se ordenará nuevamente el remate o la transferencia de valores, para lo cual se otorgará un plazo adicional de cinco días para efectuarlo.

El incumplimiento de la orden en el plazo adicional de cinco días a que se refiere el párrafo anterior, será sancionado penalmente, conforme a lo dispuesto en el sexto párrafo del artículo 498 de esta Ley.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el tercer párrafo de este inciso b). Adicionalmente, en dichos contratos, deberá establecerse que el incumplimiento de la orden de remate o de transferencia será sancionado en términos del artículo 498.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en esta fracción.

Los intermediarios del mercado de

valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley, a las demás disposiciones aplicables y a la competencia de la Comisión. El incumplimiento de las obligaciones previstas en este artículo, será sancionado por la Comisión conforme a este ordenamiento, con independencia de las demás responsabilidades que del mismo pudieran derivar;

- IV. En caso de inconformidad contra el requerimiento de pago, la Institución de Seguros, dentro del plazo de treinta días señalado en la fracción III de este artículo demandará la nulidad del requerimiento de pago ante la Sala Regional del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa de la jurisdicción que corresponda a la ubicación de los establecimientos o la del apoderado designado, a que se hace cita en la fracción II, primer párrafo, de este artículo, donde se hubiere formulado el citado requerimiento, debiendo la autoridad ejecutora o, en su caso, la Comisión, suspender el procedimiento de ejecución cuando se informe y compruebe que se ha presentado oportunamente la demanda respectiva, exhibiéndose al efecto copia sellada de la misma.

También se suspenderá dicho procedimiento cuando se informe y compruebe ante la ejecutora que, derivado de un medio de defensa legal pendiente de resolución firme, promovido por el contratante del seguro en el que se cuestione el cumplimiento de la



obligación principal, se concedió la suspensión de la ejecución del certificado de seguro de caución;

V. En el mismo requerimiento de pago que formule la autoridad ejecutora se apercibirá a la Institución de Seguros, de que si dentro de los plazos señalados en el presente artículo, no hace el pago de las indemnizaciones que se le reclaman, se le rematarán valores en los términos de este artículo;

VI. El procedimiento de ejecución solamente terminará por una de las siguientes causas:

- a) Por pago voluntario;
- b) Por haberse hecho efectivo el cobro en ejecución forzosa;
- c) Por sentencia firme del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, que declare la nulidad del requerimiento de pago, o
- d) Porque la autoridad que hubiere hecho el requerimiento se desistiere del cobro.

Los oficios de desistimiento de cobro, necesariamente deberán suscribirlos los funcionarios facultados o autorizados para ello;

VII. En caso de que la Institución de Seguros sostenga que una póliza o certificado de seguro de caución sean falsos, la Comisión sólo suspenderá o dará por terminado el procedimiento de remate de valores, por resolución expresa que reciba del Ministerio Público o del Juez que conozca del asunto, o bien cuando la Comisión hubiera emitido la opinión a que se refiere el

artículo 494 de este ordenamiento, en el sentido de que podría constituirse el delito previsto en el artículo 506, fracción IV, de esta Ley;

VIII. Cuando se haga efectivo un seguro de caución conforme al procedimiento de ejecución establecido en este artículo, la indemnización por mora deberá pagarse de conformidad con lo previsto en el segundo párrafo de la fracción VIII del artículo 276 de esta Ley, y

IX. En la determinación del monto del requerimiento por la obligación principal, así como de la indemnización por mora, se considerarán, inclusive, las fracciones del peso como unidad del sistema monetario nacional. No obstante, para efectuar los pagos, los montos que comprendan fracciones de peso se ajustarán a la unidad inmediata inferior cuando contengan cantidades de 1 hasta 50 centavos; de la misma forma, los que contengan cantidades de 51 a 99 centavos, se ajustarán a la unidad inmediata superior.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 19.

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21.

El contrato de seguro:

- I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios.
- II. No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III. Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida, el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere

necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 25.

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

Artículo 40.

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.

Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.

La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.



Artículo 52.

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

Artículo 55.

Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.

Artículo 71.

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.

Artículo 81.

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o

inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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.

Artículo 84.

Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Artículo 163.

El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la



misma.

Artículo 172.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de

acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 204.

Todas las disposiciones de la presente ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo



que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 68

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

- I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;



La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

- IV.** La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.
- V.** La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI.** La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

- VII.** En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.



En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII.** En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

- IX.** La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

- X.** Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral



conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

- XI.** Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

Artículo 68 Bis.

Cuando las partes no se sometan al arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un acuerdo de trámite que contenga un dictamen.

Cuando este dictamen consigne una obligación contractual incumplida, cierta,

exigible y líquida, a juicio de la Comisión Nacional, se considerará título ejecutivo no negociable, en favor del Usuario.

La Institución Financiera podrá controvertir el monto del título, presentar las pruebas y oponer las excepciones que estime convenientes ante la autoridad judicial competente. La acción ejecutiva derivada del dictamen prescribirá a un año de su emisión.

Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

El dictamen a que se refiere el presente artículo sólo podrá emitirse en asuntos de cuantías inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. El dictamen sólo podrá tener el carácter de título ejecutivo, en los términos de este artículo, en asuntos por cuantías inferiores al equivalente en moneda nacional a cincuenta mil unidades de inversión, salvo que se trate de instituciones de seguros, sociedades mutualistas de seguros y administradoras de fondos para el retiro, en los cuales el monto deberá ser inferior a cien mil unidades de inversión. En ambos supuestos se considerará la suerte principal y sus accesorios.



Anexo I – Cartilla Básica de Vacunación

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA
BCG	TUBERCULOSIS	UNICA	AL NACER
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMER	AL NACER
		SEGUNDA	2 MESES
		TERCERA	6 MESES
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMELITIS E INFECCIONES POR H. influenzae b	PRIMER	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
		CUARTA	18 MESES
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS
ROTAVIRUS	DIARREA DE ROTAVIRUS	PRIMER	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		TERCERA	6 MESES
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES
		SEGUNDA	4 MESES
		REFUERZO	12 MESES
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES
		SEGUNDA	7 MESES
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES
S R P	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PARATIDITIS	PRIMERA	1 AÑO
		REFUERZO	6 AÑOS
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	ADICIONALES	

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 a partir del día 3 de junio de 2026 con el número CNSF-H0702-0066-2026/CONDUSEF-007270-01.

