

Condiciones generales

Gastos Médicos Mayores Individual o Familiar Atlas Med Óptimo

Mayo/2015

Índice

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes	5
Sección I. Definiciones.....	6
Sección II. Cláusulas	10
1. Objeto del contrato.....	10
2. Contrato	10
3. Vigencia	10
4. Territorialidad	10
5. Otros seguros.....	10
6. Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato.....	10
7. Agravación del riesgo.....	11
8. Modificaciones	11
9. Rectificación de la Póliza	11
10. Moneda.....	11
11. Primas y obligaciones de pago	11
12. Rehabilitación	12
13. Terminación anticipada del contrato	12
14. Renovación.....	12
15. Edad	13
16. Altas en la Familia Asegurada	14
17. Bajas en la familia asegurada.....	14
18. Aviso.....	15
19. Pruebas y comprobación del Siniestro.....	15
20. Plazo para el pago de Indemnizaciones	16
21. Interés moratorio.....	16
22. Compensación de Primas contra Siniestros	16
23. Suma Asegurada aplicable al Siniestro	16

24.	Gastos en moneda extranjera.....	16
25.	Aplicación de Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada.....	16
26.	Relaciones del Asegurado con los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.....	18
27.	Reembolso.....	18
28.	Pago de Gastos Médicos complementarios.....	18
29.	Periodo de Beneficio.....	18
30.	Hospitales o Sanatorios de beneficencia	19
31.	Preexistencia	19
32.	Arbitraje médico.....	19
33.	Prescripción	20
34.	Competencia.....	21
35.	Comunicaciones	21
36.	Comisiones	21
37.	Régimen fiscal	21
Sección III. Gastos Médicos Cubiertos		22
1.	Gastos hospitalarios.....	22
2.	Honorarios médicos	22
3.	Medicamentos y otras sustancias	23
4.	Servicios de diagnóstico	23
5.	Servicios de ambulancia	23
6.	Insumos y otros servicios médicos.....	24
7.	Gastos Funerarios del Asegurado Titular.....	24
8.	Otros Gastos Médicos.....	24
9.	Gastos Médicos de procedimientos quirúrgicos sujetos a condiciones especiales.....	25
Sección IV. Periodos de Espera		27
Sección V. Exclusiones.....		29

Condiciones de endosos adicionales para Gastos médicos mayores	32
Endoso para anticipo por cirugía programada	33
Endoso para cobertura de SIDA	34
Endoso por daño psiquiátrico	36
Endoso para Med Asistencia	38
Endoso de enfermedades catastróficas en el extranjero	54
Endoso para cobertura vitalicia	61
Endoso para reconocimiento de antigüedad	62
Endoso de ayuda por maternidad	63
Endoso para Cobertura de Emergencia en el Extranjero	64
Endoso para Cobertura en Franja Fronteriza	65
Endoso por Continuación familiar	66
Endoso de Gastos funerarios para dependientes	67
Endoso de Regionalización	68
Endoso de hospitales para plan Óptimo	69
Endoso Dental Med Atlas	71
Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s)	88

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

Sección I. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro, a continuación se precisan las siguientes definiciones:

- 1. Accidente.** Acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.
- 2. Asegurado.** Persona física que obtiene el beneficio de las coberturas del contrato, pudiendo ser Asegurado Titular o Dependiente Económico.
- 3. Asegurado Titular.** Persona física para la cual en primera instancia, se solicita la cobertura y cuyo nombre aparece en la Carátula de Póliza.

Cuando el Asegurado Titular sea menor de edad, toda información requerida con relación al mismo, deberá ser firmada por el padre o tutor.

- 4. Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas.** Documento contractual que estipula los importes máximos a indemnizar por concepto de Honorarios Médicos.
- 5. Coaseguro.** Cantidad a cargo del Asegurado, que resulta de aplicar el porcentaje convenido al total de los Gastos Médicos cubiertos, después de restar el Deducible estipulado en la Carátula de Póliza.
- 6. Contratante.** Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la Prima.
- 7. Contrato de Seguro.** Contrato por el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.
- 8. Cuadro de Especificaciones.** Documento contractual que forma parte de la Póliza y que es un resumen en el cual se mencionan los Endosos adicionales y gastos de la cobertura básica que están cubiertos de forma especial, especificando la Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro y/o Periodo de Espera.
- 9. Deducible.** Cantidad estipulada en la Carátula de Póliza y cuyo importe correrá a cargo del Asegurado en cada Siniestro.

- 10. Dependiente Económico.** Se considera Dependiente Económico del Asegurado Titular, a su cónyuge o concubina (ario) e hijos(as) que sean: solteros, menores de 30 años y que no obtengan ingreso por trabajo personal.
- 11. Endoso.** Documento que altera o modifica el Contrato de Seguro y que forma parte de éste.
- 12. Enfermedad.** Toda alteración de la salud, que resulte por la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo.
- 13. Enfermedad Congénita.** Enfermedad con la cual se nace.
- 14. Enfermera.** Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser Enfermera General o Especializada.
- 15. Extraprima.** Cantidad adicional de Prima, que el Asegurado se obliga a pagar a Seguros Atlas, por cubrir un Riesgo Agravado.
- 16. Familia Asegurada.** El Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos definidos en esta sección y que sean amparados por la Póliza.
- 17. Gastos Médicos.** Contraprestación derivada de una atención o servicio médico y/o hospitalaria, en que incurre el Asegurado para la atención o tratamiento médico de un Padecimiento de acuerdo a lo definido en esta sección.
- 18. Hospital o Sanatorio.** Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.
- 19. Hospitalización.** Es la estancia en una institución legalmente autorizada para la atención médica, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno.
- 20. Hospitalización por Cirugía Ambulatoria.** Caso en que el Asegurado ingresa al Hospital o Sanatorio, para un procedimiento quirúrgico de corta estancia.
- 21. Legrado Ginecológico.** Extracción de tejido de la cavidad uterina como parte del tratamiento de Padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.
- 22. Legrado Obstétrico.** Extracción de residuos de membranas fetales de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial del aborto de cualquier causa, y cualquier otra complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.

- 23. Lesión.** Alteración órgano-funcional que se deriva de cualquier Accidente.
- 24. Médico.** Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.
- 25. Padecimiento.** Término genérico para referirse a una Enfermedad o Accidente.
- 26. Padecimiento Preexistente.** Padecimiento cuyos síntomas o signos se manifiestan en cada Asegurado, antes de la contratación de la Póliza.
- 27. Pago Directo.** Proceso mediante el cual, el Asegurado recibe atención de Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, y el pago de los Gastos Médicos Cubiertos es realizado directamente por Seguros Atlas.
- 28. Periodo de gracia.** Plazo que Seguros Atlas concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones.
- 29. Plan.** Se conforma por los siguientes componentes de la Póliza: Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Catalogo de Intervenciones Quirúrgicas, Condiciones especiales de contratación, y aquellos que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho.
- 30. Póliza.** Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas y el Contratante.
- 31. Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.** Médicos, Hospitales, establecimientos de salud, farmacias, laboratorios o gabinetes clínicos, que tienen celebrado un acuerdo con Seguros Atlas para proporcionar sus servicios a los Asegurados.
- 32. Prima.** Aportación económica que debe pagar el Contratante a Seguros Atlas en contraprestación por la cobertura de seguro.
- 33. Reembolso.** Proceso mediante el cual Seguros Atlas indemniza los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza cuando dichos gastos no se hayan pagado directamente por Seguros Atlas al prestador de servicios médicos.
- 34. Seguros Atlas.** Compañía aseguradora registrada con razón social, Seguros Atlas, S.A.
- 35. Siniestro.** La ocurrencia de cualquier Padecimiento cuyos Gastos Médicos puedan ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

- 36. SMGMVDF.** Siglas empleadas para referirse al Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.
- 37. Suma Asegurada.** Límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas, en cada Siniestro reclamado y procedente, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la Carátula, Cuadro de Especificaciones, Endosos, Condiciones Generales y Especiales de la Póliza.
- 38. Tarjeta de Identificación.** Tarjeta que se entrega al Asegurado Titular y en su caso a los Dependientes Económicos, que les servirá como identificación ante los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.
- 39. Tope de Coaseguro.** Monto máximo que pagará el Asegurado en cada Siniestro procedente reclamado a Seguros Atlas, por concepto de Coaseguro.
- 40. USD.** (United States Dollar) Siglas empleadas para referirse a Dólares Estadounidenses.

Sección II. Cláusulas

1. Objeto del contrato

Este Contrato de Seguro cubre los Gastos Médicos, Hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, cuando se haya afectado por causa de un Padecimiento que ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y que de acuerdo con estas Condiciones Generales sean Gastos Médicos Cubiertos.

2. Contrato

El Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas se constituye de: la Solicitud de Seguro, la Caratula de Póliza, el Cuadro de Especificaciones, el Registro de Asegurados, Condiciones Generales, los Endosos anexos, el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas, las Tarjetas de Identificación y los Recibos de Pago.

Cuando no se cubran gastos causados por Padecimientos, desordenes, lesiones, operaciones, complicaciones y/o tratamientos de cualquier miembro asegurado en la Póliza, se anexará al Contrato de Seguro una Lista de Asegurados con Padecimientos Excluidos.

3. Vigencia

Este contrato tendrá vigencia durante el período indicado en la Carátula de Póliza.

4. Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la Póliza sólo ampara los Gastos Médicos Cubiertos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos.

5. Otros seguros

El Contratante debe notificar por escrito a Seguros Atlas sobre todo seguro que contrate o haya contratado, y que cubra a las mismas personas contra los mismos riesgos, indicando los nombres de las compañías aseguradoras y las Sumas Aseguradas.

En caso de Siniestro, si las coberturas otorgadas en la Póliza estuvieran amparadas en su totalidad o en forma parcial por otros seguros, en ésta u otras aseguradoras, el total de las indemnizaciones pagaderas por todas las Pólizas, no podrá exceder el total de los Gastos Médicos incurridos.

Seguros Atlas no podrá establecer cláusulas que limiten de forma alguna el pago de los Siniestros por el hecho de que el Asegurado cuente con otras Pólizas de Gastos Médicos Mayores.

6. Omisiones o declaraciones inexactas y rescisión del contrato

El proponente estará obligado a declarar por escrito a Seguros Atlas, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los Artículos 8o, 9o y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a Seguros Atlas para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del Siniestro.

7. Agravación del riesgo

De conformidad con el Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el Contratante deberán comunicar a Seguros Atlas las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado o el Contratante omiten el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Seguros Atlas en lo sucesivo.

8. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza sólo se modificarán previo acuerdo entre el Contratante y Seguros Atlas, mediante Endosos o cláusulas previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia los agentes o cualquier otra persona sin autorización de Seguros Atlas, carecen de facultades para efectuar modificaciones o concesiones.

9. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante 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.

10. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante y/o Asegurado a Seguros Atlas, o de ésta al Contratante y/o Asegurado y/o Beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

11. Primas y obligaciones de pago

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y la forma de pago es anual, salvo convenio en contrario la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, los cuales no podrán ser inferiores a un mes. En este caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre el Contratante y Seguros Atlas, en el momento de la celebración del contrato. Si el Contratante opta por cubrir la Prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

Las Primas convenidas deberán ser pagadas por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice Seguros Atlas, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de Seguros Atlas contra entrega de recibo correspondiente. Cuando el conducto de pago sea un

Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B
T. (55) 91 77 50 00

Col. Bosques de las Lomas
www.segurosatlas.com.mx

México D.F. C.P. 05120
segatlas@segurosatlas.com.mx

cargo a tarjeta de crédito o débito, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el cargo realizado, hará prueba plena del pago, y servirá como elemento probatorio de la celebración del Contrato de Seguro.

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, conforme a lo previsto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

12. Rehabilitación

No obstante lo establecido en la cláusula de “**Primas y obligaciones de pago**”, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su Póliza y/o Endosos después del Periodo de Gracia convenido, referido en dicha cláusula.

Seguros Atlas podrá rehabilitar la Póliza y/o Endosos cuando se cumplan tanto los requisitos de asegurabilidad como sus políticas de aceptación y rehabilitación. Una vez que Seguros Atlas acepte el riesgo, rehabilitará la Póliza y/o Endoso(s), y fijará la Prima que corresponda o la parcialidad de ella, si se pactó su pago fraccionado.

13. Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá dar por terminado este contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso escrito a Seguros Atlas, dentro de los 15 días anteriores a la fecha en que termine el contrato.

Si ocurre algún Siniestro dentro de la vigencia de la Póliza y la siniestralidad es mayor o igual al 65% de la Prima Neta devengada, será improcedente la devolución de Prima Neta pagada y no devengada al Contratante.

En caso de que la siniestralidad de la Póliza sea menor al 65% de la Prima Neta devengada, el Contratante tendrá derecho a recuperar el 83% de la Prima Neta pagada y no devengada. La devolución de la proporción de prima correspondiente se pagará antes de los 30 días hábiles contados a partir de la fecha en que el Contratante solicite la devolución.

14. Renovación

El Contratante para renovar la Póliza tendrá que solicitarlo por escrito a Seguros Atlas dentro de los 30 días anteriores al fin de vigencia del contrato.

Seguros Atlas aplicará en la renovación condiciones de cobertura congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán Periodos de Espera, no se reducirán los límites de Edad, ni se solicitarán nuevos requisitos de asegurabilidad. Así mismo la red médica y hospitalaria será similar a la originalmente contratada.

El incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable en los términos establecidos en los Estándares de Práctica Actuarial. Así mismo se actualizará el Deducible y modalidades de Coaseguro contratado conforme a lo establecido para tales efectos en la Nota Técnica correspondiente.

Seguros Atlas informará con al menos 20 días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la Prima, Deducible, modalidades de Coaseguro aplicables a la misma.

Cualquier cambio que se pretenda realizar a la Póliza en su renovación estará sujeto a la autorización de Seguros Atlas y a sus políticas de Suscripción. Cuando se trate de un cambio de plan contratado en Seguros Atlas, los beneficios ganados por antigüedad de los Asegurados no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

En el caso de Asegurados que a consecuencia de Enfermedad, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, demuestren que se encontraban totalmente impedidos o incapacitados para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, Seguros Atlas a solicitud del Asegurado dentro de los 30 días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el periodo de la presunta incapacidad o impedimento exceda de 1 año, le renovará el seguro en cuestión y reconocerá sus derechos derivados de la antigüedad que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los Gastos Médicos que se hubiesen derivado de Padecimientos cubiertos en el seguro en cuestión, debiendo el Asegurado cubrir el pago de las Primas que en su caso debió pagar a Seguros Atlas durante el periodo que estuvo incapacitado.

En los casos en que por cualquier causa Seguros Atlas suspenda la operación de seguros de Gastos Médicos Mayores, los Asegurados con Siniestros ocurridos durante los años de vigencia del seguro, que continúen o deban continuar bajo atención médica, seguirán recibiendo la cobertura de los Gastos Médicos, descontando a cada año, de los saldos reclamados, la Prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro.

Salvo pacto expreso en contrario, este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del Asegurado Titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

15. Edad

a) Límites de edad.

La edad máxima de los Asegurados, para ser aceptados en la Póliza es de 64 años. El Asegurado que haya cumplido 70 años de edad, será excluido de la cobertura en el aniversario de la Póliza.

En el caso de los hijos, la edad máxima para tener derecho a la cobertura de la Póliza es de 29 años.

b) Comprobación.

Seguros Atlas se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez efectuada ésta, Seguros Atlas realizará la anotación respectiva, sin que pueda pedir nuevas pruebas.

c) Ajuste de indemnización.

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de Seguros Atlas 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.

Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Seguros Atlas estará obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la que habría sido necesario pagar para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

d) Recuperación.

Si Seguros Atlas hubiere pagado alguna indemnización al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más, conforme al cálculo del primer párrafo del inciso “c” de esta cláusula, incluyendo los intereses respectivos.

16. Altas en la Familia Asegurada

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de “Dependientes Económicos”, deberá incluirse en la cobertura de esta Póliza, mediante la solicitud del Contratante y aceptación de Seguros Atlas, conforme con las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Si el cónyuge del Asegurado Titular es considerado como Dependiente Económico de éste, los hijos del matrimonio, nacidos durante la vigencia de esta Póliza, serán amparados desde la fecha de su nacimiento, sin más requisitos que la solicitud escrita de su alta, dentro de los 30 días siguientes al día de su nacimiento. En caso contrario, su inclusión quedará sujeta a la aceptación por parte de Seguros Atlas, de acuerdo con las pruebas de asegurabilidad que en tal caso se requieran.

17. Bajas en la familia asegurada

Causarán baja de la cobertura de la Póliza, cualquier Asegurado que fallezca, o bien:

- a) Siendo cónyuge, se separe legalmente del Asegurado Titular.
- b) Siendo hijo: contraiga matrimonio, cumpla 30 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal, o deje de depender económicamente del Asegurado Titular.

18. Aviso

Tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del Siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberán ponerlo en conocimiento de Seguros Atlas.

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el Beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

Cuando el Asegurado o el Beneficiario no cumplan con la obligación que les impone esta cláusula, Seguros Atlas podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

19. Pruebas y comprobación del Siniestro

Cuando se derive alguna obligación para Seguros Atlas, el reclamante, además de entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas, debe presentar todas las pruebas de los gastos incurridos, tales como comprobantes, notas, facturas, recetas, etc., dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se hayan erogado dichos gastos.

De conformidad con el Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de Seguros Atlas quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

Seguros Atlas se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos en los cuales se base la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, Asegurado o Dependientes Económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

20. Plazo para el pago de Indemnizaciones

Seguros Atlas pagará al Asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que resulte del Contrato de Seguro, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

21. Interés moratorio

Si Seguros Atlas incumple con sus obligaciones derivadas del presente contrato, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

22. Compensación de Primas contra Siniestros

Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar las Primas que se le adeuden, con la indemnización debida al Asegurado de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

23. Suma Asegurada aplicable al Siniestro

Si la Suma Asegurada de la Póliza fue contratada en Salarios Mínimos Generales Mensuales, la Suma Asegurada aplicable al Siniestro se determinará por la cantidad fija equivalente en pesos, de acuerdo con el Salario Mínimo General Mensual Vigente del Distrito Federal en la fecha en que haya sido erogado el primer gasto del Siniestro, aun cuando su importe sea inferior al Deducible. Una vez determinada dicha Suma Asegurada, permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al Siniestro.

De igual forma, para cualquier Suma Asegurada expresada en dólares y que se afecte por un Siniestro, al ocurrir el primer gasto se fijará la Suma Asegurada en pesos al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día de erogación del gasto, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación.

Cuando la Suma Asegurada asignada a un Siniestro se agote, ésta no será reinstalable para el mismo Siniestro.

24. Gastos en moneda extranjera

En caso de que los Gastos Médicos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda conforme a las condiciones de la Póliza, se efectuará en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día en que se efectúen los pagos por parte de Seguros Atlas y publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

25. Aplicación de Deducible, Coaseguro y Suma Asegurada

El Deducible, Coaseguro, Tope de Coaseguro y Suma Asegurada aplicables en cada Siniestro reclamado, serán estipulados en la Caratula de Póliza, salvo aquellos gastos, padecimientos y procedimientos quirúrgicos en donde se especifique lo contrario.

A. En caso de Accidente

Salvo pacto expreso en contrario, en las reclamaciones por Accidente se indemnizarán los Gastos Médicos Cubiertos, sin aplicación de Deducible ni Coaseguro y hasta el límite de la Suma Asegurada contratada, después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente, se considerarán como un solo evento.

Cuando la atención médica sea brindada después de 90 días de ocurrido el Accidente, los Gastos Médicos realizados serán considerados derivados de una enfermedad.

B. En caso de Enfermedad.

Cuando el Asegurado presente una reclamación por Enfermedad, la indemnización correspondiente se calculará de la siguiente forma:

1. Se sumarán todos los Gastos Médicos Cubiertos después de ajustar cada concepto a los límites establecidos en el contrato.
2. Al resultado anterior, se le restará el Deducible correspondiente.
3. Se calculará el Coaseguro convenido, considerando en su caso el Tope de Coaseguro contratado, y se restará el importe obtenido al resultado de la resta anterior.
4. Del monto resultante, se pagará hasta el límite de la Suma Asegurada contratada.

B.1 Gastos Médicos acotados.

Para aquellos Padecimientos o procedimientos quirúrgicos con Gastos Médicos limitados a un monto de Suma Asegurada, en caso de Siniestro, se sumarán todos los Gastos Médicos Cubiertos sin ajustar cada concepto a los límites establecidos en el contrato y se aplicaran los numerales 2,3 y 4 del inciso “B” anterior.

B.2 Deducible por familia.

Cuando dos o más miembros de la Familia Asegurada en la misma Póliza, sufran una misma Enfermedad con un período de diferencia de hasta 30 días, contados a partir de la fecha en que inició la primera Enfermedad, se aplicará un solo Deducible.

B.3 Limitación del Tope de Coaseguro.

El Tope de Coaseguro no se aplicará a los Coaseguros indicados en los Endosos y coberturas que se adhieran a estas Condiciones Generales. De igual forma, no se impondrá Tope de Coaseguro para los gastos, Padecimientos y procedimientos quirúrgicos que indiquen un Coaseguro determinado.

B.4 Beneficio de Pago Directo

Si el Asegurado recibe atención médica de forma conjunta con Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, se reducirá el Deducible y el Coaseguro convenidos, conforme a lo indicado en el Cuadro de Especificaciones.

Queda a cargo del Asegurado el pago del Deducible, el Coaseguro y los gastos no amparados por la Póliza.

26. Relaciones del Asegurado con los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio

La atención que proporcionen los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio, conformará una relación contractual con el Asegurado ajena a Seguros Atlas.

Por consiguiente, la responsabilidad de la atención proporcionada será del prestador del servicio frente al Asegurado, y **Seguros Atlas no tendrá responsabilidad legal alguna derivada de esta relación.**

27. Reembolso

Cuando Seguros Atlas no haya liquidado de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento, se deberá presentar toda la documentación necesaria a Seguros Atlas para que sean reembolsados los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza.

El pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA) correspondiente a los Gastos Médicos reembolsados, será cubierto por Seguros Atlas. **Cualquier otro tipo de impuesto, no será reembolsado.**

28. Pago de Gastos Médicos complementarios

Si la Póliza es renovada anualmente sin interrupción alguna y exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, se continuará pagando los gastos complementarios de los Siniestros ocurridos en vigencias anteriores de esta Póliza.

Este beneficio será aplicable si la Póliza es renovada con las mismas características en cuanto a Suma Asegurada, nivel hospitalario, Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas, Deducible, Coaseguro, territorialidad de cobertura (nacional y/o nacional y extranjero) con los que fue contratada.

Si la Póliza se renueva en un plan menor, se le pagará con las condiciones de: Suma Asegurada y Catalogo de Intervenciones Quirúrgicas menor de ambos planes, así como el Deducible y Coaseguro mayor de ambos planes.

29. Periodo de Beneficio

Siempre que exista Suma Asegurada disponible para el Siniestro, al Asegurado que esté recibiendo algún tipo de atención hospitalaria al momento de finalizar la vigencia de la Póliza y esta no sea renovada, se le pagarán los gastos de dicha atención hospitalaria hasta por 30 días posteriores a partir de la fecha de terminación de vigencia de la Póliza.

No procederán reclamaciones a consecuencia de un Padecimiento cuyo origen este fuera de la vigencia de la Póliza.

30. Hospitales o Sanatorios de beneficencia

Seguros Atlas no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social, o cualesquiera otros semejantes con atención gratuita.

31. Preexistencia

Seguros Atlas podrá rechazar una reclamación por un Padecimiento preexistente cuando cuente con las siguientes pruebas:

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

Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

- b) **Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del Padecimiento de que se trate.**

Seguros Atlas podrá requerir al Asegurado, como parte del procedimiento de suscripción, que se someta a un examen médico. Si el Asegurado acepta ese examen médico, evitará que se aplique esta cláusula de Preexistencia sobre algún Padecimiento relacionado con el tipo de examen practicado, y que no hubiese sido diagnosticado en dicha valoración.

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de un Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas podrá aceptar o no dar cobertura para el Padecimiento declarado.

32. Arbitraje médico

Cuando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un Padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de “**Preexistencia**” de estas Condiciones Generales, y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente. Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a Seguros Atlas su decisión de someterse al Arbitraje Médico.

Posteriormente, mediante escrito firmado por ambas partes, se solicitará a una Institución de Salud de Asistencia Pública o Privada o cualquier otro organismo, que designe a un perito médico de la especialidad relacionada con el Padecimiento considerado como preexistente, para que funja como árbitro.

Una vez designado el árbitro, dentro de los 15 días hábiles posteriores a tal designación, las partes junto con el árbitro, se pondrán de acuerdo y establecerán el procedimiento, firmando para tal efecto el convenio arbitral. Las partes aceptarán la resolución emitida, y las vinculará teniendo el carácter de cosa juzgada.

Por el hecho de que el Contratante y/o Asegurado decida resolver la diferencia por la preexistencia de un Padecimiento mediante el Arbitraje Médico, se considera que renuncia a cualquier otro procedimiento de carácter judicial o administrativo que la Ley conceda a su favor para dirimir esta controversia, con la excepción de que sea imposible designar un árbitro, caso en el que quedarán a salvo sus derechos para ejercerlos ante los Tribunales Competentes.

Para garantizar la independencia e imparcialidad del árbitro designado para resolver esta controversia, éste no deberá tener ningún interés en el resultado de la misma, ni podrá ser amigo, enemigo, familiar, ni conocido del Contratante y/o bien de familiares, así como de los empleados o funcionarios de Seguros Atlas. En caso de que alguna de las partes conozca que existe alguna de estas circunstancias, lo manifestará por escrito a la otra parte, para que el árbitro nombrado abandone la controversia, y se designe a otro árbitro, siguiendo el procedimiento antes señalado.

El Contratante y/o Asegurado podrá utilizar esta cláusula sólo cuando Seguros Atlas rechace su reclamación, por considerar que el Padecimiento es preexistente. Sin embargo, si existiere alguna otra razón a la antes señalada por la cual se estime también como improcedente la referida reclamación, la controversia que llegare a suscitarse será resuelta por la autoridad judicial competente.

Este procedimiento será sin costo alguno para el Contratante y/o Asegurado, y en caso de existir, será liquidado por Seguros Atlas.

33. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años contados en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley, dicho plazo 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.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, asimismo se suspenderá en los casos previstos en esta Ley.

34. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado y/o el Beneficiario, podrán acudir en primera instancia a la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Seguros Atlas S. A., en donde se atenderá la consulta o reclamación planteada y se dará respuesta.

En caso de persistir la inconformidad, podrán acudir a cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros dentro de la República Mexicana, de no someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

35. Comunicaciones

Todas las comunicaciones que el Contratante necesite hacer a Seguros Atlas, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en el domicilio indicado en la caratula de la Póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de Seguros Atlas excepto que ésta se lo indicare al Contratante. Las comunicaciones de Seguros Atlas para el Contratante se harán en igual forma en el último domicilio del Contratante que fuere conocido por Seguros Atlas excepto que el Contratante facultara al agente para su recepción.

36. Comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Atlas, 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. Seguros Atlas 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.

37. Régimen fiscal

El Régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectuó el pago de indemnizaciones o beneficios derivados de este contrato.

Sección III. Gastos Médicos Cubiertos

Los siguientes conceptos se consideran Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza, si son medicamente prescritos y estrictamente necesarios para el tratamiento de los Padecimientos que afecten al Asegurado.

Cualquier Gasto Médico que no sea indicado en esta sección se considerará no cubierto, quedando éste a cargo del Asegurado.

1. Gastos hospitalarios

- 1.1 **Cuarto de hospital.** Gastos originados por el uso de un cuarto privado estándar, incluyendo cama extra para un acompañante, y el consumo de alimentos del paciente.
- 1.2 **Estancia en salas.** Gastos generados por la estancia del paciente en la sala de operaciones, recuperación, cuidados intensivos y curación.
- 1.3 **Suministros de hospital.** Costo de los medicamentos, material médico y equipos anestésicos que el paciente requiera durante su hospitalización.

2. Honorarios médicos

- 2.1 **Honorarios Quirúrgicos.** Honorarios de cirujanos y ayudantes, hasta el límite establecido en la Póliza y el monto indicado para cada operación en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas del contrato.

Quando se realice una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico, se procederá según lo establecido en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas.

- 2.2 **Honorarios del Anestesiólogo.** Honorarios profesionales del Anestesiólogo, con un máximo del 30% sobre los Honorarios Quirúrgicos del cirujano principal.

2.3 Honorarios de Enfermeras.

- a) **Dentro del hospital.** Honorarios de Enfermera General o Especial, asignada por los roles establecidos en el Hospital.
- b) **Fuera del hospital.** Cuando sea prescrito por el Médico tratante y medicamente necesario, se cubrirán los honorarios por visitas de Enfermera General o Especial, con un máximo de 3 turnos durante 30 días.

- 2.4 **Honorarios médicos por consulta.** Honorarios por visitas o consultas médicas y consultas hospitalarias, cuando el Asegurado deba someterse a tratamiento médico que no amerite cirugía. El pago de los honorarios médicos por concepto de consultas y el número máximo de visitas, estará sujeto a lo estipulado en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas. Las visitas pre y post-operatorias se cubrirán una sola vez cada una de ellas

3. Medicamentos y otras sustancias

- 3.1 Medicamentos.** Costo de medicamentos que sean prescritos por los Médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia junto con la receta correspondiente.
- 3.2 Oxígeno.** Gastos originados por el consumo de oxígeno dentro del Hospital, y sólo con la prescripción del Médico tratante se cubrirán estos gastos fuera del Hospital.
- 3.3 Transfusiones.** Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros u otras sustancias semejantes.

4. Servicios de diagnóstico

Costo de los exámenes de laboratorio y estudios de gabinete realizados por sintomatología previa, cuando dichos exámenes y estudios sean indispensables para el diagnóstico o tratamiento de un Padecimiento.

5. Servicios de ambulancia

- 5.1 Ambulancia terrestre.** Cuando sea recomendado por el Médico tratante y/o necesario de acuerdo con las condiciones de salud del Asegurado, se cubrirá el costo del servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital.
- 5.2 Ambulancia aérea.** Previa prescripción del Médico tratante sobre la necesidad del traslado en ambulancia aérea, serán cubiertos los gastos del servicio aéreo de ambulancia para transportar al Asegurado afectado del Hospital en que se encuentre al Hospital de destino.

Si el Asegurado contrata el servicio de ambulancia aérea en forma directa, no hará Reembolso de los gastos realizados.

Seguros Atlas brindará a través de sus proveedores de servicios, las facilidades para llevar a cabo el traslado en ambulancia aérea, mismo que no podrá ser realizado cuando:

- El Hospital de destino no haya dado su aprobación, para que el Asegurado sea atendido en sus instalaciones.
- El paciente por cualquier circunstancia se encuentre en calidad de detenido por las autoridades.
- Los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permitan efectuar la operación segura de transporte.
- Por estado de guerra, disposición legal o prohibición de autoridades competentes sea imposible llevar a cabo el traslado.
- El paciente no tenga identificación oficial vigente.
- Falta de una autorización expresa para transportar al afectado por parte de un médico que certifique la estabilidad clínica del asegurado.

En cualquier caso los criterios médicos serán la base para determinar la prioridad con que un asegurado pueda ser transportado.

6. Insumos y otros servicios médicos

6.1 Prótesis. Costo de prótesis que se requiera a causa de un Padecimiento ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

6.2 Renta de equipo. Gastos por la renta de equipo hospitalario y aparatos ortopédicos.

6.3 Terapias. Costo de los servicios de terapia física y radioterapia.

7. Gastos Funerarios del Asegurado Titular

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se reembolsarán los Gastos Funerarios a quien demuestre haberlos efectuado, mediante la presentación del acta de defunción y las facturas correspondientes, las cuales deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó los gastos.

Esta cobertura, reembolsará los Gastos Funerarios de los fallecimientos ocurridos por Padecimientos amparados por la cobertura básica de Gastos Médicos Mayores, exista o no gasto previo del Padecimiento que le dio origen al fallecimiento.

Los Gastos Funerarios amparados, están limitados a \$50,000 M.N. de Suma Asegurada.

Se excluye el fallecimiento a consecuencia de suicidio dentro del primer año de vigencia.

8. Otros Gastos Médicos

8.1 Complicaciones del Embarazo y Parto. Gastos Médicos originados por las siguientes complicaciones del Embarazo o Parto:

- a) Atonía Uterina
- b) Eclampsia
- c) Embarazo Anembrionico
- d) Embarazo Extrauterino
- e) Fiebre Puerperal
- f) Mola Hidatiforme
- g) Óbito
- h) Placenta Acreta
- i) Placenta Previa
- j) Preeclampsia
- k) Toxicosis Gravídica

8.2 Padecimientos Congénitos. Gastos Médicos necesarios para el tratamiento de Padecimientos Congénitos para:

- a) Asegurados nacidos dentro de la vigencia del seguro, y que sean reportados a Seguros Atlas a efecto de ingresarlo como Asegurado de Póliza, durante los 30 días siguientes a su nacimiento. Lo anterior siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas.
- b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, que hayan cumplido 5 años de edad, y sólo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados dentro de la vigencia de la Póliza y el Asegurado haya acumulado 2 años de cobertura continua en Seguros Atlas.
- c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento, y cuya antigüedad sea reconocida por Seguros Atlas.

Todas las manifestaciones y/o complicaciones de los Padecimientos Congénitos presentados se considerarán como un solo Siniestro.

8.3 Recién nacidos prematuros. Gastos Médicos derivados de las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros. Todas las alteraciones presentadas, en su conjunto se considerarán como un solo Siniestro.

8.4 Tratamiento de Eventraciones. Se cubren los Gastos Médicos del tratamiento de las Eventraciones derivadas de una operación practicada al Asegurado a consecuencia de un Padecimiento cubierto por la Póliza.

Para el tratamiento de las Eventraciones que se deriven de una operación realizada al Asegurado dentro de la vigencia de la Póliza, y cuente con cobertura ininterrumpida, o bien, las que se demuestren que sean consecuencia de un accidente, no se aplicará ningún Periodo de Espera.

Al tratamiento médico de Eventraciones de operaciones practicadas antes de la vigencia de esta póliza, se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9. Gastos Médicos de procedimientos quirúrgicos sujetos a condiciones especiales

9.1 Circuncisión. Se cubrirán los Gastos Médicos generados por este procedimiento quirúrgico, con Suma Asegurada de 5 SMGMVDF, sin Deducible ni Coaseguro, siempre que:

- a) Sea por prescripción médica
- b) Sea para menores y que la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas
- c) Se solicite para adultos con dos años de cobertura continua en Seguros Atlas

9.2 Cirugía Bariátrica. Se cubrirá los gastos de la Cirugía Bariátrica, previa valoración médica por parte de Seguros Atlas, a los Asegurados que tengan un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 unidades o que el índice mencionado sea mayor a 35 unidades y que padezca alguna Enfermedad relacionada con la obesidad.

Este procedimiento quirúrgico se cubrirá una sola vez en la vida del Asegurado siempre y cuando no se le haya realizado una Cirugía Bariátrica previa.

La cirugía deber ser realizada por un cirujano con certificación vigente, y todos los eventos durante la cirugía o post-operatorios serán considerados en su conjunto como un solo evento.

Se aplicará el Deducible y Coaseguro de la Póliza, con Suma Asegurada de 135 SMGMVDF, esta Suma Asegurada no estará sujeta a reinstalación alguna.

A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9.3 Cirugía de cataratas. Para este procedimiento quirúrgico se cubrirá el costo del lente intraocular.

9.4 Cirugía de Hallux Valgus. Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico, aplicando el Deducible de la Póliza y un Coaseguro del 50%. A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9.5 Cirugía para corregir Defectos de Refracción. Gastos Médicos y Hospitalarios de los procedimientos quirúrgicos, realizados para corregir Defectos de Refracción. Se aplicará el Deducible de la Póliza y un Coaseguro del 50%. A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9.6 Legrado. Se amparan los Gastos Médicos derivados del Legrado Ginecológico. A este Procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9.7 Litotripsias. Queda cubierto el costo de este procedimiento, con máximo de 4 sesiones.

9.8 Operaciones de Nariz y Senos Paranasales. Se cubren los Gastos Médicos de las operaciones de Nariz y Senos Paranasales, aplicando en caso de Enfermedad el Deducible de la Póliza y un Coaseguro del 50%. A este procedimiento se le aplicará el Periodo de Espera indicado en la Sección IV.

9.9 Transplante de Órganos. Cuando el Asegurado sea receptor de un Transplante de Órganos, se cubren los Gastos Médicos del donador que sean necesarios para el transplante, hasta por \$90,000 pesos M.N.

Sección IV. Periodos de Espera

Para las eventualidades y procedimientos quirúrgicos indicados en esta sección, se pagarán los Gastos Médicos Cubiertos en la Póliza, de aquellos Padecimientos que no sean considerados preexistentes, después de transcurrir el Periodo de Espera señalado.

Los Periodos de Espera estipulados serán aplicables para cada Asegurado, y se podrán reducir cuando se tenga una fecha de antigüedad reconocida por Seguros Atlas anterior al inicio de vigencia de la Póliza, excepto para los casos en que se requiera una antigüedad en Seguros Atlas.

Periodo de Espera de 30 días a partir de la fecha de antigüedad reconocida
Cualquier eventualidad por concepto de Enfermedad con excepción de las siguientes urgencias médicas: Intoxicación, Apendicitis, Aneurisma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Infección Severa repentina que arriesgue la vida, Infarto al Miocardio, Politraumatismos y Trombosis Pulmonar profunda.

Periodo de Espera de 1 año a partir de la fecha de antigüedad reconocida
Litiasis en vías urinarias, biliares y en vesícula biliar.

Periodo de Espera de 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida

- a) Cirugía o tratamiento médico de Eventraciones.
- b) Cirugía o tratamiento médico de Hernias.
- c) Cualquier Padecimiento ano-rectal, hemorroidectomías, abscesos o fisuras.
- d) Cualquier Padecimiento ginecológico no excluido, prolapsos, cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, miomectomías, histerectomías y Legrado Ginecológico.
- e) Amigdalectomías o Adenoidectomías.
- f) Operaciones de Nariz, incluidos Senos Paranasales.
- g) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores.

Periodo de Espera de 3 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida
Cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.

Periodo de Espera de 3 años de cobertura continúa en Seguros Atlas
Cirugía de Hallux Valgus.

Periodo de Espera de 5 años de cobertura continúa en Seguros Atlas

- a) Cirugía para corregir Defectos de Refracción.
- b) Cirugía Bariátrica.

Sección V. Exclusiones

Con excepción de lo específicamente cubierto, y salvo pacto expreso en contrario entre el Contratante y Seguros Atlas, la Póliza no cubre los Gastos Médicos de:

- 1. Complicaciones derivadas de Padecimientos, Cirugías y Tratamientos expresamente excluidos en el contrato.**
- 2. Padecimientos Congénitos.**
- 3. Padecimientos ocasionados por los efectos del alcohol o enervantes.**
- 4. Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no.**
- 5. Padecimientos producidos por explosión y/o contaminación nuclear o radioactiva.**
- 6. Padecimientos que se originen por practicar o participar en:**
 - a) Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b) Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado, o la riña cuando el Asegurado sea el provocador.**
 - c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.**
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
 - e) Conducción de motocicletas o vehículos de motor, ya sea como piloto o acompañante.**
 - f) Cualquier deporte de forma profesional.**
 - g) La ejecución de equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.**
- 7. Cirugía estética y cosmetológica.**
- 8. Cirugía o tratamiento médico de endometriosis, esterilidad o infertilidad.**

9. Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
10. Cirugía o tratamiento médico para control de la natalidad.
11. Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.
12. Tratamiento de calvicie u obesidad.
13. Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración órgano-funcional así como cualquiera de sus consecuencias.
14. Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival, que sea necesario a consecuencia de una Enfermedad.
15. Tratamiento médico de Amigdalitis o Adenoiditis.
16. Tratamiento médico del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
17. Tratamiento médico para corregir defectos de refracción.
18. Tratamientos realizados por Quiroprácticos o Acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante para Padecimientos cubiertos por la Póliza.
19. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
20. Tratamiento o cirugía experimental.
21. Aborto, Embarazo, Legrado Obstétrico causado por tratamientos anticonceptivos, Partos Anormales, Partos Normales, Cesáreas, Partos Prematuros y Maternidad.
22. Cirugía o tratamiento médico proporcionado por familiares directos del Asegurado, por instituciones o personas no autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

- 23. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como “CHECK-UPS”.**
- 24. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.**
- 25. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.**
- 26. Intentos de suicidio o lesiones auto infligidas.**
- 27. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.**
- 28. Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.**
- 29. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus Dependientes Económicos durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.**

Condiciones de endosos adicionales para Gastos médicos mayores

Los Endosos operarán solamente si se encuentran mencionados en el Cuadro de Especificaciones que forma parte de la Póliza.

Las condiciones de los siguientes endosos, se sujetarán a las condiciones generales y cuadro de especificaciones de la póliza a la que se adhiere, prevaleciendo las establecidas en los endosos.

Estos endosos sólo se modificarán mediante acuerdo entre las partes y endoso especial donde se especifiquen las condiciones pactadas, y deberá firmarlo un funcionario de Seguros Atlas.

Endoso para anticipo por cirugía programada

A través de este endoso, que se adhiere e integra a esta póliza, se manifiesta que la misma incluye el beneficio de cirugía programada.

Cirugía programada es el beneficio que posee un asegurado y que le da derecho a un anticipo para cubrir los gastos médicos por una intervención quirúrgica precedente, y que el médico tratante le haya programado.

Para que Seguros Atlas otorgue dicho anticipo, será necesaria la presentación de los siguientes documentos:

- a) Aviso del reclamante.
- b) Informe del médico tratante acompañado de la historia clínica correspondiente y los resultados de los estudios practicados.
- c) Presupuesto de los gastos hospitalarios y honorarios médicos (cirujano y anestesista).
- d) Cualquier información adicional que cada caso particular amerite, y que Seguros Atlas requiera para el dictamen del siniestro.

Recibida la información solicitada, Seguros Atlas determinará si es procedente, de acuerdo con las condiciones de la póliza y fecha de la cirugía, y si ese es el caso, en un plazo de tres días hábiles a partir del siguiente de recibida la documentación, entregará un cheque por el 60 % de los gastos presupuestados que estén cubiertos, con base en lo establecido en este endoso.

La fecha para realizar la cirugía, deberá asignarse dentro del periodo de cobertura de la póliza previamente pagada. El asegurado cuenta con un plazo de treinta días naturales, a partir de la fecha en que recibió el anticipo, para presentar la comprobación de los gastos efectuados. En caso contrario, Seguros Atlas cobrará un interés equivalente a la tasa de interés de CETES a 28 días que haya estado vigente durante el lapso comprendido entre los días en que otorgó el anticipo y en el que comprobó los gastos, más 4 puntos porcentuales sobre dicha tasa.

Si al contar con la documentación definitiva para el pago del siniestro, la causa que lo motivó o la información proporcionada, fuera diferente a la que originó el anticipo, la procedencia del siniestro se determinará con las últimas pruebas. En caso de resultar improcedente, el asegurado acuerda restituir el importe total del anticipo, más el interés que se determine de acuerdo con la tasa del párrafo anterior, y por el período comprendido entre la fecha en que proporcionó el anticipo y en la que efectúe la devolución.

Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar información adicional o, en su caso, verificar directamente en el hospital el procedimiento quirúrgico.

Al disfrutar el beneficio de anticipo por cirugía programada, se pierde el derecho del pago directo.

Endoso para cobertura de SIDA

Con este endoso, que se adhiere e incorpora a esta póliza, se establece que la póliza, cuenta con la cobertura de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), la cual opera de acuerdo con lo siguiente:

Gastos Cubiertos

Reembolso de gastos médicos y hospitalarios como consecuencia del SIDA, los cuales sean directamente causados por la infección del VIH. Será condición indispensable que la infección del VIH se diagnostique por primera vez durante el periodo de vigencia de la cobertura.

Límites de cobertura

Suma asegurada:	100,000.00 USD por persona *
Deducible:	500.00 USD por persona *
Coaseguro:	Territorio nacional 10%
	Territorio extranjero 20%

NOTA:* La suma asegurada aplicable al siniestro, se determinará conforme a lo estipulado en la “**Suma asegurada aplicable al siniestro**”, de las Condiciones Generales.

Para esta cobertura queda sin efecto la “Reinstalación de suma asegurada”, de las Condiciones Generales.

Periodo de beneficio

Hasta agotar la suma asegurada, mientras que la póliza y el asegurado se encuentren en vigor con Seguros Atlas. Si se cancela su cobertura, se sujetará a un periodo máximo de beneficio de 365 días, a partir de la fecha de realización del primer gasto.

Definición de SIDA. Cualquier persona que tiene una prueba serológica de ELISA donde el VIH es positivo, conformado con una prueba suplementaria de Western Blot, y que tenga también un conteo de células CD4 menor que 500/mm³, y con uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidioidomicosis, diseminado o extrapulmonar.
4. Criptococosis extrapulmonar.
5. Cripto esporidiosis intestinal crónico (con más de un mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Ulcera crónica (de más de un mes de duración).
10. Bronquitis, neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.

14. Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado, y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sarcomas inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.
20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Toxoplamosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.
24. Microbacterias Kansasii diseminadas o extrapulmonares.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M. Avium o M. Kansasii.
27. Estrongiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.

En adición a las citadas en las Condiciones Generales de la póliza, se aplicarán las siguientes exclusiones:

1. **Todos los gastos en que incurra cualquier persona en el diagnóstico del SIDA (Western Blot y/o ELISA)**
2. **Todos los gastos relacionados con las pruebas del VIH.**
3. **Cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA).**
4. **Tratamientos experimentales y drogas no reconocidas por la Norma oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, publicado por la Secretaría de Salud (CONASIDA)**
5. **Transporte del paciente de o al hospital por otro medio que no sea ambulancia.**
6. **Costo o gastos por ambulancia aérea, evacuaciones o cambio de lugar.**
7. **Suicidio o intento del mismo por parte del asegurado.**
8. **Gastos incurridos por cualquier condición que no se derive como consecuencia directa del SIDA.**
9. **Diagnóstico seropositivo anterior al inicio de la vigencia más antigua, a partir de la cual ha tenido cobertura de SIDA continua en Seguros Atlas.**
10. **Enfermera privada en el hogar por más de 30 días, sin previa valoración de Seguros Atlas.**
11. **Preexistencia.**

Endoso por daño psiquiátrico

Con este endoso, que se adhiere e integra en esta póliza, se manifiesta que la misma tiene la cobertura para daño psiquiátrico, que operará de acuerdo con las condiciones indicadas a continuación:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, el asegurado que a juicio de su médico de primer contacto y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico siquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico, como consecuencia de que alguno de los siguientes eventos le ocurran dentro de la vigencia de la póliza:

- a) Accidente cubierto por las condiciones de la póliza
- b) Habérsele diagnosticado alguna de estas enfermedades terminales:
 1. Cáncer,
 2. Accidente vascular cerebral,
 3. Infarto al miocardio,
 4. Insuficiencia renal, o,
 5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.
- c) Si mediante la presentación del acta del Ministerio Público, comprueba que ha sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 1. Robo con Violencia,
 2. Secuestro, o,
 3. Violación.

Las coberturas amparadas por este endoso son:

- Honorarios del médico siquiatra por un máximo de 24 consultas por evento. Si el asegurado estuviese en tratamiento por un evento cubierto por este endoso y sufriera algún otro evento de los aquí previstos, el tratamiento de 24 consultas iniciará nuevamente, y en ningún caso será acumulativo con el (los) anterior (es).
- Todos los medicamentos necesarios durante el tratamiento amparado.

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana, y se aplicará con un deducible de \$400.00 M.N. y el coaseguro indicado en el cuadro de especificaciones que forma parte de la póliza.

Quedan excluidos de los beneficios de este endoso:

- 1. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de una enfermedad de las mencionadas en el inciso “b)” arriba señalado o un accidente cubierto.**
- 2. Los padecimientos preexistentes o sus secuelas.**
- 3. Los honorarios del médico siquiatra que no pertenezca a la red de prestadores de servicio de Seguros Atlas y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Siquiatría de Enlace, o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Siquiatría.**

Los diversos resultados del tratamiento cubierto por este endoso no representan prueba de diagnóstico clínico de los padecimientos arriba señalados que pudieran ser cubiertos por la póliza.

Endoso para Med Asistencia

Mediante este endoso, se hace constar que la póliza cuenta con los siguientes servicios asistenciales.

1. Servicios de asistencia en km."0".

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados sólo en los Estados Unidos Mexicanos, desde la residencia permanente del asegurado "kilómetro 0" y hasta el "kilómetro 80" en el caso del Distrito Federal. En el resto del país, desde el lugar de residencia permanente del asegurado y hasta el "kilómetro 50". Durante las 24 horas de todos los días del año.

1.1 Traslado médico terrestre local. Si el asegurado a causa de enfermedad o accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico del proveedor de servicios, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización, el proveedor de servicios gestionará, el traslado del asegurado al centro hospitalario más cercano, si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el asegurado presente.

- En caso de que el asegurado necesitare el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al hospital en que se realizará este trasplante, siempre y cuando existan las condiciones favorables para hacerlo. No incluye la consecución del mencionado órgano.
- También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el asegurado aún no ha sido dado de alta y tanto el hospital de origen, como el hospital de destino haya dado su aprobación para que el asegurado sea atendido en las instalaciones de este último, en conjunción con el equipo médico del proveedor de servicios.
- Asimismo, se incluyen los traslados del hospital al domicilio del asegurado, cuando éste ha sido dado de alta, siempre y cuando sea bajo la recomendación médica del médico que lo esté atendiendo en conjunción con el equipo médico del proveedor de servicios.

Este servicio está limitado sin costo para el asegurado, a un máximo de 3 (tres) eventos por año y póliza ó 3 (tres) eventos por año y certificado. No incluye la utilización de transporte aéreo de ningún tipo.

A partir del cuarto evento, el asegurado pagará \$600.00 Pesos M. N., por cada servicio.

1.2 Traslado médico de emergencia para tratamientos médicos inexistentes en la ciudad de residencia permanente del asegurado. Cuando el asegurado sufra un accidente o enfermedad y cuyo tratamiento no exista en los centros de salud de su ciudad de residencia permanente, el proveedor de servicios gestionará el traslado del asegurado a la ciudad más cercana, en donde se le pueda realizar dicho tratamiento dentro de la República Mexicana o los Estados Unidos de América, hasta por un máximo de \$10,000 USD.

1.3 Segunda opinión médica a nivel mundial. El proveedor de servicios, llevará a cabo la obtención de una segunda opinión médica en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad que aporten mayor información sobre el diagnóstico y sobre los métodos de tratamientos más avanzados internacionalmente aplicables a dicha patología, facilitando consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con Centros Médicos de primer nivel internacional.

En todos los casos la segunda opinión médica brindada por los profesionales designados, será conforme a la documentación remitida por el asegurado.

Los servicios de asistencia no contemplan la toma a cargo de citas con profesionales médicos, si en algún caso fuese necesario.

1.3.1 Confirmación, corrección y/o reconfirmación del diagnóstico.

A solicitud del asegurado, de su familia y/o representante, el proveedor de servicios le orientará y asesorará para la obtención de:

- Compilación de la historia clínica y los exámenes complementarios recibidos.
- Selección de un consultor médico nacional o internacional especialista, según sea el caso, en la patología del asegurado.
- Formulación de un pedido de segunda opinión médica en idioma español o inglés, según corresponda.
- Seguimiento a la consulta e información al asegurado ante cualquier requerimiento.
- Recepción de la respuesta, formulación de nuevas preguntas o reiteración de preguntas no contestadas satisfactoriamente, en caso de ser necesario y traducción al español (cuando corresponda).
- Entrega al asegurado de las respuestas y bibliografía debidamente traducidas, adicionando referencias bibliográficas complementarias.

1.3.2 Facilitación de consultas de diagnóstico y tratamiento en el exterior a través de interconexión con centros médicos de primer nivel internacional:

- Envío de muestras de tejidos para estudios anatómo-patológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
- Concertación de citas personales en cualquier centro médico internacional ante cualquier requerimiento del asegurado o de su médico de cabecera.
- Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- Pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.

Nota.- Para los servicios anteriores, se deberá contemplar disponibilidad de fechas, según cupo y demanda de dichos servicios y/o productos, éstos serán con cargo al asegurado.

1.4 Informaciones previas a un viaje. El proveedor de servicios proporcionará, a solicitud del asegurado la siguiente información:

- a) Requerimiento de vacunas y visas de países extranjeros, tal como dichos requerimientos están especificados en la edición más actualizada del T. I. M. (Travel Information Manual), publicación de los miembros de I.A.T.A. el proveedor de servicios informará al asegurado que solicite dicha información, que está simplemente comunicando los datos requeridos, enunciados en el manual antes dicho, y procurará mantenerse informado de los cambios en los requerimientos de vacunas y visas, para proporcionar la información más actualizada.
- b) Direcciones y números de teléfonos de las Embajadas y Consulados mexicanos en todo el mundo, cuando y donde estén disponibles.
- c) Los idiomas que se hablan específicamente en el destino de su viaje.
- d) Zonas y diferencias horarias.

2. Servicios de asistencia en toda la República Mexicana.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en km. "0" y en viaje, desde la residencia permanente del asegurado y hasta toda la República Mexicana, las 24 horas de los 365 días del año.

2.1 Orientación médica telefónica. A petición del asegurado, el equipo médico del proveedor de servicios le asistirá orientándole telefónicamente, las 24 horas de todos los días del año, sobre problemas menores o dudas con relación a:

- a) Utilización de medicamentos.
- b) Síntomas o molestias que le estén aquejando.

El equipo médico del proveedor de servicios, no emitirá ningún diagnóstico, pero a solicitud del asegurado y con cargo a él mismo, coordinará:

- a) La visita de un médico a domicilio, en cuyo caso el asegurado pagará \$250.00 Pesos M.N. por la visita.
- b) Una cita con un médico, o en un centro hospitalario, en cuyo caso el asegurado pagará la totalidad de los honorarios del médico.
- c) El envío de una ambulancia, con las condiciones mencionadas en la sección 1.1 anterior.

La aseguradora y el proveedor de servicios no serán responsables con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas, por omisiones del asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.2 Referencia de laboratorios clínicos. Cuando un asegurado necesite estudios de laboratorio como; Biometría Hemática, Química Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno prostático, etc., el equipo médico del proveedor de servicios, le aconsejará sobre los laboratorios más cercanos a su residencia permanente o donde el asegurado se encuentre. Los precios serán preferenciales con descuentos entre el 10% al 50% dependiendo del tipo de estudio y del lugar donde se lleve a cabo.

2.3 Referencia a gabinetes médicos de imagen. Cuando un asegurado necesite Estudios de Gabinete, tales como; Rayos X simples y con medio de contraste, Ultrasonidos, Tomografías, etc., así como Electrocardiografía, Electroencefalografía, Endoscopias, etc., el equipo médico del proveedor de servicios, le aconsejará sobre los Gabinetes de Imagen más cercanos a su residencia permanente o donde el asegurado se encuentre. Los precios serán preferenciales con descuentos entre el 10% al 50% dependiendo del tipo de estudio y del lugar donde se lleve a cabo.

2.4 Descuento y referencia dental. Cuando un asegurado necesite Asistencia Dental, el equipo médico del proveedor de servicios, aconsejará al asegurado sobre cuáles son las medidas que se deban tomar. El equipo médico del proveedor de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del asegurado y a cargo del mismo, le concertará una cita con un dentista, con un costo preferencial, dependiendo del tratamiento el descuento será entre el 25% y hasta el 40%.

2.5 Paciente plus. El proveedor de servicios gestionará descuentos para la afiliación al programa Paciente PLUS, para que los asegurados con padecimientos congénitos o enfermedades crónicas degenerativas, tengan descuentos en sus medicamentos.

Este servicio será proporcionado en la zona metropolitana y en las principales ciudades de la República Mexicana.

2.6 Referencia de ópticas. El proveedor de servicios ofrecerá al asegurado costos preferenciales y descuentos en ópticas de reconocido prestigio.

2.7 Referencia de servicios de enfermería general a domicilio. A solicitud del asegurado, normalmente en situaciones no urgentes en las que por prescripción médica se requiera la presencia de un(a) enfermero(a) para brindar cuidados de enfermería general, el proveedor de servicios gestionará el envío de un(a) enfermero(a) hasta su residencia permanente o al lugar donde éste se encuentre al momento de solicitarlo. Dicho asegurado pagará directamente al enfermero(a) entre \$400.00 M.N. Y \$600.00 por cada 8 horas de atención domiciliaria, dependiendo de la población donde se proporcione dicha atención.

Este servicio será pagado por el asegurado directamente a quien preste el servicio, al momento en que finalice el turno acordado.

Los precios anteriormente indicados, no contemplan servicios de enfermería de cuidados intensivos.

3. Servicios de asistencia en viaje.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en la República Mexicana, en el caso del Distrito Federal serán a más de 80 kilómetros del centro del mismo (ZÓCALO), y en el resto del país a más de 50 kilómetros del centro de la población de la residencia permanente del asegurado. **En viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.**

3.1 Traslado médico. En caso de que un asegurado sufra una enfermedad o accidente tales que el equipo médico del proveedor de servicios, en contacto con el médico que atiende al asegurado, recomienden su hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

- a) El traslado del asegurado al centro hospitalario más cercano; y
- b) El traslado del asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la enfermedad del asegurado. También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el asegurado aún no ha sido dado de alta y tanto el hospital de origen, como el hospital de destino haya dado su aprobación para que el asegurado sea atendido en las instalaciones de este último, en conjunción con el equipo médico del proveedor de servicios.

- c) Si las condiciones médicas permiten el traslado del asegurado, el equipo médico del proveedor de servicios organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o a su residencia permanente.
- d) En caso de que el asegurado necesitara el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al hospital en que se realizará este trasplante.

Este servicio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del vuelo lo permiten.

El equipo médico del proveedor de servicios y el médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

Con un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza ó (tres) eventos por año y Certificado.

3.2 Gastos de hotel por convalecencia. El proveedor de servicios gestionará, los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el equipo médico del proveedor de servicios, este servicio está limitado a \$2,500.00 Pesos MN por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

3.3 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje. En caso de hospitalización del asegurado y que ésta se prevea de una duración superior a 10 (diez) días naturales, el proveedor de servicios pondrá a disposición de una persona designada por el asegurado, un boleto ida y vuelta (clase económica) con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado, a fin de acudir a su lado, además el proveedor de servicios gestionará, los gastos de hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$2,500.00 Pesos MN por día, durante 5 (cinco) días naturales por año.

3.4 Traslado a domicilio. Si el asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico del proveedor de servicios, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el proveedor de servicios gestionará, la repatriación o traslado por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

3.5 Traslado a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local. En caso de fallecimiento del asegurado, el proveedor de servicios, realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) El traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del asegurado; o,

- b) A petición de los herederos o representantes del asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. El proveedor de servicios se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de traslado del cuerpo previsto en el apartado anterior.
- c) Un boleto viaje redondo, máximo boleto de avión clase económica, con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado, para que en caso de ser necesario, un familiar o un representante acuda al lugar del deceso.

3.6 Regreso anticipado al domicilio. El prestador de servicios gestionará, el regreso anticipado del asegurado, por avión de línea regular (Clase Económica), en caso de fallecimiento de cualquiera de los padres, hijos o cónyuge, en el lugar de residencia permanente, **siempre que el asegurado no pueda utilizar su boleto original para el regreso.**

3.7 Localización y reenvío de equipajes y efectos personales. En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del asegurado en una Aerolínea comercial, el proveedor de servicios le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización, si los objetos fuesen recuperados, el proveedor de servicios gestionará, su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el asegurado o hasta su residencia permanente.

3.8 Transmisión de mensajes urgentes. El proveedor de servicios se encargará de la localización telefónica y de transmitir a petición del asegurado los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de asistencia.

3.9 Asistencia administrativa. En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, el proveedor de servicios proveerá el procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados

3.10 Referencia de abogados. A solicitud del asegurado, el proveedor de servicios concertará una cita con un abogado, para atender la defensa del asegurado ante cualquier proceso penal o civil en su contra.

El costo de dicho abogado será pagado por el asegurado directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al asegurado. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también serán por cuenta del asegurado. **Seguros Atlas y el proveedor de servicios no serán responsables ante el asegurado respecto a los servicios prestados por dicho abogado.**

Este servicio no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

3.11 Asistencia jurídica a consecuencia de asalto. A solicitud del asegurado o de su representante y a consecuencia de asalto, el proveedor de servicios gestionará, el envío de un abogado para asistirlo en el levantamiento de la denuncia de los hechos, ante las autoridades competentes, que en cada caso se requiera, los costos de honorarios y cualquier otro que se genere por este servicio, será por cuenta íntegra del asegurado.

3.12 Transferencia de fondos para la defensa legal. El proveedor de servicios transferirá fondos al asegurado, para el pago de gastos de defensa legal (abogado), desde \$3,000.00 Pesos M.N. y hasta por un máximo de \$30,000.00 Pesos M.N. por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor de servicios.

3.13 Referencia médica. Cuando un asegurado necesite Asistencia Médica, el equipo médico del proveedor de servicios, aconsejará al asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El equipo médico del proveedor de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del asegurado y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- a) Por una visita personal de un médico, o
- b) Concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario que será pagado por el asegurado.

3.14 Transferencia de fondos para gastos médicos. En caso de accidente o enfermedad el proveedor de servicios transferirá fondos al asegurado, para el pago de gastos médicos, desde \$3,000.00 Pesos M.N. y hasta por un máximo de \$30,000.00 Pesos M.N. por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor de servicios.

4. Servicios de asistencia en el extranjero.

Los siguientes servicios de asistencia serán proporcionados en el extranjero, a más de “50 kilómetros” del centro de la población de residencia permanente del asegurado, **en viajes no mayores a 90 días, durante las 24 horas de todos los días del año.**

4.1 Gastos médicos y de hospitalización. En caso de que un asegurado sufra un accidente o repentina enfermedad durante un viaje y durante el período de vigencia de este contrato, el proveedor de servicios gestionará, los servicios médicos necesarios hasta el límite máximo de \$7,500.00 U.S. Dólares por año.

Quedan excluidos costos de prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias, gastos médicos y de hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del asegurado.

4.2 Gastos dentales. En el caso de que un asegurado sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, el proveedor de servicios gestionará, los servicios odontológicos de urgencia, hasta un máximo de \$750.00 U.S. Dólares por año.

4.3 Envío de medicamentos, no existentes en un país. Si durante un viaje y a consecuencia de un accidente o enfermedad del asegurado, el equipo médico del proveedor de servicios de acuerdo con el médico tratante determinan la necesidad de utilizar un medicamento no existente localmente, el proveedor de servicios gestionará, el envío de una cantidad suficiente del medicamento al lugar donde se encuentre el asegurado, hasta por \$500.00 U.S. Dólares por año y asegurado a cargo del proveedor de servicios y los excedentes a cargo del asegurado, hasta un máximo por año y asegurado de \$1,000.00 U. S. dólares, ya que no se pueden enviar cantidades superiores a \$1,000 U. S. dólares.

4.4 Traslado médico. En caso de que un asegurado sufra una enfermedad o accidente tales que el equipo médico del proveedor de servicios, en contacto con el médico que atiende al asegurado, recomienden su hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

- a) El traslado del asegurado al centro hospitalario más cercano; y
- b) El traslado del asegurado, bajo supervisión médica, por los medios más adecuados (incluyéndose sin limitación, ambulancia aérea, avión de línea regular o ambulancia de terapia intensiva, media o estándar) al centro hospitalario más apropiado a las particularidades de las heridas o de la enfermedad del asegurado. También se incluyen los traslados de un hospital a otro cuando el asegurado aún no ha sido dado de alta y el hospital de destino haya dado su aprobación para que el asegurado sea atendido en sus instalaciones.
- c) Si las condiciones médicas permiten el traslado del asegurado, el equipo médico del proveedor de servicios organizará el traslado, bajo supervisión médica y en avión de línea regular, al hospital o a su residencia permanente.
- d) En caso de que el asegurado necesitara el trasplante de algún órgano, dicho órgano podrá ser trasladado al hospital en que se realizará este trasplante.

Este servicio incluye la transportación de un acompañante, si las condiciones del traslado lo permiten.

El equipo médico del proveedor de servicios y el médico tratante tomarán las disposiciones necesarias para estos traslados.

Con un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza ó 3 (tres) eventos por año y Certificado.

4.5 Gastos de hotel por convalecencia. El proveedor de servicios gestionará, los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el equipo médico del proveedor de servicios. Este servicio está limitado a \$200.00 U.S. Dólares, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

4.6 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje. En caso de hospitalización del asegurado por causa de accidente o enfermedad y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días, el proveedor de servicios gestionará, y pondrá a disposición de una persona designada por el asegurado un boleto ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado) a fin de acudir a su lado, además el proveedor de servicios gestionará, el hospedaje de la persona designada, hasta un máximo de \$200.00 U.S. Dólares, por día, durante 5 (cinco) días naturales consecutivos por año.

4.7 Repatriación a domicilio. Si el asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico del proveedor de servicios, no puede regresar a su residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, el proveedor de servicios gestionará, su repatriación por avión de línea regular y se hará cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del asegurado, **si el que éste tuviera no fuese válido.**

4.8 Repatriación a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local. En caso de fallecimiento del asegurado el proveedor de servicios gestionará, las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) La repatriación del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del asegurado; o,
- b) A petición de los herederos o representantes del asegurado, inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso. El proveedor de servicios se hará cargo de estos gastos sólo hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de repatriación del cuerpo prevista en el apartado anterior.

- c) Un boleto viaje redondo, máximo boleto de avión clase económica con origen en el país de residencia permanente del asegurado, para que en caso de ser necesario, un familiar o un representante acuda al lugar del deceso.

4.9 Regreso anticipado al domicilio. El proveedor de servicios gestionará, los gastos suplementarios para el regreso anticipado del asegurado, por avión de línea regular (Clase Económica), en caso de fallecimiento de un de cualquiera de los padres, hijos o cónyuge, en la ciudad de residencia permanente, **siempre que el asegurado no pueda utilizar su boleto original para el regreso.**

4.10 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales. En el caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del asegurado, el proveedor de servicios le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda, si los objetos fuesen recuperados, el proveedor de servicios gestionará, el envío hasta el lugar donde se encuentre el asegurado o hasta su residencia permanente.

4.11 Transmisión de mensajes. El proveedor de servicios se encargará de transmitir a petición del asegurado, los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de asistencia.

4.12 Asistencia administrativa. En caso de robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, el proveedor de servicios proveerá de la información necesaria, así como del procedimiento a seguir con las autoridades locales, con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

4.13 Referencia de abogados. A solicitud del asegurado, el proveedor de servicios concertará una cita con un abogado, para atender la defensa del asegurado ante cualquier proceso penal o civil en su contra.

El costo de dicho abogado, será pagado por el asegurado directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al asegurado. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también serán por cuenta del asegurado. **Seguro Atlas y el proveedor de servicios no serán responsables ante el asegurado respecto a los servicios prestados por dicho abogado.**

Este servicios no aplica, si el problema es debido a la actividad profesional del asegurado o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes, o su consumo, o por ingestión de bebidas alcohólicas, así como por darse a la fuga del lugar de los hechos o abandonar los procesos legales instalados en su contra.

4.14 Transferencia de fondos para la defensa legal. El proveedor de servicios transferirá fondos al asegurado, para el pago de gastos de defensa legal (abogado), desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta por un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación del proveedor de servicios.

4.15 Referencia médica. Cuando un asegurado necesite asistencia médica, el equipo médico del proveedor de servicios, aconsejará al asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

El equipo médico del proveedor de servicios no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del asegurado y a cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea:

- a) Por una visita personal de un médico, o
- b) Concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario que será pagado por el asegurado.

4.16 Transferencia de fondos para gastos médicos. En caso de accidente o enfermedad el proveedor de servicios transferirá fondos al asegurado, para el pago de gastos médicos, desde \$300.00 U.S. Dólares y hasta por un máximo de \$5,000.00 U.S. Dólares por evento.

Previamente al desembolso de cualquier cantidad de dinero por parte del proveedor de servicios, el representante del asegurado deberá transferir la cantidad equivalente a cualquier oficina o representación de del proveedor de servicios.

5. Obligaciones del asegurado.

5.1 Solicitud de asistencia. En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el asegurado o su representante llamarán por cobrar a la central de alarma del proveedor de servicios;

Desde el Distrito Federal o por cobrar desde cualquier parte del mundo	(55) 5254 7086
Desde el interior de la República Mexicana	01 800 716 0843

En donde deberá facilitar los datos siguientes:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el proveedor de servicios podrá contactar con el asegurado o su representante.
- b) Su nombre y su número de Póliza Individual y/o Certificado de Gastos Médicos Mayores Colectivo de Seguros Atlas.
- c) Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

El equipo médico del proveedor de servicios, tendrá libre acceso al asegurado y a su historia clínica, para conocer su situación y si tal acceso le es negado el proveedor de servicios no tendrá obligación de gestionar ninguno de los servicios de asistencia.

5.2 Traslado médico o repatriación. En los casos de traslado médico y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor de servicios, el asegurado o su representante deberán facilitar:

- El nombre, dirección y número de teléfono del hospital o centro médico donde el asegurado esté ingresado o el lugar donde se encuentre.
- El nombre, dirección y número de teléfono del médico que atienda al paciente, y de ser necesario, los datos del médico de cabecera que habitualmente atiende al asegurado.

El equipo médico del proveedor de servicios o sus representantes deberán tener libre acceso al expediente médico y al asegurado para valorar las condiciones en las que se encuentra. Si se negara dicho acceso, el asegurado perderá el derecho a los servicios de asistencia.

En cada caso, el equipo médico del proveedor de servicios decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado o repatriación.

En el caso de traslado o repatriación del asegurado efectuada por el proveedor de servicios, el asegurado deberá entregar al proveedor de servicios la parte del boleto original no utilizada, o el valor del mismo, en compensación del costo de dicho traslado o repatriación. Si ha lugar, el proveedor de servicios devolverá al asegurado la diferencia que se produzca una vez deducido el costo del traslado o repatriación.

5.3 Normas generales.

- a) **Mitigación.** El asegurado está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

- b) **Cooperación con el proveedor de servicios.** El asegurado deberá cooperar con el proveedor de servicios para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al proveedor de servicios los documentos necesarios, ayudar al proveedor de servicios y con cargo a este, a cumplimentar las formalidades necesarias.
- c) **Prescripción de las reclamaciones.** Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 2 años posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.
- d) **Subrogación.** El proveedor de servicios quedará subrogado, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al asegurado contra cualquier responsable de un accidente o enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los servicios de asistencia.

6. **EXCLUSIONES.**

- 6.1 **Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los asegurados en contra de la prescripción de algún médico o durante viajes de duración superior a noventa (90) días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.**
- 6.2 **Las situaciones de asistencia ocurridas fuera del período de vigencia de la Póliza y/o Certificado.**
- 6.3 **Los asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de servicios.**
- 6.4 **Los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos dentro de la República Mexicana.**
- 6.5 **Cualquier tipo de gasto médico, farmacéutico u hospitalario inferior a \$50.00 U.S. Dólares, realizado fuera de la República Mexicana.**
- 6.6 **Los servicios de asistencia que el asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.**
- 6.7 **El proveedor de servicios se verá imposibilitado de brindar el servicio de Segunda Opinión Médica cuando no sea remitida, por parte del asegurado, la documentación completa requerida por el equipo médico del proveedor de servicios.**
- 6.8 **Cuando el diagnóstico inicial informado, no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica.**
- 6.9 **El proveedor de servicios no se hace responsable por el caso de pérdida del material, enviado por el paciente.**

- 6.10** El proveedor de servicios no se hace responsable en los casos en que por imposibilidad técnica u otros imponderables debidamente acreditados no se llegue a concretar la obtención de una respuesta.
- 6.11** El proveedor de servicios no se hace responsable por el contenido de las respuestas elaboradas por los expertos médicos contactados.
- 6.12** También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:
- a)** Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, asonada, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - b)** Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
 - c)** Los servicios de asistencia cuando fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, impidan proporcionar dichos servicios.
 - d)** Autolesiones o participación del asegurado en actos criminales.
 - e)** La participación del asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
 - f)** Los causados por mala fe del asegurado.
 - g)** La práctica de deportes como profesional, la participación en competiciones oficiales y en exhibiciones.
 - h)** La participación del asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones, así como en pruebas de velocidad, seguridad, resistencia y/o pericia.
 - i)** Enfermedades, accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
 - j)** Para los servicios de asistencia en viajes, cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la enfermedad, así como cualquier enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el asegurado, antes de iniciado el viaje.

- k) Embarazos en los últimos tres meses antes de la “Fecha probable de parto”, así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.**
- l) Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos.**
- m) Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.**
- n) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.**
- o) La muerte o lesiones originadas, directa o indirectamente, de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.**
- p) Lesiones o padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.**
- q) Si por cualquier circunstancia el asegurado se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.**
- r) Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.**
- s) El asegurado no tenga identificación.**
- t) La falta de la autorización expresa para el traslado del asegurado por parte del médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.**
- u) Rescate o aquellas situaciones en las que el asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas, picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás accidentes del terreno o lugar.**

Endoso de enfermedades catastróficas en el extranjero

Mediante este endoso se manifiesta que la póliza contiene la cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero, la cual está sujeta a las siguientes condiciones:

- Suma asegurada de 1'000,000 USD (dólares americanos).
- Coaseguro contratado en la póliza a la cual se adhiere este endoso.
- Deducible contratado en la póliza a la cual se adhiere este endoso.
- Aplica para asegurados que sólo tienen cobertura en territorio nacional.
- Se cubren los siguientes:

Padecimientos:

- a) Cáncer.
- b) Politraumatismo.
- c) Quemaduras graves.
- d) Sepsis severa.

Procedimientos quirúrgicos:

- a) Neurocirugía.
- b) Cirugía cardíaca.
- c) Trasplante de órganos.

Tratamientos:

- a) Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Estos conceptos se cubren siempre y cuando cumplan con las definiciones correspondientes que se muestran a continuación:

Cáncer. Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia. No estará cubierto cualquier tipo de cáncer no invasivo in-situ, ni el cáncer de piel, excepto el melanoma maligno invasivo (a partir del Nivel Clark III).

Con la cobertura de este padecimiento se ampara: quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

Quimioterapia. El uso de agentes químicos, prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

Politraumatismo. Se cubre el tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor. Con la cobertura de este concepto se cubre la rehabilitación.

Para los efectos de esta cobertura, trauma mayor significa una lesión física interna o externa provocada por un hecho violento exterior, y por el cual el paciente puede sufrir incapacidad grave.

Quemaduras graves. Quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos 20% de la superficie del cuerpo.

Una quemadura de tercer grado para efectos de esta cobertura, es aquella donde están comprometidas todas las capas de la piel y se afectan los tejidos que se encuentran debajo de la piel.

Sepsis severa. Cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas en un foco infeccioso, y por la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación espontánea por existir una situación reactiva especial en el organismo como falta de anticuerpos, defensas bajas, tratamiento inmunosupresor o citostático.

Para considerar que se ha presentado una sepsis severa, deberá ser indispensable terapia en una unidad de cuidados intensivos y, presentarse al menos cuatro de los siguientes fenómenos:

1. Cultivo de sangre positivo
2. Temperatura rectal mayor que 38.5 grados
3. Anemia
4. Leucocitosis (>12.000) o leucopenia (< 4.000)
5. Trombocitopenia < 150.000
6. Trastornos en la coagulación
7. Acidosis metabólica

Neurocirugía. Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye: el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

Con la cobertura de este procedimiento se cubren también los accidentes cerebro/vasculares y las neoplasias.

Accidente cerebro/vascular. Enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, con secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

Enfermedades cerebrales (Tumores benignos o malformaciones vasculares). Enfermedad originada por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas), que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

Cirugía cardíaca. Se cubren únicamente enfermedades de las arterias coronarias que requieren cirugía y, angioplastías.

Por enfermedad de las arterias coronarias que requiere cirugía se entiende la cirugía de dos o más arterias coronarias para corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización “by-pass”, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Para efectos de esta póliza, angioplastía cubierta es aquella intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación para la corrección de estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias, mediante la utilización de un catéter, siempre y cuando se demuestre obstrucción en más del 70% de dos o más arterias.

Trasplante de órganos. Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante la vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de un asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan más adelante, provenientes de un donante fallecido o vivo.

La implantación de órganos sólo se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles, o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida, y que sean realizados por médicos e instituciones registradas y legalmente habilitadas por las autoridades competentes.

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de: corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos, siempre que sea médicamente necesario.

Trasplante de médula ósea:

Este tipo de trasplante con fines experimentales no está cubierto. Los únicos casos cubiertos son:

Médula ósea autóloga para:

1. Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
2. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV o B;
3. Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
4. Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
5. Tumores de célula germen (gameto);

Médula ósea alogénica para:

1. Anemia aplástica;
2. Leucemia aguda;
3. Inmunodeficiencia combinada severa;
4. Síndrome de Wiskott-Aldrich;
5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albert Schonberg);
6. Leucemia mielógena crónica (LMC);
7. Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año;
8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
9. Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
10. Linfoma de no-Hodgkin, estado III o estado IV.

Insuficiencia renal crónica. La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

Periodo de Espera.

Si el diagnóstico de alguno de los conceptos cubiertos fue realizado por primera vez, durante el periodo de 90 días consecutivos a partir del inicio de la primera vigencia de la cobertura y siempre que no sea accidente, se establecerá un periodo de espera de 24 meses a partir del inicio de su contratación.

No se cubrirá ninguna reclamación durante el periodo de espera señalado en el párrafo anterior.

Cobertura de póliza no vigente.

En caso de que la cobertura del asegurado se cancele a solicitud del contratante, o por falta de pago de primas, llegue a su vencimiento, no sea renovada, o, la compañía ejerza su derecho a rescindirla conforme con los casos previstos por la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquier beneficio bajo este endoso se sujetará al período de beneficio definido en las condiciones generales de la póliza a la que este endoso se adhiere.

En caso de siniestro deberá atenerse a lo siguiente:

El asegurado está obligado a obtener por escrito una autorización previa de Seguros Atlas sobre los beneficios cubiertos bajo esta póliza, debido a gastos incurridos por servicios de hospitalización y cirugía.

Para recibir la autorización previa, el asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre y representación, deberá comunicarse con Seguros Atlas mediante llamada telefónica, fax, correspondencia o en forma personal y tan pronto como sea posible, pero por lo menos con 10 días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un Hospital o Centro de trasplante, o, a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico, siempre que se trate de una cirugía programada, con el propósito de obtener:

1. **Certificación (autorización) en relación con cirugías a efectuarse:**
 - a. Ingreso a un Hospital o Centro de Trasplante
 - b. Estancia en un Hospital o Centro de Trasplante
 - c. En el departamento de consulta externa de un Hospital o Centro de Trasplante
 - d. En un centro de cirugía ambulatoria, o
 - e. En consultorio médico privado.
2. Si después de la autorización previa inicial fueran necesarios tratamientos y/o días adicionales de hospitalización, el médico tratante, o un representante oficial del Hospital o Centro de Trasplante donde el asegurado se encuentre internado deberá solicitar autorización a Seguros Atlas antes de haber transcurrido el último de los días originalmente autorizados. Seguros Atlas revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico tratante.
3. Si por causa de un accidente el asegurado no cumple el requisito de autorización previa, el asegurado o cualquier otra persona que actúe en su nombre y representación deberá notificarlo a Seguros Atlas dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la ocurrencia del evento, en cuyo caso la Compañía accederá a otorgar cobertura sobre el caso que se trate.

Para estar en condiciones de otorgar la autorización previa al asegurado, o, a cualquier otra persona que actúe en su nombre y representación, deberá presentar la siguiente información:

1. Diagnóstico positivo realizado por un médico
2. Copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, y/o cualquier otro reporte o resultado de pruebas del diagnóstico en las que éste fue basado
3. Tratamiento previsto
4. Nombre y dirección del médico tratante
5. Nombre y dirección del proveedor del servicio médico
6. Fecha de la intervención
7. Duración del tratamiento en días.

La Compañía dará el derecho al asegurado de solicitar una segunda opinión quirúrgica de un médico o un cirujano independiente certificado con especialidad en la materia. Si la segunda opinión obtenida es contraria al diagnóstico original del cirujano que recomendó la cirugía, el asegurado podrá recurrir a una tercera opinión, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de un médico o cirujano certificado con especialidad en la materia, o aceptado por Seguros Atlas. Los costos usuales y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica, serán cubiertos por Seguros Atlas.

Efectos de los requisitos sobre los beneficios (Reembolso):

Sujeto a todas las disposiciones y limitaciones establecidas en esta póliza, si el asegurado satisface los requisitos de autorización previa, tal como se describen anteriormente, Seguros Atlas pagará los gastos cubiertos procedentes, de acuerdo con lo establecido en la póliza y este apartado.

En caso de que el asegurado no cumpla con el requisito de autorización previa en relación con una hospitalización o cirugía, el monto de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios, tratamientos y suministros relacionados con la misma ocurrencia, será reducido por un coaseguro de 20%, adicional al coaseguro contratado bajo la póliza de Gastos Médicos Mayores.

Si el asegurado no elige los proveedores de la red médica de Seguros Atlas, el asegurado podrá acudir al proveedor de su preferencia y recibirá vía reembolso su indemnización, sobre la base del gasto cubierto incurrido aplicándose un coaseguro de 20%, adicional al coaseguro contratado bajo la póliza de Gastos Médicos Mayores.

Los honorarios quirúrgicos erogados en el extranjero se sujetarán al límite superior del catálogo Physician Fee Coding Guide (Fee Range).

Exclusiones:

Para los efectos de este endoso se excluye todo gasto, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico o padecimiento derivado de:

- 1. Todo siniestro incurrido antes del inicio de la vigencia de esta cobertura.**
- 2. Todos los riesgos excluidos por las condiciones generales de la póliza básica a la cual se adhiere este endoso.**

3. **Tratamientos internacionales brindados a personas que permanecen fuera del territorio nacional por más de 90 días, durante la vigencia de la póliza, contados a partir de iniciado el viaje.**
4. **Se excluyen todos los padecimientos congénitos no explícitamente cubiertos por la sección III de las condiciones generales de la póliza a la que este endoso se adhiere.**
5. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, actos de terrorismo, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra), guerra civil.**
6. **Riesgos nucleares/atómicos de toda índole.**
7. **Tratamientos médicos y/o procedimientos quirúrgicos en territorio nacional.**
8. **Cualquier condición especial o cobertura adicional negociada en la póliza básica a la cual se adhiere este endoso.**
9. **Cualquier cobertura no incluida en este endoso.**

Endoso para cobertura vitalicia

Mediante este endoso, el cual se adhiere e integra a esta póliza, se manifiesta que la misma, tiene el beneficio de renovación vitalicia.

Por renovación vitalicia se entiende el derecho que tiene cada asegurado de no ser excluido de la póliza, debido únicamente a su edad alcanzada, siempre y cuando al llegar a la edad máxima estipulada para renovación, haya acumulado una antigüedad de 5 años de cobertura continua en Seguros Atlas.

El derecho cubierto por este endoso se pierde si la renovación es solicitada después de la fecha de vencimiento o si la póliza es cancelada por causa diferente a la edad alcanzada.

Endoso para reconocimiento de antigüedad

A través de este endoso, el cual se adhiere e incorpora a esta póliza, se manifiesta que la misma, cuenta con el reconocimiento de antigüedad de los asegurados titulares y dependientes económicos, desde la fecha de antigüedad indicada en la relación de asegurados, y que forma parte integrante de la póliza.

Para efectos de esta cobertura se entiende que:

Periodo de antigüedad es el tiempo de cobertura que el asegurado ha acumulado en Seguros Atlas o en cualquier otra compañía de seguros, y que se reconoce como tal, para efectos de reducir los periodos de espera que marcan las condiciones generales de la póliza en su “Sección IV”. En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en Seguros Atlas, sólo se considerará el periodo acumulado en esta compañía.

Fecha de antigüedad es la fecha inicial del periodo de antigüedad antes citado.

Exclusiones:

- 1. Gastos erogados con anterioridad al momento de cumplir los requisitos de antigüedad establecidos en las condiciones generales de la póliza en su “Sección IV”.**
- 2. Gastos por padecimientos específicamente excluidos por medio del(los) endoso(s) correspondiente (s).**

El reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

Endoso de ayuda por maternidad

Con este endoso, que se adhiere e integra a esta póliza, se manifiesta que la misma cuenta con la cobertura de maternidad, si ocurre el nacimiento a través de un parto normal o cesárea.

Este endoso opera de acuerdo con lo siguiente:

1. La ayuda máxima otorgada por asegurado, será la señalada en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza
2. No se aplican deducible ni coaseguro.
3. Estarán cubiertas:
 - a) Asegurada titular o cónyuge cubierta en la póliza, siempre que cuente con 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas.
 - b) Las hijas solteras cubiertas en la póliza, siempre que cuente con 3 años de cobertura continua en Seguros Atlas.
4. **El reconocimiento de antigüedad no elimina el periodo de espera para esta cobertura.**

Los gastos cubiertos bajo este endoso son los siguientes:

- Honorarios del cirujano
- Anestesiólogo
- Hospital
- Costo por uso de la cuna, con máximo de 3 días
- Atención del pediatra al recién nacido en el momento del parto o cesárea, exclusivamente hasta el costo usual y acostumbrado del hospital

Se excluyen los gastos incurridos como consecuencia de maternidad subrogada y las complicaciones para la madre y el producto.

Endoso para Cobertura de Emergencia en el Extranjero

Esta cobertura ampara los Gastos Médicos indicados en este Endoso y que sean derivados del tratamiento médico de emergencia que requiera el Asegurado mientras se encuentre viajando fuera de la República Mexicana.

Para efectos de esta cobertura, se entiende que el Asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia cuando sufre una alteración en su estado de salud por una afección órgano-funcional súbita o lesión que arriesgue su vida, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Esta cobertura termina cuando el paciente es egresado del hospital o del servicio de urgencias para continuar su tratamiento fuera de éste.

Seguros Atlas pagará conforme a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, el monto reclamado y procedente tomando en cuenta el Deducible y Suma Asegurada estipulados en el Cuadro de Especificaciones de la Póliza.

Los Honorarios médicos de cada Padecimiento tratado, se determinarán en base al rango menor (Fee Range) del Physicians Fee & Coding Guide.

Cuando el trámite de los Gastos Médicos sea a través de Pago Directo, no se elimina el pago del Deducible.

Este endoso cubre los siguientes Gastos Médicos:

- Gastos hospitalarios estipulados en las Condiciones Generales de la Póliza
- Honorarios médicos de cirujanos, anestesista y ayudantes
- Servicios de diagnóstico necesarios durante su estancia hospitalaria
- Servicios de ambulancia terrestre desde el lugar del evento hacia el hospital
- Costo de prótesis y aparatos ortopédicos necesarios para el tratamiento médico o quirúrgico de la emergencia

Esta cobertura no ampara los Gastos Médicos derivados de:

- **Las exclusiones estipuladas en las Condiciones Generales y Endosos de la Póliza.**
- **Complicaciones del Embarazo, Parto, Cesárea y gastos del recién nacido.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones programadas, después de atendida la emergencia médica.**
- **Viajes con duración superior a 90 días, en el entendido de que los primeros 90 días operan bajo la cobertura de este Endoso.**

Endoso para Cobertura en Franja Fronteriza

Mediante este Endoso se establece que la Póliza tiene cobertura en la Franja Fronteriza, definida para efectos de este contrato como el territorio comprendido dentro de las 20 millas de ancho al norte de México y que pertenece al territorio de los Estados Unidos de América.

Esta cobertura se sujetará a las siguientes condiciones:

1. Tendrán efecto todas las condiciones y coberturas de la Póliza con excepción del Deducible y el Coaseguro.
2. A los Gastos Médicos procedentes, se les aplicará un Deducible igual al doble que corresponda conforme a las condiciones de la Póliza.
3. Esta cobertura aplicará un Coaseguro igual al que corresponda conforme a las condiciones de la Póliza, más 20 puntos porcentuales.
4. Los Honorarios Quirúrgicos se sujetarán a los límites establecidos en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas contratado en la Póliza.
5. Esta cobertura pagará los Gastos Médicos Cubiertos, después de haberles restado el Deducible y el Coaseguro correspondiente, hasta por la Suma Asegurada aplicable al Siniestro.
6. Aplicará sólo el sistema de reembolso para el pago de reclamaciones.

Este Endoso será aplicable, sólo para aquellos Siniestros que desde su primer gasto se atendieron en la Franja Fronteriza definida.

Endoso por Continuación familiar

Con este endoso se manifiesta que la póliza tiene la cobertura de continuación familiar, la cual operará de acuerdo con las bases siguientes:

En caso de que el asegurado titular fallezca o quede inválido total y permanentemente como consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos y que ocurren durante la vigencia de la póliza, sus dependientes económicos que se encuentren cubiertos quedarán asegurados durante cinco años más, a partir de la siguiente renovación y sin pago de primas adicional.

Para efectos de este endoso, se considera que el asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si, debido a que sufre lesiones corporales por un accidente o padece una enfermedad, queda imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación, del que pueda derivar alguna actividad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad haya sido continua durante un período mínimo de tres meses.

Se considera también que el asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos; la pérdida o anquilosis de ambas manos o ambos pies; un pie y la vista de un ojo; una mano y la vista de un ojo. En estos casos se suprime el período de espera mencionado en el párrafo anterior.

Durante el tiempo de cobertura, seguirán vigentes los mismos beneficios que hayan tenido contratados en el momento del fallecimiento o invalidez total y permanente del Asegurado Titular.

Causarán baja automática de esta cobertura, dentro del período señalado en el párrafo anterior, cualquiera de los dependientes:

- a) Siendo cónyuge, cumple 70 años de edad
- b) Siendo hijo, contrae matrimonio, cumple 30 años de edad o recibe ingresos por trabajo personal.

Este beneficio es improcedente para asegurados titulares mayores de 64 años.

Exclusiones:

Quedan excluidos de la cobertura de este endoso los casos en que el asegurado titular fallezca o quede inválido total y permanentemente, por un padecimiento no cubierto por la póliza a la que este endoso se adhiere.

Endoso de Gastos funerarios para dependientes

Mediante este endoso, se hace constar que la póliza tiene la cobertura de gastos funerarios para dependientes, la cual opera de acuerdo a las siguientes bases:

1. Serán aplicables las condiciones generales de la póliza a la que se adhiere el presente endoso.
2. En caso de fallecimiento de cualquier dependiente asegurado, se reembolsarán los gastos funerarios al asegurado titular, y en su ausencia a quien demuestre haberlos efectuado, mediante la presentación del acta de defunción y las facturas correspondientes, las cuales deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó los gastos.
3. Esta cobertura reembolsará los gastos funerarios de los fallecimientos ocurridos por accidentes o enfermedades cubiertos por el plan de gastos médicos mayores, exista o no gasto previo del accidente o enfermedad que le dio origen al fallecimiento.
4. Los gastos amparados por este endoso, están limitados a la suma asegurada contratada para esta cobertura, y que se indica en el cuadro de especificaciones de la póliza.
5. Los gastos funerarios cubiertos son los que se describen a continuación:
 - a) Pago de trámites de índole administrativo para la obtención de documentos, permisos y pago de derechos, necesarios para la realización del servicio mortuario.
 - b) Recolección del cuerpo del lugar de fallecimiento y traslado al sitio de velación.
 - c) Embalsamado
 - d) Servicio de tanatoestética
 - e) Ataúd.
 - f) Uso de sala de velación.
 - g) Materiales necesarios para velación en domicilio particular
 - h) Traslado del cuerpo en carroza fúnebre del sitio de velación, al lugar de inhumación o cremación
 - i) Derechos de uso de fosa en panteón civil o municipal
 - j) Pullman de acompañamiento del sitio de velación al lugar de inhumación.
 - k) Pago de excavación, construcción e internación en gaveta o nicho.
 - l) Costo de cremación.
 - m) Urna

En adición a las exclusiones de la póliza a la que este endoso se adhiere, se excluye el fallecimiento a consecuencia de suicidio.

Endoso de Regionalización

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que en caso de siniestro cubierto se procederá de acuerdo a lo siguiente:

Si el asegurado se atiende en hospitales de Jalisco, Nuevo León y Distrito Federal o su zona conurbada, participará con 8 puntos porcentuales adicionales al coaseguro que le corresponda conforme a las condiciones de la póliza, los cuales no serán computables para el Tope de Coaseguro en caso de haberlo contratado.

Lo anterior no aplicará si el siniestro es a consecuencia de una enfermedad, que para su tratamiento médico sea estrictamente necesario su traslado a las entidades mencionadas, asimismo no procederá en caso de accidente o emergencia sufridos dentro de Jalisco, Nuevo León y Distrito Federal o su zona conurbada.

Para efectos del presente endoso, se entiende que el asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia, si sufre una alteración de su estado de salud con una afección órgano funcional súbita o lesión que ponga en peligro su vida, su integridad corporal, o la viabilidad de alguno de sus órganos.

La aplicación del presente endoso está prevista siempre que el asegurado se atienda en los hospitales cubiertos por el plan contratado. En cualquier otro caso se aplicará adicionalmente lo establecido en el endoso de hospitales correspondiente.

El presente endoso no limita la aplicación de las condiciones de la póliza.

Endoso de hospitales para plan Óptimo

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta póliza, se hace constar que la misma, tiene la cobertura en su modalidad de ATLAS MED ÓPTIMO.

El presente endoso establece los hospitales a los que los asegurados tienen derecho a acudir para su atención médica.

En este plan, los asegurados podrán acudir al hospital de su preferencia con EXCEPCIÓN de los siguientes:

Lugar	Hospitales restringidos para plan OPTIMO
Ciudad de México	Metropolitano. México. Mocel. Beneficencia Española.
Monterrey	José A. Muguerza. Santa Engracia.
Guadalajara	Ángeles del Carmen. Real San José.
Querétaro	Ángeles.
Tijuana	Del Prado. Centro Médicos Excel. Ángeles.
Reynosa	Muguerza.
Saltillo	Muguerza.
Chihuahua	Clínica del Parque. Centro Internacional de Medicina (CIMA).
León	Ángeles.
Cancún	Hospiten.
Playa del Carmen	Hospiten Riviera Maya
Villa Hermosa	Ángeles.
Torreón	Ángeles.
Ciudad Juárez	Ángeles de Juárez.
Culiacán	Ángeles.

Puebla	Ángeles.
San Luis Potosí	Ángeles CM Potosí.
Tampico	Ángeles
Xalapa	Ángeles

No obstante esta restricción, si los asegurados acuden a estos hospitales;

- En caso de siniestro por enfermedad, se aplicarán 15 puntos de coaseguro adicionales al porcentaje contratado en la póliza.
- En caso de siniestro por accidente, se aplicará un coaseguro del 10%, independientemente del que se hubiera contratado en la póliza.

De igual forma los asegurados **NO PODRÁN** acudir a los hospitales que a continuación se enlistan:

Lugar	Hospitales restringidos para plan PLUS
Ciudad de México	Ángeles del Pedregal Ángeles de las Lomas The American British Cowdray (ABC), Observatorio The American British Cowdray (ABC), Santa Fe Medica Sur
Monterrey	Hospital San José Hospital Doctor's
Guadalajara	Hospital San Javier Puerta de Hierro

Si los asegurados acuden a los hospitales restringidos para plan PLUS;

- En caso de siniestro por enfermedad, se aplicarán 25 puntos de coaseguro adicionales al porcentaje contratado en la póliza.
- En caso de siniestro por accidente, se aplicará un coaseguro del 20%, independientemente del que se hubiera contratado en la póliza.

Para los coaseguros establecidos en caso de siniestros por accidente, no se aplicará reducción o bonificación por pago directo.

En ninguna circunstancia los coaseguros indicados en este endoso podrán ser sujetos del tope de coaseguro estipulado en la póliza.

Endoso Dental Med Atlas

Con este endoso, que se adhiere e integra a esta póliza se manifiesta que la misma tiene cobertura dental que opera de acuerdo a las siguientes condiciones.

Se cubren los gastos de tratamientos dentales iniciados en la vigencia de la póliza y que sean necesarios para la atención de padecimientos provocados por un accidente o enfermedad, incluyendo aquellos gastos derivados de padecimientos cuya sintomatología se haya manifestado antes del inicio de vigencia del contrato, siempre que no se haya iniciado tratamiento alguno para dichos padecimientos con médicos distintos a los de la red.

Los gastos dentales cubiertos se ajustarán a los límites establecidos para cada procedimiento y se pagarán cuando la erogación de los gastos se realice dentro de la vigencia de la póliza. La suma de todos los gastos realizados durante la vigencia de la póliza tendrá como límite \$120,000 pesos por persona, el pago de cualquier cantidad adicional a este monto estará a cargo de cada asegurado.

Para esta cobertura el asegurado debe pagar al dentista por cada servicio y/o procedimiento quirúrgico realizado, un Copago de acuerdo al procedimiento que se realice, este se calcula aplicando el porcentaje indicado al monto establecido para cada procedimiento.

El plan dental amparado cuenta con un acceso a una red cerrada, razón por la cual solamente podrá acudir con dentistas de la red. No obstante lo anterior, en caso de Urgencia Dental, y solamente cuando no se cuente con un Dentista de la Red disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red para obtener servicios de Urgencia, y únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia. Para el reembolso es necesario que usted presente tanto las radiografías previas al tratamiento como las posteriores al mismo.

Se entiende por Urgencia Dental a toda aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del Dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

Para mayor información acerca de la red de dentistas del proveedor del servicio y antes de iniciar cualquier acción, usted debe comunicarse a los siguientes teléfonos: llamando del D.F. y Área Metropolitana al **5002 3102** y, del interior de la República sin costo de larga distancia al **01 (55) 5002 3102 o 01800 347 1111**, donde les darán asesoría las veinticuatro (24) horas, los 365 días del año.

Gastos dentales cubiertos

Los gastos dentales y el porcentaje aplicable a cada gasto se indican a continuación:

Beneficios Dentales Cubiertos		Copago
Servicios Básicos	Evaluación Oral Completa	0%
	Limpieza dental en adulto y niño	
	Consulta Periodontal Completa	20%
	Restauración con amalgamas y resinas	
	Rayos X	
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)		20%
Remoción de terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)		20%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)		20%

A continuación se describen de manera genérica los beneficios cubiertos:

I. Servicios Básicos

(Evaluación oral completa, limpieza dental en adulto y niño, consulta periodontal Completa, restauraciones con amalgamas y resinas, y rayos X)

- Evaluación Oral y Evaluación Periodontal: una en doce meses
- Radiografía Periapical: cuatro en doce meses
- Radiografía Aleta de Mordida: cuatro en doce meses
- Placa Panorámica: una en cinco años
- Serie Radiográfica: una en cinco años
- Profilaxis (limpieza): una en cualquier periodo de seis meses

Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B
T. (55) 91 77 50 00

Col. Bosques de las Lomas
www.segurosatlas.com.mx

México D.F. C.P. 05120
segatlas@segurosatlas.com.mx

- Amalgamas: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes anteriores: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes posteriores: una cada tres años por cada diente o superficie

II. Procedimientos Quirúrgicos Menores

(Extracciones simples y otros procedimientos menores)

- Extracción de restos coronales en dientes deciduos: una por cada diente. **No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**
- Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps): una por cada diente
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente, causado por accidente o desplazamiento
- Biopsia de tejido oral, duro y blando: una cada doce meses (sin costo de laboratorio)
- Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en un mismo cuadrante, uno cada dos años

III. Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)

- Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente: una por cada diente
- Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso: una por cada diente
- Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes: una por cada diente
- Cierre de fístula oroantral: uno por cada diente
- Cierre primario de un seno perforado: uno por cada diente
- Alveoloplastia: una por cada diente
- Vestibuloplastia
- Remoción de exostosis lateral, de torus palatino y torus mandibular
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando intraoral y extraoral
- Remoción de cuerpos extraños
- Ostectomía parcial/Secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
- Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
- Frenilectomía y Frenuloplastia: una de por vida
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronar
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

IV. Endodoncias

(Remoción de nervio dental)

- Pulpotomía terapéutica: una por cada diente (sólo en dientes primarios)
- Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Apexificación/Recalcificación: una por cada diente
- Cirugía de Apicectomía/perirradicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Obturación retrógrada por raíz: una por cada diente
- Amputación radicular: una por cada diente
- Hemisección: una por cada diente

Limitaciones de los gastos dentales cubiertos

- 1. Limitaciones en Planes de Tratamiento o Procedimientos opcionales.** En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos cubiertos por la Póliza de Seguro, únicamente se pagará el porcentaje aplicable al honorario del Procedimiento o Tratamiento alternativo menos costoso si el Tratamiento o Procedimiento restaura la salud bucodental del Asegurado, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento alternativo se incluyen, entre otros: técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial sobre dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización, como son joyas, hombros en coronas, o cualquier otro medio de cobro de Procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos como parte de un Procedimiento general, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
- 2. Limitaciones en Beneficios de Restauraciones.** Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Procedimiento restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como un Beneficio Excluido de la Póliza de Seguro.
- 3. Limitaciones en Radiografías.** Únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo no serán pagadas, ya que su costo está incluido en el costo total de cada Tratamiento o Procedimiento (en el Honorario Máximo pactado con el Dentista). Las Series Radiográficas completas están limitadas

a una cada cinco años, las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de aleta de mordida están limitadas a una cada cinco años. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a cuatro por año. Las radiografías periapicales están limitadas a cuatro en un año. Para el caso de las radiografías periapicales, aleta de mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica. Si se toma una radiografía panorámica conjuntamente con una serie intraoral completa, Se considerará la radiografía panorámica conjuntamente incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no suplanta a la limitación particular del Procedimiento Serie Radiográfica ni la del Procedimiento Placa Panorámica).

- 4. Las evaluaciones orales incluyendo visitas para observación y Consultas.** Están limitadas a una Evaluación Oral cada año. Se pagará una sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de Evaluación Oral y Evaluación Oral completa.
- 5. Limitaciones en Profilaxis.** Las profilaxis están limitadas a dos al año.
- 6. Limitación a las Resinas en Dientes Posteriores.** Se cubren las resinas de una y dos superficies en dientes posteriores, siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50%. Será obligación del Asegurado presentar las radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
- 7. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores.** El Procedimiento de raspado y alisado aplican únicamente a pacientes mayores de 35 años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de dos cuadrantes por año.
- 8. En Incisión y Drenaje de abscesos complicados se excluye la Angina de Ludwig.**

Exclusiones

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**

- 2. Tratamientos que incrementen la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, abrasión, erosión, o de cualquier otra manera, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. También quedan excluidos el protector oclusal y el ajuste oclusal completo.**
- 3. Tratamientos, 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), 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 con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. Si los servicios realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán Beneficios Excluidos.**
- 4. Servicios prestados o materiales suministrados antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.**
- 5. Ferulización periodontal, equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos asociados e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**
- 6. Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, selladores de fisuras y aplicación tópica de flúor.**
- 7. Terapia miofuncional (de la función de los músculos).**

- 8. Diagnóstico o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**
- 9. Medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.**
- 10. Implantes y servicios relacionados (materiales implantados dentro y sobre el hueso o tejido suave).**
- 11. Tratamientos o Procedimientos 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.**
- 12. Servicios 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.**
- 13. Tratamientos o materiales suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el Dentista por Tratamiento en hospital.**
- 14. 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 en el Plan.**
- 15. Cualquier servicio que no sea parte del 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 durante el Tratamiento o Procedimiento, cuando su costo deba estar incluido en el total del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de**

- acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser: los algodones, las mascarillas y las técnicas de relajación como la música.
16. Reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste demostrable de la restauración.
 17. Servicios de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas).
 18. 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.
 19. 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.
 20. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.
 21. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
 22. Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades que se originen a consecuencia de:
 - a. Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - b. Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s)

Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades

Artículo 7.- Tratándose de los Integrantes de un Grupo o Colectividad, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la póliza.

Artículo 8.- El otorgamiento de Dividendos por siniestralidad favorable en los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos se sujetará a lo siguiente:

- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;

- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Artículo 20.- Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

- II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

Artículo 21.- La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

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.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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:

- d) 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;

- e) 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;
- f) 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;
- g) 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;
- h) 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;

- i) 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;

- j) 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;
- k) 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

- l) 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.

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 25.- Si el contenido de esta 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 esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones.

Artículo 26.- El artículo anterior deberá insertarse textualmente en la póliza.

Artículo 33.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de compensar las primas y los préstamos sobre pólizas que se le adeuden, con la prestación debida al beneficiario.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

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 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya 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 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

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.

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 22 de mayo de 2015 con el número CNSF-S0023-0214-2015; 7 de marzo de 2013, con el número BADI-S0023-0090-2012 , 7 de marzo de 2013, con el número BADI-S0023-0022-2013;

10 de abril de 2012, con el número BADI-S0023-0020-2012; 9 de enero de 2012, con el número BADI-S0023-0002-2012 y 24 de abril de 2015, con el número BADI-S0023-0042-2015.

De conformidad con el artículo transitorio sexto de la Circular Única de Seguros y Fianzas, el producto se actualizo, mediante el registro especial, el día 25 de febrero de 2015, con el número RESP-S0023-0010-2015.

Anexo de guías de proveedores

Asistencia Funeraria Internacional

Con el fin de mejorar la protección brindada a los asegurados en nuestras pólizas individuales de gastos médicos, **Seguros Atlas** ha contratado a su costo un servicio de asistencia funeraria internacional con **Interassistance Services of Mexico**, para brindarles los siguientes servicios:

Servicios de Asistencia Funeraria:

- Asesoría telefónica las 24 hrs. los 365 días del año.
- Trámites legales ante las autoridades competentes.
- Traslado del cuerpo a la sala de velación o al domicilio a nivel nacional, y al cementerio de la comunidad en caso de inhumación.
- Proveer al cliente o beneficiario un féretro de corte lineal**.
- Preparación y arreglo de cuerpo (Tanatopraxia).
- Sala de velación o servicio a domicilio por 24 hrs.
- Decoración de la sala de velación**.
- Opcionalmente, de ser requerido el servicio de velación se prestará a domicilio en las mismas condiciones que las numeradas anteriormente.
- Apoyo en la coordinación del servicio religioso a cargo de un Ministro del culto indicado por el cliente y/o su familia.
- Servicio de cremación con urna incluida (en este caso no incluye traslado para inhumación, y el féretro queda a disposición de la funeraria.).

Servicios de repatriación de restos:

- Trámites legales, consulares para el traslado del cuerpo hacia México
- Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- Preparación del cuerpo embalsamamiento y Tanatopraxia.
- Proveer un féretro hermético para la repatriación.
- Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
- Transporte aéreo del cuerpo a México.
- Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de México.
- Traslados del aeropuerto hasta el lugar de velación.
- En caso de no ser repatriado, se brinda única y exclusivamente el servicio de cremación

**** De acuerdo a condiciones recursos, costumbres en la localidad y disponibilidad de la filial.**

Condiciones para el uso de la asistencia:

Edad de ingreso de acuerdo a la póliza contratada.

Encontrarse al día en los pagos.

Los traslados a nivel nacional se cubrirán por vía terrestre y aérea, priorizando esta última.

Para hacer uso de los servicios antes mencionados deberá ponerte en contacto con el prestador de servicios a los teléfonos de contacto:

- **En México D.F. y Zona Metropolitana**

(55) 5259-0523

- **En el interior de la República:**

01-800-710-4545

- **Fuera del país:**

+52 (55) 5259-0523



www.memorialinternational.com

El servicio que Interassistance Services of Mexico le proporcione conformará una relación entre usted y el prestador de servicios, quien es responsable de la calidad de los servicios brindados.



Guía del Asegurado Plan Dental Med

Dentegra
Asegura tu sonrisa

Seguro de Gastos Médicos Dental Plan Dental Med - Red Cerrada

El presente documento y las Condiciones Generales contienen, en conjunto, los términos y condiciones del Plan de Seguro que ha sido contratado con **DENTEGRA**.

RESUMEN DE BENEFICIOS CUBIERTOS

DENTEGRA cuenta con una amplia variedad de Planes Dentales, por lo que antes de usar tu seguro es importante tomar en cuenta:

- 1) El Copago que cada beneficio tiene, el cual puede variar por Procedimiento
- 2) El Límite Anual del Plan Dental Contratado
- 3) Los Beneficios Cubiertos, indicados en la siguiente tabla:

Beneficios Dentales Cubiertos		Copago ¹
Servicios Básicos	Evaluación Oral Completa	0%
	Limpieza dental en adulto y niño	
	Consulta Periodontal Completa	20%
	Restauración con amalgamas y resinas	
	Rayos X	
Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)		20%
Endodoncias (Remoción de nervio dental)		20%
Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)		20%
Límite Anual² por Persona		\$120,000

En caso de requerir una Placa Panorámica deberás acudir a un gabinete radiológico que realice este tipo de estudios y **DENTEGRA** te reembolsará hasta el Honorario Máximo para este Procedimiento.

Tú cuentas con un Plan con acceso a la Red Cerrada, por lo que solamente podrás acudir con Dentistas de la Red **DENTEGRA**.

1. El **Copago** es una cantidad fija que deberás pagar al Dentista por cada Procedimiento Cubierto por el Seguro y se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo que el Dentista de la Red tiene pactado con **DENTEGRA**. Para consultar el monto del Honorario Máximo puedes comunicarte a nuestro Centro de Contacto por los medios indicados al final de este documento.
2. El **Límite Anual** es la cantidad máxima que **DENTEGRA** cubrirá en cada año de vigencia de la Póliza de Seguro de conformidad con el Plan Contratado. Tú serás responsable de pagar cualquier cantidad adicional a este monto.

Ejemplo de cálculo de Copago	
Honorario Máximo del Dentista por el Tratamiento Dental	\$2,000
Copago 20% (a cargo del Asegurado)	\$400
DENTEGRA pagará al Dentista	\$1,600

3. El **Honorario Máximo** es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará al Dentista por concepto de honorarios por cada Procedimiento o Tratamiento realizado, de acuerdo con el Plan Contratado.

DETALLE DE BENEFICIOS CUBIERTOS

A continuación se describen de manera genérica los Beneficios Cubiertos y deberás consultar cuáles se encuentran amparados de acuerdo con el Plan Dental que hayas contratado. **Verifica las limitaciones en la sección de Limitaciones a los Beneficios.** En caso de tener alguna duda respecto a los Procedimientos específicos, contáctanos y con gusto te atenderemos.

I. Servicios Básicos (Evaluación, rayos X, limpiezas, restauraciones con amalgamas y resinas)

- Evaluación Oral y Evaluación Periodontal: una en doce meses
- Radiografía Periapical: cuatro en doce meses
- Radiografía Aleta de Mordida: cuatro en doce meses
- Placa Panorámica: una en cinco años
- Serie Radiográfica: una en cinco años
- Profilaxis (limpieza): una en cualquier periodo de seis meses
- Amalgamas: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes anteriores: una cada tres años por cada diente o superficie
- Resinas en dientes posteriores: una cada tres años por cada diente o superficie

II. Procedimientos Quirúrgicos Menores (Extracciones simples y otros Procedimientos menores)

- Extracción de restos coronales en dientes deciduos: una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica
- Extracción de diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps): una por cada diente
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente, causado por accidente o desplazamiento
- Biopsia de tejido oral, duro y blando: una cada doce meses (sin costo de laboratorio)
- Incisión y drenaje de abscesos (tejido blando intraoral)
- Raspado y alisado periodontal de raíz: en un mismo cuadrante, uno cada dos años

III. Servicios de Endodoncia (Remoción de nervio dental)

- Pulpotomía terapéutica: una por cada diente (sólo en dientes primarios)
- Terapia de conducto radicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Apexificación/Recalcificación: una por cada diente
- Cirugía de Apicectomía/perirradicular en diente anterior, premolar o molar: una por cada diente
- Obturación retrógrada por raíz: una por cada diente
- Amputación radicular: una por cada diente
- Hemisección: una por cada diente

IV. Servicios de Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos (Extracción de muelas del juicio y otros Procedimientos complejos)

- Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente: una por cada diente
- Remoción de diente impactado en tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso: una por cada diente
- Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes: una por cada diente
- Cierre de fístula oroantral: uno por cada diente
- Cierre primario de un seno perforado: uno por cada diente
- Alveoloplastia: una por cada diente
- Vestibuloplastia
- Remoción de exostosis lateral, de torus palatino y torus mandibular
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Incisión y drenaje de abscesos en tejido blando intraoral y extraoral
- Remoción de cuerpos extraños
- Ostectomía parcial/Secuestrectomía para la remoción de hueso no vital
- Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños
- Frenilectomía y Frenuloplastia: una de por vida
- Escisión de tejido hiperplásico y de encía pericoronar
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa

¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1. Elige a un Dentista de nuestra Red y llámalo para concertar tu cita, o **si eres paciente de primera vez, coordinamos tu primera atención.**

Para tu primera Consulta deberás seleccionar a un Dentista General quien, en caso de ser necesario, te remitirá con un especialista. Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.

En caso de que requieras atención de un especialista (Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista o Implantólogo) te recomendamos que te comuniques a nuestro Centro de Contacto.

Puedes consultar nuestra lista de Dentistas afiliados en nuestra página web: dentegra.com.mx o llamando al Centro de Contacto de **DENTEGRA.**

¿CÓMO UTILIZO LOS SERVICIOS?

1.	<p>Para la coordinación de tu cita ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo• Fecha de nacimiento• Número de Póliza• Certificado• Parentesco• Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto
2.	<p>Coordina tu cita con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación e indica tres opciones de horario. DENTEGRA te asignará una cita con un Dentista de la Red DENTEGRA y te confirmará la atención en un lapso no mayor a dos (2) días hábiles.</p>
3.	<p>Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.</p>
4.	<p>Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.</p>
5.	<p>Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a DENTEGRA en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para asegurarte de que el Procedimiento tenga cobertura• Para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado• Para poder planear tu pago por anticipado <p>*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual DENTEGRA te autoriza la realización de algunos Tratamientos, especificando los honorarios que deberás pagar.</p> <p>La respuesta a tu solicitud le será enviada a tu Dentista en un lapso de tres (3) días hábiles. Es importante saber que en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista siempre solicitará una predeterminación de costos.</p>
6.	<p>Paga al Dentista el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista). Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.</p>

¿QUÉ DEBO HACER EN CASO DE URGENCIA DENTAL?

En caso de Urgencias Dentales cuentas con asesoría las veinticuatro (24) horas, los 365 días del año, llamando del D.F. y Área Metropolitana al **5002 3102** y, del interior de la República sin costo de larga distancia al **01 (55) 5002 3102** o **01800 347 1111**.

Se entiende por Urgencia Dental a toda aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera imperiosa la atención inmediata del Dentista para prevenir un daño físico o paliar una dolencia.

En caso de Urgencia Dental, y solamente cuando **DENTEGRA** no cuente con un Dentista de la Red **DENTEGRA** disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **DENTEGRA** para obtener servicios de Urgencia, y **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

Es necesario para el Reembolso que presentes tanto las radiografías previas al Tratamiento como las posteriores al mismo. Para consultar el procedimiento de Reembolso o verificar la disponibilidad de los Dentistas de la Red **DENTEGRA** en caso de Urgencia, comunícate a nuestro Centro de Contacto.

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS

Cuentas con la asesoría de la Unidad Especializada para Asegurados, donde podrás exponer dudas respecto a reclamaciones, consultas o quejas de algún servicio recibido por parte de **DENTEGRA** de nuestros Dentistas afiliados.

Es muy sencillo solicitar apoyo, sigue los siguientes pasos:

1. Comunícate a nuestro Centro de Contacto o envía un correo a: **segurodental@dentegramx.com** describiendo tu solicitud, y proporciona la siguiente información: nombre completo, Póliza, Certificado, correo electrónico y teléfono de contacto.

2. En el transcurso de un día hábil uno de nuestros ejecutivos se pondrá en contacto contigo y te proporcionará un folio de seguimiento a tu solicitud.
3. El tiempo de resolución a las solicitudes es de cinco (5) días hábiles, excepto quejas especiales que por su naturaleza requieran ser revisadas mediante una segunda opinión o dependan de la entrega de información por parte de nuestros Asegurados.

LIMITACIONES A LOS BENEFICIOS

1. Limitaciones en Planes de Tratamiento o Procedimientos opcionales. En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos cubiertos por la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** únicamente pagará el porcentaje aplicable al honorario del Procedimiento o Tratamiento alternativo menos costoso si el Tratamiento o Procedimiento restaura la salud bucodental del Asegurado, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento alternativo se incluyen, entre otros: técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial sobre dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización, como son joyas, hombros en coronas, o cualquier otro medio de cobro de Procedimientos en componentes individuales cuando la costumbre es cobrarlos como parte de un Procedimiento general, de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.
2. Limitaciones en Beneficios de Restauraciones. Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, **DENTEGRA** solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Procedimiento restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como un Beneficio Excluido de la Póliza de Seguro.
3. Limitaciones en Radiografías. **DENTEGRA** únicamente pagará por radiografías tomadas para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo no

serán pagadas, ya que su costo está incluido en el costo total de cada Tratamiento o Procedimiento (en el Honorario Máximo pactado con el Dentista). Las Series Radiográficas completas están limitadas a una cada cinco años, las radiografías panorámicas acompañadas por radiografías de aleta de mordida están limitadas a una cada cinco años. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a cuatro por año. Las radiografías periapicales están limitadas a cuatro en un año. Para el caso de las radiografías periapicales, aleta de mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica. Si se toma una radiografía panorámica conjuntamente con una serie intraoral completa, **DENTEGRA** considerará la radiografía panorámica conjuntamente incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no suplanta a la limitación particular del Procedimiento Serie Radiográfica ni la del Procedimiento Placa Panorámica).

4. Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para observación y Consultas). Están limitadas a una Evaluación Oral cada año. **DENTEGRA** pagará una sola vez al año por cualquier combinación de los Procedimientos de Evaluación Oral y Evaluación Oral completa.
5. Limitaciones en Profilaxis. Las profilaxis están limitadas a dos al año.
6. Limitación a las Resinas en Dientes Posteriores. Se cubren las resinas de una y dos superficies en dientes posteriores, siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50%. Será obligación del Asegurado presentar las radiografías o fotografías preoperatorias y postoperatorias para que proceda el pago.
7. Limitación de Procedimientos Quirúrgicos Menores. El Procedimiento de raspado y alisado aplican únicamente a pacientes mayores de 35 años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5 mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de dos cuadrantes por año.
8. En Incisión y Drenaje de abscesos complicados se excluye la Angina de Ludwig.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: La Póliza de Seguro cubrirá los padecimientos dentales de todos aquellos Asegurados cuya sintomatología haya iniciado en fechas anteriores al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, siempre que no haya iniciado Tratamiento alguno en el Asegurado algún Dentista no autorizado por **DENTEGRA**.

PERIODO DE BENEFICIO: DENTEGRA reembolsará los Gastos Cubiertos hasta el Límite Anual y, de conformidad con las Condiciones Generales establecidas en la Póliza de Seguro, a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado y siempre que los gastos se efectúen durante la vigencia del Contrato de Seguro o hasta la fecha de baja del Asegurado, lo que ocurra primero. Si la Póliza de Seguro se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el Periodo de Beneficio será prorrogado por otro periodo de igual duración.

PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen. Dicho plazo no correrá en los casos que se señalan en el artículo 82 y se interrumpirá por las causas señaladas en el artículo 84, ambos de la Ley sobre el Contrato de Seguro, de igual forma se interrumpirá en términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN: DENTEGRA pagará al Dentista todos los gastos de los Tratamientos y Procedimientos, ajustándolos a los límites establecidos en el Plan Dental y los Honorarios Máximos y se les descontará el Copago, de acuerdo con el porcentaje establecido en este documento.

EXCLUSIONES

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**
2. **Tratamientos que incrementen la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, abrasión, erosión, o de cualquier otra manera, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión**

directamente atribuible a éste. También quedan excluidos el protector oclusal y el ajuste oclusal completo.

3. Tratamientos, 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), 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 con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. Si los servicios realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán Beneficios Excluidos.
4. Servicios prestados o materiales suministrados antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.
5. Ferulización periodontal, equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos asociados e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
6. Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, selladores de fisuras y aplicación tópica de flúor.
7. Terapia miofuncional (de la función de los músculos).
8. Diagnóstico o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.

9. Medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.
10. Implantes y servicios relacionados (materiales implantados dentro y sobre el hueso o tejido suave).
11. Tratamientos o Procedimientos 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.
12. Servicios 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.
13. Tratamientos o materiales suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el Dentista por Tratamiento en hospital.
14. 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 en el Plan.
15. Cualquier servicio que no sea parte del 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 durante el Tratamiento o Procedimiento, cuando su costo deba estar incluido en el total del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser: los algodones, las mascarillas y las técnicas de relajación como la música.

16. Reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste demostrable de la restauración.
17. Servicios de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas).
18. 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.
19. 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.
20. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.
21. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
22. Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades que se originen a consecuencia de:
 - a. Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - b. Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

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 4 de agosto de 2010, con el número CNSF-H0714-0034-2010.

Nota para el Asegurado:

En caso de que requieras conocer la totalidad de las condiciones de aseguramiento de tu Cobertura Dental, envíanos tu solicitud al correo electrónico: segurodental@dentegramx.com indicándonos nombre completo, fecha de nacimiento, número de Póliza, Certificado, parentesco (en caso de ser dependiente) y correo electrónico. Por el mismo medio te enviaremos la información, o comunícate a nuestro Centro de Contacto.



Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto DENTEGRA:

Horario de atención de
Lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas
Sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas
D.F. y Área Metropolitana:

5002 3102

Interior de la República sin costo de larga distancia:

01 (55) 5002 3102 o 01800 347 1111

Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias

Correo electrónico: segurodental@dentegramx.com

Página web: dentegra.com.mx

En nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 863, piso 5, Colonia Nápoles, C.P. 03810, México, D.F.

Podrás consultar en nuestra página de Internet el Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., que podrá estar sujeto a cambios, por lo que te recomendamos su consulta de forma frecuente.



**Insurgentes Sur 863 Piso 5, Col. Nápoles
C.P. 03810. México, D.F.**

dentegra.com.mx

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿CONOCES TUS DERECHOS BÁSICOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO O BENEFICIARIO DE UN SEGURO?

- Cuando se contrata un Seguro de Accidentes y Enfermedades es posible que desconozcas los derechos que tienes como contratante, asegurado o beneficiario al momento de adquirir la protección de un seguro, en caso de algún imprevisto amparado.
- Si conoces tus derechos podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás malos entendidos y en consecuencia, estarás mejor informado.

¿CÓMO SABER CUÁLES SON TUS DERECHOS CUANDO CONTRATAS UN SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA?

Como contratante, antes y durante la contratación del seguro tienes derecho a:

- Solicitar al intermediario que te ofrece el seguro la identificación que lo acredita para ejercer como tal.
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Seguros Atlas proporcionará por escrito o por medios electrónicos la información requerida.
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato.

Para que conozcas las condiciones generales de nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web:

www.segurosatlas.com.mx, o puedes acudir a cualquiera de nuestras oficinas, donde tendremos el gusto de atender a todas tus inquietudes.

- Si contrataste un seguro y te aplicaron un examen médico, no se te podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que te hayan aplicado.

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu póliza de seguro por eventos procedentes, cuando ocurran dentro del periodo de gracia aunque todavía no hayas pagado la prima en dicho periodo, en cuyo caso la Compañía descontará de la in-

demnización correspondiente la prima pendiente de pagar.

- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente.

- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

Para mayor información visite
<http://www.segurosatlas.com.mx>

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de mayo de 2015 con el número RESP-S0023-0481-2015”.