

Condiciones Generales


Seguros Atlas®
La empresa a mi medida

Best Doctors
MEDICALELITE



CONTENIDO

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES	3
TABLA DE BENEFICIOS	4
SECCIÓN I: DEFINICIONES	11
SECCIÓN II: COBERTURAS	21
1. Cobertura de Gastos Médicos	21
2. Cobertura de Condiciones o Padecimientos Preexistentes	36
SECCIÓN III: PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODOS DE ESPERA	38
1. Período de Carencia	38
2. Períodos de Espera	38
SECCIÓN IV: EXCLUSIONES GENERALES	39
SECCIÓN V: CLÁUSULAS GENERALES	44
1. Contrato Completo	44
2. Vigencia	45
3. Moneda	45
4. Régimen Fiscal	46
5. Notificación del Siniestro	46
6. Notificación Entre las Partes	46
7. Rectificación de la Póliza	46
8. Modificaciones	46
9. Comisiones	47
10. Agravación del Riesgo	47
11. Coordinación de Beneficios con Otros Seguros	49
12. Agente de Seguros	49
13. Edad y Requisitos de Elegibilidad	50
14. Pago de la Prima	51
15. Altas	52
16. Bajas	53
17. Cancelación	54
18. Devolución de Prima No Devengada	54
19. Rehabilitación de la Póliza	55
20. Renovación	55
21. Trámite de Siniestros	57
22. Compensación de Primas Contra Siniestros	64
23. Plazo para Pago de Indemnizaciones	64
24. Interés Moratorio	64
25. Subrogación	67
26. Pago de Gastos Médicos Complementarios	67
27. Apelación de Reclamaciones	67
28. Arbitraje Médico	68
29. Prescripción	69
30. Competencia	69
31. Jurisdicción	70
ANEXO: TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS IMPORTANTES PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADO(S)	71

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. con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60-PB, Col. Bosques de las Lomas, Ciudad de México C.P. 05120, Tel.: 55.9177.5000, 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 (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales).



Tabla de Beneficios 2021

¿QUÉ DEBE SABER?

- A menos de que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza con la aplicación del Deducible seleccionado.
- Todos los importes que aparecen en la Tabla de Beneficios son en Dólares Americanos (US\$).
- Los gastos médicos cubiertos corresponden a lo Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR).

DEDUCIBLE

- El Deducible es acumulativo por Asegurado, por Año Póliza, con un máximo equivalente a dos Deducibles por Año Póliza para pólizas familiares.
- Cualquier Gasto Cubierto que haya sido aplicado al Deducible durante los 3 últimos meses del Año Póliza será transferido y aplicado al Deducible del siguiente Año Póliza.
- En caso de Accidente, se exonerará el Deducible en la primera hospitalización relacionada a dicho Accidente. Cualquier tratamiento subsecuente estará sujeto al Deducible correspondiente.
- El Deducible se exonerará hasta un máximo de \$5,000 en caso de que ocurra un Accidente o Emergencia mientras el Asegurado viaja fuera de su País de Residencia.
- El Deducible se reducirá en un 50% al Asegurado que no haya presentado reclamaciones durante 3 Años Póliza consecutivos. Solo aplica para planes de Deducible con valor de \$5,000 o menor.

Beneficio

Cobertura

Beneficio máximo por Asegurado, por Año Póliza

- US\$10,000,000

Elegibilidad para solicitar cobertura

- Hasta los 74 años de edad

Renovación

- Garantizada de por vida

Cobertura geográfica

- Mundial, con libre elección de hospitales y médicos

GASTOS HOSPITALARIOS

Habitación hospitalaria privada y semiprivada	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Sala de emergencias	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Cuidados intensivos	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Cirugías (hospitalarias y ambulatorias)	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Servicios médicos y hospitalarios	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado	• US\$500 por noche, hasta 20 noches

HONORARIOS MÉDICOS

Honorarios del cirujano principal	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Honorarios del anestesista	• 30% del total de honorarios del cirujano principal
Honorarios del médico/cirujano asistente	• 20% del total de honorarios del cirujano principal
Honorarios del segundo asistente	• 10% del total de honorarios del cirujano principal
Honorarios del asistente instrumentista	• 5% del total de honorarios del cirujano principal
Visitas a médicos y especialistas	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Suministrados durante una hospitalización	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Suministrados fuera de una hospitalización	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Prescritos para el tratamiento de alergias	• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Pruebas de laboratorio y gabinete y exámenes de diagnóstico

- 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

EQUIPOS MÉDICOS E IMPLANTES

Equipo médico durable y dispositivos especiales (prótesis externas, dispositivos ortóticos)

- 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

Implantes quirúrgicos y prótesis (excluye dentales)

- 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

TRANSPORTE DE EMERGENCIA

Ambulancia aérea

- 100% del UCR, al hospital más cercano para el tratamiento apropiado, hasta el límite del beneficio máximo
- No aplica Deducible

Ambulancia terrestre

- 100% del UCR, al hospital más cercano para el tratamiento apropiado, hasta el límite del beneficio máximo
- No aplica Deducible

Viaje de retorno

- Hasta US\$2,000 para boleto de regreso en clase económica, después de cubrir el Deducible

OTROS BENEFICIOS

Terapia física y rehabilitación ambulatoria y cuidado médico a domicilio

- 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
- Los servicios de cuidado médico a domicilio están limitados a 8 horas diarias

Tratamientos especiales:

- Psiquiatra, terapias ocupacionales, apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño
- US\$5,000 por Asegurado, por Año Póliza
- Autismo
- 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo para Dependientes nacidos de una Maternidad Cubierta
- US\$10,000 para Dependientes no nacidos de una Maternidad Cubierta que desarrollan la condición mientras están asegurados

Beneficio

Cobertura

Maternidad	<ul style="list-style-type: none">• Disponible para Deducibles \$500/\$1000, \$1000/\$2000 y \$2000/\$3000• 100% parto normal dentro de un hospital de la Red de Maternidad• Hasta US\$7,000 por embarazo para parto normal en hospitales fuera de la Red de Maternidad• Hasta US\$10,000 por embarazo para parto por cesárea electiva dentro o fuera de la Red de Maternidad• Período de Espera de 10 meses• El Período de Espera de la maternidad (incluyendo sus complicaciones y la preservación de células madre) para hijas dependientes embarazadas que hayan estado aseguradas bajo la Póliza de sus padres por más de 10 meses, será eliminado al momento de emitirse su propia cobertura como Asegurada Titular, Cónyuge o Concubina• No aplica Deducible
Complicaciones de la maternidad y del recién nacido	<ul style="list-style-type: none">• Disponible para Deducibles \$500/\$1000, \$1000/\$2000 y \$2000/\$3000• US\$1,000,000 por Póliza, de por vida• Período de Espera de 10 meses• No aplica Deducible
Obtención y almacenamiento de células madre	<ul style="list-style-type: none">• Disponible para Deducibles \$500/\$1000, \$1000/\$2000 y \$2000/\$3000• US\$2,000 por embarazo cubierto para la extracción y preservación de células madre• Período de Espera de 10 meses• No aplica Deducible
Condiciones congénitas y/o hereditarias:	
<ul style="list-style-type: none">• Diagnosticadas antes de los 18 años de edad• Diagnosticadas a los 18 años de edad o después	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Diálisis	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Tratamientos para el cáncer	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

Beneficio

Cobertura

Alzheimer	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Cuidados preventivos	<ul style="list-style-type: none">• Disponible para Deducibles \$500/\$1000, \$1000/\$2000, \$2000/\$3000 y \$5000/\$5000• Detección de cáncer de colon (50+ años): US\$1,200 por Asegurado cada 10 años; para Asegurados considerados de alto riesgo, cada 2 años• Mamografía (40+ años): US\$400 por Asegurada, por Año Póliza• Prueba de Papanicolau (21 a 65 años): US\$150 por Asegurada, cada 3 años• Detección de cáncer de próstata (50+ años): US\$300 por Asegurado, por Año Póliza• Vacunas: influenza, virus del papiloma humano (VPH), malaria y neumococo• No aplica Deducible• No aplica Período de Espera
Examen médico de rutina para Asegurados menores de edad	<ul style="list-style-type: none">• Antes de los 12 meses de edad: Hasta US\$300 por visita• A los 12 meses y antes de los 18 años de edad: Una visita anual hasta US\$100• No aplica Deducible• No aplica Período de Espera
Examen médico de rutina para Asegurados adultos	<ul style="list-style-type: none">• Disponible para deducibles \$500/\$1000, \$1000/\$2000, \$2000/\$3000 y \$5000/\$5000: US\$750 por Asegurado, por Año Póliza• Disponible para deducibles \$10000/\$10000 y \$20000/\$20000: US\$500 por Asegurado, por Año Póliza• No aplica Deducible• No aplica Período de Espera
<ul style="list-style-type: none">• Incluye exámenes de laboratorio o gabinete, radiografías y otros gastos médicos relacionados con el examen médico de rutina.• Este plan también incluye cobertura para tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y nutrición, tratamientos para dejar de fumar, procedimientos de esterilización.	
Gasto dental por accidente	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo, dentro de los 180 días después del accidente
Deportes profesionales y/o actividades de alto riesgo	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo

Beneficio

Cobertura

Cirugía reconstructiva	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Enfermedad o lesión en aeronave privada	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Trasplante de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none">• US\$3,000,000 por órgano o tejido, por Asegurado de por vida• Incluye US\$50,000 para Donante Vivo
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	<ul style="list-style-type: none">• US\$1,000,000 por Asegurado, de por vida• Período de Espera de 24 meses
Cirugía profiláctica para reducción de riesgo de cáncer	<ul style="list-style-type: none">• US\$35,000 por Asegurado, de por vida• Período de Espera de 12 meses
Cirugía bariátrica, de by-pass gástrico y cualquier otro procedimiento quirúrgico para la reducción de peso, sus complicaciones y tratamientos	<ul style="list-style-type: none">• US\$15,000 por Asegurado, de por vida• Período de Espera de 24 meses
Reembolso de gastos de transporte aéreo	<ul style="list-style-type: none">• Hasta US\$2,000 por un boleto en clase económica para viajar a Red de Centros de Excelencia en Latinoamérica
Tratamientos alternativos y/o complementarios: acupuntura, hipnotismo, masajes terapéuticos y reflexología	<ul style="list-style-type: none">• US\$200 por Asegurado, por Año Póliza• No aplica Deducible
Cuidados paliativos/centro para enfermos terminales	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo
Servicios de cremación y repatriación de restos mortales	<ul style="list-style-type: none">• 100% del UCR, hasta el límite del beneficio máximo en caso de fallecimiento como resultado de un accidente o enfermedad cubierto
Beneficio por fallecimiento del Asegurado Titular	<ul style="list-style-type: none">• Los Asegurados Dependientes podrán mantener la Póliza en vigor sin tener que pagar primas durante los dos años subsiguientes al último pago efectuado

Servicios exclusivos



InterConsulta®

Confirmación del diagnóstico e identificación de los mejores tratamientos y especialistas. Acceso inmediato, inclusive para condiciones excluidas por la Póliza.



Best Doctors Concierge™

Coordinación de citas médicas y admisión hospitalaria, coordinación de transporte y hospedaje cuando el asegurado requiera servicios médicos fuera de su país de residencia.



Elite Navigator™

Un médico de apoyo asignado para ayudarle a interpretar exámenes de diagnóstico, resultados de exámenes médicos y ofrecer apoyo con herramientas para comunicar sus inquietudes efectivamente con el médico tratante.



Cuidado Dirigido

Coordinación, supervisión y manejo de casos médicos complejos y de larga duración

SECCIÓN I: DEFINICIONES

- 1. Accidente**
Suceso imprevisto, inesperado, violento ocurrido sin intención del Asegurado, debido única y exclusivamente a una causa externa que produce, de forma directa e independiente de otras causas, lesiones corporales para el Asegurado.
- 2. Actividad de Alto Riesgo**
Son actividades que exponen al participante a daños o peligros previsibles. Algunos ejemplos incluyen mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de 30 metros y puentismo (bungee jumping).
- 3. Aeronave Privada**
Cualquier aeronave que opera vuelos personales o de negocios que no son regularmente programados o fletados por una aerolínea comercial.
- 4. Ambulancia Aérea**
Transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el Hospital o Sanatorio donde se encuentra hasta el Hospital o Sanatorio más cercano que haya sido coordinado por Seguros Atlas. Este plan ofrece este servicio solo en casos de Emergencia, tal como se define en esta Póliza.
- 5. Ambulancia Terrestre**
Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas desde el lugar donde ocurre el siniestro hasta el Hospital o Sanatorio más cercano, o de un Hospital o Sanatorio a otro.
- 6. Año Póliza**
Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
- 7. Asegurado**
Asegurado Titular y/o los Asegurados Dependientes inscritos en una Póliza activa.
- 8. Asegurado Dependiente**
Persona física inscrita en la Póliza como Cónyuge, Concubina, Concubinario o hijo(a) dependiente del Asegurado Titular, que cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- 9. Asegurado Titular**
Persona física no menor de dieciocho (18) años de edad ni mayor de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de la inscripción en el seguro, que tiene derecho a recibir el reembolso de los Gastos Cubiertos a que hubiere lugar por esta Póliza, y quien ejerce los derechos de los Asegurados ante Seguros Atlas.
- 10. Beneficiario**
Persona designada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro o en su testamento para que, en caso de su fallecimiento, tramite y reciba el pago de cualquier reembolso de Gastos Médicos

cubiertos que estuvieran pendientes de liquidar posterior a su fallecimiento y la suma de la prima no devengada según corresponda en su caso.

11. Best Doctors México

Best Doctors México (Best-DM S.A. de C.V.) será el proveedor contratado por Seguros Atlas para realizar los servicios necesarios inherentes a la administración de Seguros Atlas, tal como están establecidos en esta Póliza.

12. BrCA1 y BrCA2

Son genes relacionados con las formas hereditarias del cáncer de mama. Ambos actúan normalmente como supresores de tumores que ayudan a regular la división celular. Cuando estos genes se vuelven inactivos debido a una mutación, el resultado es un crecimiento celular incontrolado que conduce a la aparición del cáncer de mama. Las mujeres con mutaciones en alguno de estos genes tienen un riesgo superior de desarrollar este tipo de cáncer.

13. Carátula de la Póliza

Documento que especifica la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, enumera todas las personas aseguradas bajo la Póliza y forma parte del contrato celebrado entre las partes.

14. Células Madre

Células Madre Adultas (Células Hematopoyéticas) que se obtienen de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto y se almacenan mediante crio preservación.

15. Complicaciones de Maternidad

Patología o tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, entre otras: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca y toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto, y terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto para continuar con vida.

No se consideran Complicaciones de Maternidad la cesárea electiva o una cesárea después de haber tenido una cesárea, manchas de flujo vaginal sanguinolento o reposos prescritos por el Médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo, servicio o tratamiento de una Enfermedad o Padecimiento crónico no relacionado al embarazo, aun cuando durante el período de gestación requiera un tratamiento específico, complicaciones de embarazos que son producto de tratamientos de fertilidad, y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la Póliza.

16. Complicaciones del Nacimiento

Trastornos de un recién nacido directamente relacionados con el nacimiento, no debido

a factores genéticos o hereditarios, que se manifiesten durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo, pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

17. Concubina o Concubinario

Parejas no casadas entre sí ni con otra persona, incluyendo las del mismo género, que viven y comparten una vida en común, pero están no unidas bajo un matrimonio tradicional o unión civil en México. Deben cumplir las siguientes condiciones: ambos ser mayores de dieciocho (18) años de edad y menores de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de la inscripción en el seguro y compartir la misma vivienda por al menos doce (12) meses consecutivos.

18. Condición Congénita

Trastorno, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente de que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

19. Condición o Padecimiento Preexistente

Condiciones, síntomas o padecimientos cuya existencia se haya declarado o diagnosticado previo a la celebración del contrato o que se comprueben 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 cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

20. Condiciones Hereditarias

Enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente. Se caracterizan por la transmisión de particularidades fisiológicas y anatómicas de un individuo a sus descendientes por medio de material genético.

21. Contratante

Persona física/natural o moral que ha solicitado la celebración del contrato del seguro para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de la prima.

22. Cónyuge

Persona con quien el Asegurado Titular ha celebrado un matrimonio válido en México.

23. Cuidados de Custodia

Servicios proporcionados que incluyen, pero no están limitados a asistencia personal para realizar actividades cotidianas que no requieren la destreza de un profesional de la salud.

24. Cuidados Paliativos

Atención médica a pacientes cuya Enfermedad o Padecimiento crónico (de

larga duración y por lo general de progresión lenta), avanzado y de pronóstico limitado no responde ya al tratamiento. Los cuidados paliativos se concentran en mejorar la calidad de vida, ayudando a tratar los síntomas y los efectos secundarios de los tratamientos.

25. Culpa Grave

Toda acción u omisión dolosa, negligente o deliberada por parte del Asegurado que afecte o ponga en riesgo su integridad física o mental.

26. Deducible

Cantidad de los Gastos Cubiertos que debe pagar el Asegurado antes de que inicie la obligación de pagar por parte de Seguros Atlas, de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza.

27. Deporte Profesional (Práctica de)

Deporte por cuya práctica el deportista y/o entrenador recibe su principal fuente de ingresos económicos, patrocinio o un beneficio similar de cualquier tipo, directa o indirectamente, sea por jugar o entrenar.

28. Donante Vivo

Persona que dona uno de sus órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona o receptor, a quien le es compatible.

29. Drogas Ilícitas

Sustancias o compuestos químicos similares cuya venta al público sea ilegal de acuerdo a la definición del Gobierno Federal de México o del Gobierno Federal de los Estados Unidos (como por ejemplo

la cocaína), así como medicamentos dispensados por prescripción médica que sean utilizados con otros propósitos que no sean los específicamente autorizados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) (como por ejemplo, el Oxycontin cuando se utiliza con otra finalidad que no sea el alivio del dolor), o la utilización ilícita de compuestos químicos que se venden normalmente para ciertos usos (como por ejemplo, ingerir alcohol para uso tópico). En caso de no haber uniformidad con respecto a si una droga es considerada ilícita o no, prevalecerá la definición de ilícita siempre y cuando así sea declarada por el Gobierno Federal de México o el Gobierno Federal de los Estados Unidos.

30. Emergencia

Condición médica (Accidente, Lesión, Enfermedad o Padecimiento cubierto bajo la Póliza) que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, requiriendo cuidado médico inmediato. La Emergencia termina cuando se logra la estabilización médica del Asegurado.

31. Endosos

Documento emitido por Seguros Atlas que adiciona una cobertura opcional a la Póliza que no ofrece dicha cobertura como parte del plan básico.

32. Enfermedad o Padecimiento

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno

o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

33. Enfermero(a)

Una persona legalmente licenciada de acuerdo a los requisitos de la jurisdicción local donde trabaje para atender a los enfermos.

34. Enmienda

Documento emitido por Seguros Atlas que aclara, explica o modifica condiciones de la Póliza.

35. Equipo Médico Durable (EMD)

Cualquier equipo que proporciona beneficios terapéuticos a un paciente que lo necesita debido a ciertas condiciones médicas y/o enfermedades. El Equipo Médico Durable (EMD) consta de elementos que se usan principal y habitualmente para servir a un propósito médico, no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o Lesión, son ordenados o recetados por un Médico, y pueden soportar el uso diario o prolongado. El EMD incluye, entre otros, sillas de ruedas (manuales y eléctricas), camas de Hospital o Sanatorio, equipos de tracción, bastones, muletas, andadores, etc.

36. Estados Unidos

Todas las menciones de los Estados Unidos que aparecen en la Póliza han de interpretarse como referencias a los Estados Unidos de América.

37. Estudiante a Tiempo Completo

Estudiante a tiempo completo es aquel que asiste a una institución educativa

reconocida por las leyes del país de la institución por un total de no menos de treinta y cinco (35) horas semanales.

38. Exámenes de Diagnóstico

Procedimientos y pruebas Médicamente Necesarias indicadas para diagnosticar y tratar condiciones médicas, entre los que se encuentran los siguientes: exámenes de laboratorio o gabinete, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC), tomografía por emisión de positrones (TEP), endoscopia, cistoscopia, prueba de estrés, patología, radiografías y ultrasonido.

39. Examen Médico de Rutina

Evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado donde evalúa la salud del Asegurado que incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

40. Examen Médico de Rutina para Asegurado Menor de Edad

Evaluación médica de rutina que se realiza periódicamente a un Asegurado menor de edad saludable. Cada evaluación médica incluye un examen físico completo que incluye inspección visual, palpación, percusión y auscultación. El Médico verifica el crecimiento y desarrollo del menor de edad con el fin de encontrar o prevenir problemas. El Médico llevará un registro del peso, la estatura y otra información importante del Asegurado menor de edad. El chequeo de la audición, la visión y otros exámenes serán parte de algunas

consultas o controles. Asimismo, se incluye la administración de vacunas preventivas de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos, u otras organizaciones similares que rijan en el País de Residencia del Asegurado.

41. Exclusión

Limitación de cobertura total y permanente de una condición médica, sus causas y consecuencias de acuerdo al criterio de Seguros Atlas.

42. Experimental o Investigativo

Cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, equipo, medicamentos, drogas, dispositivos, suministros u Hospitalización que no cumplan con los siguientes criterios:

- a) Estudios controlados, publicados en la literatura médica que han sido validados por otros profesionales de la misma especialidad, que demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud para un diagnóstico específico.
- b) En el momento en que el servicio o suministro se provee, cumple con las normas generalmente aceptadas de práctica médica de la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA.

- c) En el momento en que el servicio o suministro se provee, haya sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la autoridad sanitaria competente y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA.

43. FDA

“U.S. Food and Drug Administration”. Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos. Para estándares internacionales, es un referente en cuanto a la autorización de medicamentos.

44. Fecha de Aniversario o de Renovación

Ocurrencia anual de la fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza a partir del segundo Año Póliza.

45. Fecha de Inicio de Cobertura

Fecha indicada en la Carátula de la Póliza en que la cobertura bajo esta Póliza entra en vigor para cada Asegurado bajo la Póliza.

46. Fecha de Inicio de Vigencia

Fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

47. Fecha de Vencimiento del Recibo

La fecha en que debe ser pagada la prima para renovar la Póliza por el período correspondiente.

48. Fertilidad Asistida

Tratamientos y/o procedimientos médicos

o quirúrgicos cuyo protocolo o técnica ha sido desarrollado para solucionar la patología de la pareja estéril o infértil. Estos tratamientos pueden ser, pero no limitados a, inseminación artificial, fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina o femenina, inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.

49. Gastos Cubiertos

Gastos definidos en la Sección II: Coberturas de esta Póliza.

50. Habitación Privada

Habitación estándar de un Hospital o Sanatorio equipada para alojar a un solo paciente.

51. Habitación Semiprivada

Habitación estándar de un Hospital o Sanatorio equipada para alojar a más de un paciente.

52. Hospital o Sanatorio

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes. No es un lugar de reposo, un hogar para ancianos, un hogar para convalecientes, o una institución o instalación para cuidados a largo plazo.

53. Hospitalización

Ingreso del Asegurado a un Hospital o Sanatorio por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición debe justificar la Necesidad Médica para la

Hospitalización. **El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización.**

54. Implantes Quirúrgicos

Son dispositivos médicos creados para reemplazar, ayudar o mejorar alguna estructura biológica faltante. Los Implantes Quirúrgicos están creados para el ser humano, a diferencia de un Trasplante de tejido biomédico. En algunos casos, los Implantes Quirúrgicos poseen materiales electrónicos (como un marcapasos), y otros son bioactivos, tales como los dispositivos de administración de fármacos subcutáneos en forma de pastillas implantables.

55. Lesión

Daño causado al cuerpo del Asegurado.

56. Maternidad Cubierta

Maternidad para la cual la Póliza proporciona beneficios de embarazo y cuya fecha de parto sucede por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Asegurada. El Período de Espera de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el Período de Carencia bajo esta Póliza ha sido exonerado.

57. Medicamento Necesario o Necesidad Médica

Servicio médico, suministro, equipo, Medicamento por Prescripción Médica o estadía en un Hospital o Sanatorio que:

- a) Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad o condición del Asegurado;
- b) No exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c) Haya sido prescrito por un Médico, y
- d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina aprobadas por las autoridades sanitarias competentes y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA.

No será considerada Médicamente Necesaria la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite para conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado o el Proveedor del servicio.

- 58. Medicamento por Prescripción Médica**
Medicamento cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico.
- 59. Médico**
Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. El término “Médico” también incluye a personas legalmente licenciadas e inscritas para la práctica de odontología.

- 60. País de Residencia**
México o cualquier otro país donde el Asegurado reside con carácter permanente la mayor parte del año calendario o del Año Póliza, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigor.
- 61. Período de Carencia**
Período de treinta (30) días a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Lesiones causadas por un Accidente y las Enfermedades de origen infeccioso y otras urgencias médicas que se compruebe ocurrieron dentro de la vigencia de la misma, que se manifiesten por primera vez durante este período y que no estén relacionadas a una Condición o Padecimiento Preexistente o a una exclusión de la Póliza. **Cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente o Enfermedad de origen infeccioso que se presente durante el Período de Carencia, quedará excluida permanentemente.**
- 62. Período de Espera**
Plazo durante el cual Seguros Atlas no cubre ciertos beneficios de la Póliza sujetos a este período.
- 63. Período de Gracia**
Plazo de treinta (30) días que Seguros Atlas concede al Contratante para el pago de la prima o de sus fracciones.

- 64. Póliza**
Conjunto de documentos que acreditan el contrato de seguro que es emitido por Seguros Atlas.
- 65. Prótesis**
Una Prótesis es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por cualquier razón. Una Prótesis ortopédica es la que reemplaza un miembro del cuerpo, cumpliendo casi la misma función que un miembro natural, como una pierna, un brazo, un pie, una mano o uno o varios dedos.
- 66. Proveedor**
Hospitales o Sanatorios, centros de diagnóstico, laboratorios, Médicos, especialistas, farmacias y cualquier tipo de prestador de servicios médicos legalmente autorizado en la jurisdicción donde presta sus servicios.
- 67. Red de Proveedores**
Hospitales o Sanatorios y Médicos con los que Seguros Atlas tiene convenio y donde el Asegurado puede recibir la atención médica requerida. Esta lista puede consultarse en la página web de Seguros Atlas o comunicándose directamente con Seguros Atlas.
- 68. Segunda Opinión Médica**
Opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.
- 69. Seguros Atlas**
La compañía aseguradora Seguros Atlas S.A., institución legalmente constituida para operar en México.
- 70. Servicios Ambulatorios**
Tratamientos o servicios médicos suministrados al Asegurado que no requieren de una admisión hospitalaria.
- 71. Servicios Hospitalarios**
Tratamientos y servicios médicos suministrados al Asegurado en un Hospital o Sanatorio. Los Servicios Hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación en caso de Hospitalización, así como el uso de todas las facilidades médicas del Hospital o Sanatorio, todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluso el cuidado intensivo, cuando sea necesario.
- 72. Solicitante**
La persona que firmó la Solicitud de Seguro.
- 73. Solicitud de Seguro**
Documento que comprende la voluntad del (de los) Asegurado(s) para adquirir esta póliza de seguro que expresa la cobertura solicitada e incluye el historial médico, cuestionarios, y demás documentación en donde consten las entrevistas médicas realizadas al Solicitante por Seguros Atlas antes de la emisión de la Póliza y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por Seguros Atlas. Este documento forma parte del contrato de seguro.
- 74. Tabla de Beneficios**
Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la Póliza que incluye las sumas aseguradas de los gastos médicos cubiertos que serán pagados una vez

que superen el Deducible anual aplicable detallado en la Carátula de la Póliza, así como los limitantes de cada cobertura.

75. Trasplante

Procedimiento Médicamente Necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados de un Donante Vivo o muerto al receptor.

76. Tratamiento Dental por Accidente

Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes dañados o perdidos en un Accidente cubierto.

77. USD, US\$, Dólares o Dólares Americanos

Cuando se indique USD, US\$, dólares o dólares americanos, se está haciendo referencia a la moneda de curso legal en los Estados Unidos.

78. Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

Costo promedio cobrado por servicios médicos ofrecidos en una misma área geográfica por Proveedores de la misma categoría o equivalente a aquellos donde fue atendido el Asegurado, por una intervención o tratamiento igual o similar. Los honorarios Usuales, Acostumbrados y Razonables son definidos por el equipo médico de Seguros Atlas en base a la revisión periódica de los costos prevalecientes para un determinado servicio médico en una misma área geográfica o han sido previamente determinados en acuerdos negociados

directamente con los Proveedores. Este costo Usual, Acostumbrado y Razonable es la cantidad máxima que Seguros Atlas considerará elegible para pago de un beneficio establecido bajo esta Póliza. Los costos UCR podrán ser consultados por el Asegurado comunicándose directamente con Seguros Atlas al teléfono 800.880.4555 o por correo electrónico servicio@bd-atlas.com o consultando la siguiente página web: <https://www.cms.gov/medicare/physician-fee-schedule/search/license-agreement?destination=/medicare/physician-fee-schedule/search%3FY%3d0%26T%3d0%26HT%3d0%26CT%3d0%26H1%3d99215%26M%3d5> (para los costos UCR en los Estados Unidos).

SECCIÓN II: COBERTURAS

1. Cobertura de Gastos Médicos

Seguros Atlas se compromete a pagar al Asegurado Titular hasta el máximo indicado en la Carátula de la Póliza, sujetándose a los límites establecidos en la Tabla de Beneficios por Asegurado, por Año Póliza en beneficios de acuerdo a lo estipulado en esta Póliza, por aquellos Gastos Cubiertos incurridos como consecuencia de un accidente o enfermedad amparado por esta Póliza a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura, mientras la Póliza este en vigor.

Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de la Póliza, incluyendo los Deducibles aplicables, los beneficios máximos y límites estipulados en la Carátula de la Póliza.

Para los efectos de esta Póliza, y sujeto a los términos estipulados en estas Condiciones Generales y a todas las demás disposiciones y condiciones, se entenderá por Gastos Cubiertos los gastos Médicamente Necesarios dentro de los costos Usuales Acostumbrados y Razonables, incurridos por un Asegurado a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura y durante la vigencia de la Póliza.

El Asegurado tiene derecho a los beneficios que se describen en estas Condiciones Generales, en la Tabla de Beneficios y en la Carátula de la Póliza, sujetos a los términos y condiciones establecidos en las mismas.

Los Gastos Cubiertos incluyen pero no están limitados a:

1.1 Gastos Hospitalarios

1.1.1 Habitación Hospitalaria Privada y Semi-privada

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de Habitación Privada y Semi-Privada se cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.2 Sala de Emergencias

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de sala de emergencias se cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.3 Cuidados Intensivos

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de cuidados intensivos se cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.4 Cirugías (hospitalarias y ambulatorias)

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de cirugías (hospitalarias y ambulatorias) se cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.5 Servicios Médicos y Hospitalarios

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de servicios médicos y hospitalarios se

cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.6 Cama para Acompañante de Menor de Edad Hospitalizado

Los cargos incluidos en la factura del Hospital o Sanatorio por concepto de cama para acompañante de un Asegurado Dependiente menor de dieciocho (18) años hospitalizado se cubren cuando así se indique en la Tabla de Beneficios y hasta el monto máximo especificado.

1.2 Honorarios Médicos

1.1.1 Honorarios del Cirujano Principal

Los honorarios del cirujano principal se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que corresponden a los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por Seguros Atlas para un área geográfica, país o Proveedor determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.1.2 Honorarios del Anestesiista

Los honorarios del anestesiista se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos aprobados para el cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las

tarifas especiales establecidas o pactadas por Seguros Atlas para un área geográfica, país o Proveedor determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.2.3 Honorarios del Médico/Cirujano Asistente

Los honorarios del Médico/cirujano asistente se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos aprobados para el cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por Seguros Atlas para un área geográfica, país o Proveedor determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre que sea Medicamento Necesaria su participación en un procedimiento quirúrgico determinado.

1.2.4 Honorarios del Segundo Asistente

Los honorarios del segundo asistente se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos aprobados para el cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por Seguros Atlas para un área geográfica, país o Proveedor

determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre que sea Medicamento Necesaria su participación en un procedimiento quirúrgico determinado.

1.2.5 Honorarios del Asistente Instrumentista

Los honorarios del asistente instrumentista se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Costumiers y Razonables en proporción a los honorarios médicos aprobados para el cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por Seguros Atlas para un área geográfica, país o Proveedor determinado, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre que sea Medicamento Necesaria su participación en un procedimiento quirúrgico determinado.

1.2.6 Visitas a Médicos y Especialistas

Las visitas a médicos y especialistas se cubren hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.3 Medicamentos por Prescripción Médica

1.3.1 Suministrados Durante una Hospitalización

Los medicamentos suministrados durante una Hospitalización están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.3.2 Suministrados Fuera de una Hospitalización

Los Medicamentos por Prescripción Médica suministrados fuera de una Hospitalización (de forma ambulatoria) están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. Los gastos cubiertos están limitados a los medicamentos que:

- a) Requieran prescripción médica para ser expedidos y no sean de venta libre y
- b) Sean dispensados por un Médico o farmacéutico autorizado y estén aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la condición del Asegurado.

1.3.3 Prescritos para el Tratamiento de Alergias

Los Medicamentos por Prescripción Médica prescritos para el tratamiento de alergias están cubiertos cuando así se indique en la Tabla de Beneficios y hasta el monto máximo especificado. Los gastos cubiertos están limitados a los medicamentos que:

- a) Requieran prescripción médica para ser expedidos y no sean de venta libre.

- b) Sean dispensados por un Médico o farmacéutico autorizado y estén aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la condición del Asegurado.

En todos los casos la reclamación deberá estar acompañada de la prescripción médica.

1.4 Exámenes de Diagnóstico

Los Exámenes de Diagnóstico, como se definen en esta Póliza, están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.5 Equipos Médicos e Implantes

1.5.1 Equipo Médico Durable (EMD) y Dispositivos Especiales

Seguros Atlas proporcionará cobertura para Equipo Médico Durable (EMD) hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza.

Para recibir este beneficio se deberá notificar previamente a Seguros Atlas y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza. Seguros Atlas podrá coordinar este beneficio.

El EMD tendrá cobertura siempre y cuando se cumplan los siguientes criterios:

- a) El EMD proporciona un beneficio terapéutico al Asegurado debido a ciertas condiciones médicas y/o Enfermedades o Padecimientos.
- b) El EMD es recetado por un Proveedor con licencia.
- c) El Asegurado presenta documentación médica que justifique la necesidad de utilización del EMD.
- d) El EMD no sirve principalmente como un elemento de comodidad o conveniencia.

En el caso que el beneficio sea autorizado y posteriormente el Asegurado adquiera el EMD o dispositivo especial, los Gastos Cubiertos serán reembolsados de acuerdo con los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables, previamente autorizados por Seguros Atlas.

1.5.2 Implantes Quirúrgicos y Prótesis (excluyendo dentales)

Los Implantes Quirúrgicos y Prótesis (excluyendo dentales) como se definen en esta Póliza, están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.6 Transporte de Emergencia (Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre)

Los casos donde el transporte aéreo

privado pudiera ser recomendado, pero que no califican como de Emergencia, no tendrán cobertura de Ambulancia Aérea.

Se cubre el transporte de Emergencia, por Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre, al Hospital o Sanatorio más cercano donde el Asegurado pueda recibir el tratamiento apropiado que no está disponible localmente, siempre que:

- a) El transporte de Emergencia sea Médicamente Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital o Sanatorio más cercano donde existe el tratamiento apropiado requerido.
- b) El transporte de Emergencia esté relacionado con una Enfermedad o Accidente cubierto que no puede ser tratado donde se encuentra el paciente o donde se originó la Emergencia.
- c) El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado.
- d) El transporte de Emergencia tenga a bordo equipos e instrumentos médicos especializados, una tripulación capacitada en transportes médicos de Emergencia y sea operada por una compañía legalmente licenciada como operadora de ambulancias.
- e) Tanto el transporte por Ambulancia Terrestre como por Ambulancia

Aérea debe ser notificado a Seguros Atlas. Adicionalmente, el transporte por Ambulancia Aérea debe ser pre-aprobado y coordinado por ésta, de acuerdo con la cobertura disponible para la condición o beneficio a tratar según lo establecido en esta Póliza.

- f) El Asegurado acuerde mantener a Seguros Atlas y a cualquier compañía afiliada con Seguros Atlas libre de responsabilidad por cualquier negligencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, o por restricciones gubernamentales, o por la aerolínea, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o climáticas o por cualquier otra causa ajena al control de Seguros Atlas.

El beneficio de Ambulancia Terrestre está cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin aplicación de Deducible, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza.

Seguros Atlas proporcionará cobertura para Ambulancia Aérea hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin aplicación de Deducible, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza.

1.6.1 Viaje de Retorno

En caso de que el Asegurado haya sido transportado de Emergencia en Ambulancia Aérea, Seguros Atlas reembolsará el costo de un boleto

aéreo para el regreso del Asegurado a su País de Residencia o al país desde donde fue transportado originalmente cuando así se indique en la Tabla de Beneficios y hasta el máximo indicado en la misma.

1.7 Terapia Física y Rehabilitación Ambulatoria y Cuidado Médico a Domicilio

Estos servicios incluyen terapia del lenguaje y están cubiertos siempre y cuando hayan sido prescritos y certificados por el Médico tratante, sean Medicamentos Necesarios para tratar la condición, y sean realizados por un profesional con licencia en el país donde se lleve a cabo el tratamiento. Estos servicios deben ser notificados y pre-autorizados por Seguros Atlas. Adicionalmente, se requiere un plan de tratamiento que justifique la Necesidad Médica. Seguros Atlas podrá ordenar auditorías e inspecciones cuando lo estime conveniente. El Asegurado y/o sus familiares deben ofrecer toda la cooperación necesaria para estas inspecciones. El beneficio puede ser suspendido si las mismas no puedan realizarse por falta de cooperación.

Terapia física y rehabilitación: Pueden ser realizadas en una instalación ambulatoria o en el hogar. Si exceden treinta (30) días, deben ser notificadas para obtener autorización previa de Seguros Atlas.

Cuidado médico a domicilio (Enfermero(a) privado(a)): Será cubierto cuando sea prescrito por el Médico tratante en lugar

de Hospitalización. Los servicios no incluyen los Cuidados de Custodia como se definen en esta Póliza. Los servicios están limitados a ocho (8) horas diarias e incluyen enfermería especializada de tiempo parcial o recurrente.

Seguros Atlas proporcionará cobertura para Terapia Física y Rehabilitación Ambulatoria y Cuidado Médico a Domicilio hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios por Asegurado, por Año Póliza, sujeto a los términos estipulados en esta Póliza.

1.8 Tratamientos Especiales

Se cubren los tratamientos relacionados con psiquiatría, terapias ocupacionales, apnea del sueño y otros desordenes del sueño cuando así se indique en la Tabla de Beneficios y hasta el monto máximo especificado. Para poder optar por esta cobertura la condición debe ocurrir durante la vigencia de la Póliza.

Se cubrirá el tratamiento relacionado con el autismo cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado y sujeto a los términos estipulados en este Póliza.

1.9 Maternidad

- a) El beneficio de maternidad está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si éste ofrece cobertura.
- b) Parto Normal: El beneficio máximo de gastos cubiertos de maternidad por

parto normal, incluyendo gastos pre y post natales, y servicios médicos al recién nacido saludable, es el indicado en la Tabla de Beneficios por embarazo, sin aplicación de Deducible.

- c) Cesárea Electiva: En caso de parto por cesárea electiva que se realice en un Hospital o Sanatorio dentro o fuera de la Red de Proveedores de Seguros Atlas, el beneficio máximo es como se indica en la Tabla de Beneficios por cesárea, incluyendo gastos pre y post natales, y servicios médicos al recién nacido saludable, sin aplicación de Deducible.
- d) Las cesáreas Médicamente Necesarias se consideran Complicaciones de Maternidad y se cubren de acuerdo con lo estipulado en la Sección II: Coberturas, punto 1.10 siempre y cuando se haya cumplido el Período de Espera de diez (10) meses. Una cesárea como consecuencia de una cesárea anterior no se considera una Complicación de Maternidad. Los gastos pre y post natales, así como los servicios médicos al recién nacido relacionados con una complicación inherente al parto estarán cubiertos bajo el beneficio de complicaciones de la maternidad y del recién nacido (Sección II: Coberturas, punto 1.10).

El beneficio de maternidad tiene un Período de Espera de diez (10) meses, haya sido o no exonerado el Período de Carencia

de treinta (30) días. **Ningún servicio relacionado a la maternidad que ocurra antes del Período de Espera de diez (10) meses tendrá cobertura.**

En caso de Concubinas del mismo género aseguradas bajo la misma Póliza, solo se tendrá derecho a una maternidad por Año Póliza. Ambas Aseguradas deberán ser aprobadas para calificar para el beneficio de maternidad y/o para el Endoso de Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido.

En caso de una hija dependiente que haya estado asegurada por más de diez (10) meses bajo la póliza de sus padres, el Período de Espera de diez (10) meses para recibir beneficios de maternidad (incluyendo Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido y Obtención y Almacenamiento de Células Madre) se aplicará como se indique en la Tabla de Beneficios al momento de emitirse su propia cobertura bajo un plan similar al de sus padres, con los mismos beneficios de maternidad.

Para asegurarse que un Proveedor sea afiliado de la Red de Proveedores de Seguros Atlas, se deberá notificar a Seguros Atlas antes de recibir servicios, ya que la misma puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

1.10 Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido

El beneficio de Complicaciones de la Maternidad está disponible para ciertos

planes de deducible únicamente. Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si éste ofrece cobertura. Siempre y cuando se haya satisfecho el Período de Espera de diez (10) meses, el beneficio máximo de por vida para las Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido, según se definen en esta Póliza, es como se indica en la Tabla de Beneficios.

Dicho beneficio incluye cualquier beneficio de Complicaciones de Maternidad o del Recién Nacido ya pagado bajo cualquier otra Póliza, contrato y/o Endoso de Seguros Atlas o cualquier compañía afiliada a ésta.

Exclusiones a la Cobertura de Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido:

- a) **No están cubiertas las condiciones que sean resultado—a cualquier edad—de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida.**
- b) **No están cubiertos los gastos relacionados a una maternidad o parto no cubierto.**

1.11 Obtención y Almacenamiento de Células Madre

El beneficio de Obtención y Almacenamiento de Células Madre está disponible para

ciertos planes de deducible únicamente. Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si éste ofrece cobertura. Se cubren los costos por obtención y almacenamiento de las Células Madre del cordón umbilical cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado, siempre y cuando sea una Maternidad Cubierta. En caso de embarazos múltiples, solo se cubrirán los costos de obtención y almacenamiento de Células Madre para uno de los recién nacidos. Este beneficio está sujeto al Período de Espera de maternidad, sin aplicación de Deducible.

1.12 Condiciones Congénitas y/o Hereditarias

- a) Antes de los 18 años de edad: El beneficio máximo de por vida para las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad, es como se indica en la Tabla de Beneficios. En caso de un parto múltiple cubierto por la Póliza y que no haya sido producto de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, cada hijo dependiente recién nacido tendrá derecho al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
- b) Después de los 18 años de edad: El beneficio máximo para Condiciones Congénitas y/o Hereditarias que se manifiesten a los dieciocho (18) años de edad o después es como se indica en la Tabla de Beneficios.

Exclusión a la Cobertura de Condiciones Congénitas y/o Hereditarias: No están cubiertas las condiciones que sean resultado—a cualquier edad—de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida.

1.13 Diálisis

Se ofrece cobertura para tratamientos de diálisis hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.14 Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomáticos de los Pies

Se ofrece cobertura para el tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.15 Tratamiento de Cáncer

Se ofrece cobertura para el tratamiento del cáncer hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.16 Alzheimer

Se ofrece cobertura para Alzheimer hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

1.17 Cuidados Preventivos

El beneficio de Cuidados Preventivos está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si éste ofrece cobertura. Se cubren los siguientes cuidados preventivos cuando así se indique

en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado, sin aplicación de Deducible ni Período de Espera:

- a) Detección de cáncer de colon: Se cubre la prueba de detección de cáncer de colon para Asegurados de cincuenta (50) años o más cada diez (10) años. Para Asegurados considerados de alto riesgo, el beneficio está disponible cada dos (2) años. Los Asegurados de alto riesgo son, entre otros, aquellos con un historial familiar fuerte de cáncer colono-rectal o ciertos tipos de pólipos, un historial familiar conocido de un síndrome de cáncer colono-rectal hereditario, como poliposis adenomatosa familiar (FAP) o síndrome de Lynch (también conocido como cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC).
- b) Mamografía: Se cubren mamografías para Aseguradas de cuarenta (40) años o más.
- c) Prueba de Papanicolaou: Se cubre la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años para Aseguradas de veintiún (21) a sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Detección de cáncer de próstata: Se cubre la prueba de detección de cáncer de próstata para Asegurados de cincuenta (50) años o más.

1.18 Examen Médico de Rutina para Asegurados Menores de Edad

Se cubren los Exámenes Médicos de Rutina

para menores de edad cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta los montos máximos especificados, sin aplicación de Deducible ni Período de Espera.

- a) Durante el primer año de vida: Se cubren los exámenes generales, incluyendo gastos por servicios de laboratorio o gabinete, radiografías y vacunas.
- b) A partir del primer año y hasta los dieciocho (18) años de edad: Se cubre un examen general anual.

1.19 Examen Médico de Rutina para Asegurados Adultos

El beneficio de Examen Médico de Rutina para Asegurados Adultos está disponible para ciertos planes de deducible únicamente. Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si éste ofrece cobertura. Se cubre un Examen Médico de Rutina anual para Asegurados Adultos a partir de los dieciocho (18) años de edad, que incluye gastos por servicios de laboratorio o gabinete, radiografías y otros gastos médicos relacionados con el Examen Médico de Rutina, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado, sin aplicación de Deducible ni Período de Espera. Algunos planes también incluyen como parte de este beneficio cobertura para tratamientos quiroprácticos, de acupuntura y nutrición, tratamientos para dejar de fumar y procedimientos de esterilización cuando así se indique en la Tabla de Beneficios.

1.20 Gasto Dental por Accidente

Se ofrece cobertura para el tratamiento Médico Necesario para la reconstitución o el remplazo de dientes naturales sanos que se hayan dañado o perdido en un Accidente cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. Los costos tendrán cobertura durante la vigencia de la Póliza hasta que concluya el tratamiento.

1.21 Deportes Profesionales y/o Actividades de Alto Riesgo

Se ofrece cobertura para Accidentes ocurridos durante la práctica de Deportes Profesionales y/o Actividades de Alto Riesgo cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado.

1.22 Cirugía Reconstructiva

Se cubren las cirugías reconstructivas hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando:

- a) La cirugía esté relacionada con una condición cubierta bajo esta Póliza, y no esté relacionada con una Condición o Padecimiento Preexistente.
- b) La cirugía esté relacionada con una Lesión producida por un Accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- c) En el caso de cirugías de nariz, la cirugía sea Médico Necesaria para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique nasal que hayan sido causadas por trauma en un Accidente cubierto o para el tratamiento de cáncer de nariz.

El Asegurado deberá notificar previamente a Seguros Atlas y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza. La evidencia del trauma, en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiológicos (radiografías, tomografías, resonancias magnéticas) y entregada a Seguros Atlas para ser evaluados al momento de solicitar la aprobación.

1.23 Enfermedad o Lesión en Aeronave Privada

Se cubre cualquier Enfermedad o Lesión sufrida por el Asegurado como pasajero, piloto o miembro de la tripulación en una Aeronave Privada hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

1.24 Trasplante de Órganos y Tejidos

Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si ofrece esta cobertura. Si el plan no ofrece esta cobertura, el asegurado tiene la opción de elegir cobertura a través de un Endoso, lo cual se indica en la Tabla de Beneficios. Se cubren los tratamientos, procedimientos, servicios o suministros Medicamente Necesarios proporcionados por o como resultado de un Trasplante de órganos o tejidos cubierto bajo esta Póliza, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado. Adicionalmente, se cubren los gastos del Donante Vivo como parte del monto máximo especificado para el beneficio de Trasplante de Órganos y Tejidos. Los procedimientos e instalaciones

donde se realizará el Trasplante deberán ser previamente notificados a Seguros Atlas para obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 21.1.1. El Asegurado deberá notificar a Seguros Atlas tan pronto como se determine que es candidato para un Trasplante, para que Seguros Atlas coordine este beneficio. **No se cubren los servicios prestados por, o en relación a, un procedimiento de Trasplante que no haya sido previamente notificado, autorizado y coordinado por Seguros Atlas.**

Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar una InterConsulta® o de someter la documentación médica correspondiente al Trasplante a uno o más Médicos especialistas en Trasplantes para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del mismo.

El beneficio incluye:

- a) El cuidado médico previo al procedimiento de Trasplante, directamente relacionado con el mismo, el cual incluye la evaluación para determinar si el Asegurado es candidato para el Trasplante, la evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, y la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante.
- b) Todos los estudios pre-operatorios incluyendo servicios de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ultrasonidos,

- biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros.
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano o tejidos, y gastos del donante.
 - d) El procedimiento de Trasplante, la cobertura de un corazón artificial o dispositivos mono o bi-ventriculares que permitan la viabilidad del paciente hasta que reciba el trasplante definitivo.
 - e) Todos los cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el mismo incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento, sea consecuencia directa o indirecta del Trasplante.
 - f) Cualquier Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano o tejido trasplantado.

Exclusiones a la Cobertura para Trasplantes de Órganos y Tejidos: No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro si se diera alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación.

- a) **Que no sea Medicamento Necesario,**

- b) **Considerado electivo, Experimental o Investigativo,**
- c) **Brindado cuando el Asegurado contaba con procedimientos o tratamientos alternativos con igual eficacia para tratar la condición o la Enfermedad que fundamentalmente hizo necesario el Trasplante,**
- d) **Provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el donante es un animal,**
- e) **Relacionado con un procedimiento de segundo Trasplante posterior a un Trasplante fallido inicialmente realizado antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o relacionado con un Trasplante no autorizado previamente por Seguros Atlas,**
- f) **Relacionado con los gastos de Trasplante cuando el Asegurado no es el receptor sino el Donante Vivo, ni para las complicaciones médicas que esta donación electiva pueda producir en cualquier momento.**

1.25 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Por favor referirse a la Tabla de Beneficios de su plan para verificar si ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura siempre y cuando los anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (seropositivos) o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida no hayan sido detectados antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado. Aplica un Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.

Para recibir este beneficio, el Asegurado deberá notificar a Seguros Atlas y obtener la autorización correspondiente, de acuerdo con lo estipulado en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 21.1.1.

Exclusiones a la Cobertura el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA: No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro en las siguientes circunstancias.

- a) **Cuando el VIH/SIDA haya sido adquirido al utilizar cualquier tipo de Drogas Ilícitas intravenosas.**
- b) **Cuando el Asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos Experimentales o Investigativos.**

1.26 Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer

La cirugía se cubrirá hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, incluyendo todos los procedimientos y complicaciones relacionados con la cirugía profiláctica autorizada, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado tiene una conocida predisposición al cáncer (mutación de BrCA1 o BrCA2 u otra fuerte predisposición genética de susceptibilidad de cáncer) mutación deletérea (que disminuye la capacidad de la persona para sobrevivir y/o reproducirse) confirmada por pruebas genéticas, realizadas en una fecha posterior al término del Período de Espera de este beneficio.
- b) Se confirma por una InterConsulta® que la cirugía es Médicamente Necesaria.
- c) Se ha cumplido un Período de Espera de doce (12) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura.

Todos los servicios deben ser previamente autorizados y coordinados por Seguros Atlas. El costo de las pruebas genéticas o procedimientos similares que determinaron la predisposición genética mencionada en el literal a) se cubre dentro del monto total de los procedimientos.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde el monto de este

beneficio sea mayor, el monto menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante un (1) año, a partir del cambio de plan.

Exclusión a la Cobertura para Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo de Cáncer: No se cubrirán los costos de ninguna prueba genética previa que no haya sido aprobada por Seguros Atlas.

1.27 Cirugía Bariátrica, de By-pass Gástrico y Cualquier Otro Procedimiento Quirúrgico para la Reducción de Peso

Se cubren estas cirugías, procedimientos y tratamientos cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado, dentro de la Red de Proveedores de Seguros Atlas. Para recibir esta cobertura, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) El procedimiento debe ser Medicamento Necesario y haya sido confirmado como la mejor alternativa por una InterConsulta®.
- b) El Asegurado ha cumplido el Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de su Fecha de Inicio de Cobertura.
- c) Se ha notificado a Seguros Atlas tan pronto se conozca que el Asegurado es candidato para la cirugía o tratamiento, para que ésta autorice y coordine todo el procedimiento.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante dos (2) años a partir de la fecha de aprobación del cambio de plan.

1.28 Reembolso de Gastos de Transporte Aéreo

Seguros Atlas reembolsará el costo de un boleto para que el Asegurado viaje desde su País de Residencia a uno de los Proveedores incluidos en la Red de Centros de Excelencia en Latinoamérica, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, hasta el monto máximo especificado, siempre y cuando sea previamente aprobado por Seguros Atlas. La lista de Proveedores en la Red de Centros de Excelencia está disponible en la página web (www.bd-atlas.com) y a través de la aplicación [bd-atlas2go](#), y puede cambiar sin previo aviso. El Asegurado también puede obtener la lista de Proveedores en la Red de Centros de Excelencia contactando a Seguros Atlas al teléfono 800.880.4555 o por correo electrónico a servicio@bd-atlas.com. Los Proveedores en los Estados Unidos no forman parte de esta red.

1.29 Tratamientos Alternativos y/o Complementarios

Se cubren solamente las consultas y tratamientos alternativos y/o complementarios descritos a continuación hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. No aplica el Deducible.

Cualquier otro tratamiento no descrito abajo no tendrá cobertura bajo

este beneficio. Para ser elegible para cobertura, la condición tratada debe haberse manifestado por primera vez durante el término de esta Póliza. El tratamiento debe ser realizado por un profesional con licencia médica en el país donde se lleve a cabo la consulta y/o tratamiento.

- Acupuntura
- Hipnosis
- Masaje terapéutico
- Reflexología

1.30 Cuidados Paliativos/Centro para Enfermos Terminales

Se cubren los servicios relacionados con los Cuidados Paliativos y Centro para Enfermos Terminales hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando el Médico tratante certifique que el Asegurado ha sido diagnosticado con una Enfermedad terminal con menos de seis (6) meses de vida y presente a Seguros Atlas un plan de tratamiento para los mismos. Para recibir este beneficio, se deberá notificar previamente a Seguros Atlas y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza. Los servicios cubiertos por este beneficio incluyen, pero no se limitan a: consultas médicas, los servicios de Enfermero(a), suministros médicos, Medicamentos por Prescripción Médica para el control de síntomas y del dolor, cuidado médico a domicilio y terapia física y ocupacional,

siempre y cuando formen parte del plan de tratamiento autorizado por Seguros Atlas.

Si es Medicamento Necesario que el Asegurado esté internado en una residencia para enfermos terminales, la residencia debe especializarse en los Cuidados Paliativos.

1.31 Servicios de Cremación y Repatriación de Restos Mortales

En el caso que el Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierto bajo la Póliza, Seguros Atlas cubrirá los costos relacionados con la cremación de los restos mortales y el costo de la repatriación de los mismos al País de Residencia del Asegurado. El beneficio se limita a aquellos servicios y suministros necesarios para servicios de cremación o para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo a su País de Residencia. Para este beneficio se deberá notificar previamente a Seguros Atlas y obtener la autorización correspondiente de acuerdo con lo estipulado en esta Póliza.

1.32 Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, sus Asegurados Dependientes inscritos en esta Póliza podrán mantener la Póliza y los Endosos en vigor sin tener que pagar las primas correspondientes cuando así se indique en la Tabla de Beneficios, por el tiempo especificado, a partir de la siguiente Fecha de Aniversario o de Renovación o la Fecha

de Vencimiento de Pago de la Póliza (la que ocurra primero), siempre y cuando la causa de la muerte del Asegurado Titular se deba a una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza.

1.33 Servicios Exclusivos

El Asegurado tiene acceso a los siguientes servicios exclusivos ofrecidos por el proveedor Best Doctors México, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios:

- a) **InterConsulta®**: Es un servicio exclusivo y patentado que ofrece una revisión meticulosa por un experto de la información encontrada en su historial médico para ayudarle a obtener el diagnóstico y tratamiento correctos.
- b) **Best Doctors Concierge™**: Servicio de coordinación de citas médicas, admisión hospitalaria, arreglos de viaje, hospedaje y movilización cuando el Asegurado requiera cuidado médico fuera de su País de Residencia. Este servicio está a disposición del Asegurado en virtud de un contrato entre Seguros Atlas y el proveedor Best Doctors México. El Asegurado es responsable por los gastos de viaje y hospedaje.
- c) **Cuidado Dirigido**: Es un programa para coordinar, supervisar y manejar casos médicos complejos y de larga duración. Por medio de este programa, Seguros Atlas paga a Best Doctors México para asegurarse que el Asegurado reciba servicios medicamente necesarios en el

contexto clínico apropiado, de acuerdo con su estado médico y considerando los beneficios de la Póliza. Seguros Atlas propondrá al Asegurado si acepta que Best Doctors México active el programa de Cuidado Dirigido y, en caso necesario, solicitará la cooperación del Asegurado.

- d) **Elite Navigator™**: Con este servicio, el proveedor Best Doctors México pone a disposición del Asegurado un Médico de apoyo quién le ayudará a interpretar Exámenes de Diagnóstico, resultados de exámenes médicos y le apoyará con herramientas para que pueda comunicar sus inquietudes de una manera más efectiva con su Médico tratante.

Se hace del conocimiento del Asegurado que el proveedor Best Doctors México responde por la calidad de los servicios que presta.

2. Cobertura de Condiciones o Padecimientos Preexistentes

En caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Lesión, Enfermedad o Padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, Seguros Atlas podrá aceptar o no dar cobertura para la Lesión, Enfermedad o Padecimiento declarado. Las Condiciones o Padecimientos Preexistentes declarados en la Solicitud de Seguro tendrán cobertura al vencer el Período de Carencia, a menos que Seguros Atlas imponga alguna limitación o sean excluidas mediante una Enmienda en la Carátula de la Póliza.

Las Condiciones o Padecimientos Preexistentes no declarados en la Solicitud de Seguro no tendrán cobertura en ningún momento. Tampoco estarán cubiertos los riesgos sobre complicaciones u otras Enfermedades que se puedan derivar directamente de la Condición o Padecimiento Preexistente excluido o no declarado.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de una Enfermedad o Padecimiento, Seguros Atlas podrá requerir al Solicitante que se someta a un examen médico como parte del procedimiento de suscripción. Al Asegurado que se hubiera sometido dicho examen médico no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de Enfermedad o Padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Seguros Atlas podrá rechazar una reclamación por una Condición o Padecimiento Preexistente que no haya sido declarado cuando cuente con las siguientes pruebas:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicha Enfermedad o Padecimiento, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o mediante pruebas de

laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya realizado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate.

SECCIÓN III: PERÍODO DE CARENCIA Y PERÍODOS DE ESPERA

1. Período de Carencia

Esta Póliza contempla un Período de Carencia de treinta (30) días que comienza a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las condiciones o Lesiones causadas por un Accidente cubierto, Urgencia Médica no relacionada con una Condición Preexistente o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

Cualquier Lesión no causada por un Accidente cubierto, Urgencia Médica no relacionada con una Condición Preexistente o Enfermedad que no sea de origen infeccioso que se presente por primera vez durante este Período de Carencia, quedará excluida de forma permanente.

1.1 Eliminación del Período de Carencia

El Período de Carencia podrá ser eliminado a discreción de Seguros Atlas si:

- a) El Asegurado prueba, al momento de solicitar cobertura, que estaba previamente asegurado por una póliza de gastos médicos con cobertura internacional comparable con la Póliza emitida por Seguros Atlas, vigente durante un año continuo inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de Cobertura de la Póliza solicitada,

- b) La Solicitud de Seguro es presentada a Seguros Atlas dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a la Fecha de Aniversario o de Renovación de la Póliza anterior, y

- c) La existencia del seguro anterior es declarada en la Solicitud de Seguro y el Asegurado presenta una copia de la Póliza y del recibo de pago de la prima del último año y/o el último aviso de renovación de esa aseguradora junto a la Solicitud de Seguro.

Si el Período de Carencia es eliminado, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifestara durante los primeros treinta (30) días de cobertura, estarán limitados al menor de los beneficios provistos para dicha condición, ya sea por esta Póliza o por la póliza anterior.

2. Períodos de Espera

Algunos de los beneficios bajo esta Póliza contemplan Períodos de Espera que deben cumplirse antes de que Seguros Atlas ofrezca cobertura:

- a) Maternidad: Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Asegurada.
- b) Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido: Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Asegurada.
- c) Obtención y Almacenamiento de Células Madre: Período de Espera de diez (10)

meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Asegurada.

- d) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.
- e) Cirugía Profiláctica para Reducción de Riesgo del Cáncer: Período de Espera de doce (12) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.
- f) Cirugía Bariátrica, de Bypass Gástrico y Cualquier Otro Procedimiento Quirúrgico para la Reducción de Peso: Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado.

SECCIÓN IV: EXCLUSIONES GENERALES

Esta Póliza no cubre las causas, complicaciones ni tratamientos relacionados con:

- 1. Cargos resultantes de cualquier tratamiento, Lesión, Enfermedad o Padecimiento, servicio o suministro que:**
 - a) **No sea Médicamente Necesario;**
 - b) **Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico o profesional legalmente autorizado;**
 - c) **No sea prescrito por un Médico o profesional legalmente autorizado;**
 - d) **Sea un Cuidado Paliativo o Cuidado de Custodia, salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios;**
 - e) **Sea un gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.**
- 2. Cualquier atención o tratamiento por Enfermedades o Lesiones autoinfligidas, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental del Asegurado; suicidio; suicidio fallido; abuso del alcohol; uso o abuso de**

- drogas; uso de Drogas lícitas o el uso ilícito de sustancias controladas; estando bajo la influencia de alguna de estas sustancias; o por riñas o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa grave de él mismo, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.**
- 3. Exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, implantes cocleares, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción visual.**
 - 4. Cualquier examen o estudio de diagnóstico realizado para la emisión de certificados médicos con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar, tratamientos profilácticos incluyendo pero no limitado a vacunas, exámenes y pruebas genéticas o procedimientos similares, salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios.**
 - 5. Cualquier tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura o tratamiento de medicina alternativa similar que no haya sido reconocido para uso general por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) como tratamiento adecuado para condiciones médicas, salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios.**
 - 6. Cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente, Urgencia Médica no relacionada con Condiciones o Padecimientos Preexistentes o Enfermedad de origen infeccioso que se manifieste durante los primeros treinta (30) días de la Fecha de Inicio de Cobertura.**
 - 7. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea para una reconstrucción Médicamente Necesaria a consecuencia de una Lesión, deformidad o Enfermedad cubierta por la Póliza y ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta Póliza, como se especifica en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios. No tiene cobertura el tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido consecuencia de un Accidente o trauma, complicaciones, efectos secundarios o secuelas derivadas de un procedimiento cosmético tratamiento**

- médico cuyo propósito principal es el embellecimiento.
8. **Cualquier gasto relacionado con Condiciones o Padecimientos Preexistentes excluidos o no declarados, como se definen en la Sección II. Coberturas punto 2 de esta Póliza, regiones anatómicas excluidas, complicaciones y tratamientos relacionados con las condiciones excluidas.**
 9. **Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento o combinación de medicamentos, Hospitalización, servicio o suministro que al momento de ser ofrecido no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado por las autoridades sanitarias competentes y de acuerdo con estándares internacionales, tomando como referencia lo indicado por la FDA y cuya aprobación es requerida sin importar el lugar donde los gastos médicos hayan sido incurridos o en casos en que el Asegurado esté inscrito en un estudio o tratamiento Experimental o Investigativo patrocinado por terceros, incluyendo pero no limitado a cualquier servicio médico derivado, así como sus consecuencias y/o complicaciones.**
 10. **Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento del síndrome de fatiga crónica.**
 11. **Esta exclusión aplica solamente para el plan Medical Care: Procedimientos y tratamientos para trastornos relacionados con Enfermedades mentales y/o psiquiátricas, y trastornos de la conducta y el desarrollo.**
 12. **El diferencial de gastos que exceda el costo Usual, Acostumbrado y Razonable como se define en esta Póliza.**
 13. **Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de género, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, Enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, tratamiento o Prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH positivo) o enfermedades**

consecuencia del mismo, salvo para planes que especifiquen cobertura en la Tabla de Beneficios.

14. Cualquier tratamiento no quirúrgico de Enfermedades de los pies (callos, callosidades, juanetes Hallux Valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y otros trastornos sintomáticos de los pies) incluyendo pero no limitado a pedicure, tratamientos quiroprácticos, zapatos ortopédicos u otros soportes especiales de cualquier tipo o forma. Cualquier otra condición o Accidente que afecte los pies, no inherente a los pies, tendría cobertura dentro de la Póliza.
15. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para el control de peso y cualquier tipo de suplemento alimenticio, sus complicaciones y tratamientos, salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios.
16. Cualquier tratamiento relacionado con problemas del crecimiento, para estimulación del crecimiento óseo o cualquier tratamiento relacionado con la hormona de crecimiento, sin importar la razón por la cual ha sido prescrita.
17. Cualquier gasto de la madre o del recién nacido relacionado con una maternidad no cubierta y las complicaciones de la maternidad y del recién nacido incluyendo, pero no limitado a cualquier servicio prueba, tratamiento, medicamentos y/o procedimientos incluyendo el embarazo resultante, complicaciones del embarazo, cuidados del parto y posteriores al parto.
18. Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, excepto que exista evidencia de una condición médica que justifique el procedimiento de interrupción del embarazo o que fuere resultado de una violación.
19. Cualquier tratamiento dental o de ortodoncia, salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios; tratamientos quirúrgicos de la mandíbula o maxilar superior con el fin de corregir malformaciones de estos huesos ya sea con fin estético o de rectificación de la mordida.
20. Cualquier tratamiento de Lesiones sufridas mientras el Asegurado participa directamente en una guerra, motín, rebelión, revolución, actos de terrorismo, eventos o actos similares, conmoción civil, huelga, alteración del

orden público o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante.

21. Cualquier admisión en un Hospital o Sanatorio por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.
22. Cualquier tratamiento brindado por un familiar directo, incluido pero no limitado al Cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el hogar del Asegurado, así como cualquier tratamiento brindado en una entidad o instalación que sea propiedad o que este bajo la supervisión del Asegurado o familiar directo, excepto aquellos que hayan sido previamente autorizados por Seguros Atlas.
23. Cualquier medicamento de venta libre cuya adquisición no requiera una prescripción médica, así como cualquier suplemento dietético y/o alimenticio, supresores del apetito, vitaminas, medicamentos contra el envejecimiento, medicamentos o tratamientos para la regeneración del cabello que requiera o no prescripción médica.
24. Cualquier gasto relacionado con procedimientos de Trasplante,

salvo lo específicamente indicado en la Sección II: Coberturas y en la Tabla de Beneficios, la adquisición o implantación de corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación y almacenamiento de tejido o células por más de veinticuatro (24) horas de duración (excepto si es para realizar exámenes de laboratorio). Cualquier equipo de riñón artificial personal para uso residencial y todos los gastos relacionados.

25. Lesiones o Enfermedades causadas por o relacionadas con energía atómica, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares, o por terapia de Rayos X o radioterapia aplicada sin disposición o supervisión médica.
26. Cualquier gasto relacionado con el extravío, reparación o reemplazo del Equipo Médico Durable dañado, a menos que haya expirado su vida útil, así como cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un equipo médico que tenga el mismo propósito o fin.

27. **Tratamiento brindado por más de un asistente de cirugía, a menos que sea autorizado previamente por Seguros Atlas.**
28. **Tratamientos, servicios, y suministros brindados en instituciones que son hogares geriátricos, instituciones de descanso, de cuidado a largo plazo, spas, balnearios e hidroclínicas.**

SECCIÓN V: CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato Completo

Los documentos mencionados a continuación constituyen y contienen el contrato completo entre las partes, el cual prevalecerá como bueno y válido:

- a) Las Condiciones Generales de la Póliza (este documento)
- b) La Tabla de Beneficios del plan elegido
- c) La Solicitud de Seguro y el Cuestionario Médico que hayan servido para la evaluación del riesgo debidamente firmados por el Asegurado Titular y/o el Contratante, incluyendo los exámenes médicos exigidos por Seguros Atlas en aquellas circunstancias que se requieran, y demás documentación en donde consten las entrevistas médicas realizadas al Solicitante, y cualquier otro documento que sea necesario al momento de solicitar o suscribir la presente Póliza
- d) Cualquier otro documento que sea necesario al solicitar la inclusión de Asegurados Dependientes o al modificar el riesgo
- e) La Carátula de la Póliza
- f) Las Enmiendas, de haberlas, en las cuales se modifican condiciones establecidas en la Póliza debido a condiciones especiales o padecimientos excluidos

- g) Los Endosos, de haberlos, en los cuales se estipula cualquier cobertura adicional contratada
- h) Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos
- i) Recibos de Pago

En caso de discrepancia, lo establecido en las Enmiendas y Endosos prevalecerá sobre las disposiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Todos los documentos podrán ser enviados en versión digital o pdf cuando así haya sido indicado en la Solicitud de Seguro.

1.1 Emisión de la Póliza

La emisión de esta Póliza se fundamenta en las declaraciones hechas de buena fe por el Asegurado Titular y/o el Contratante en la Solicitud de Seguro y cualquier otro cuestionario médico presentado para la evaluación que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean o deban ser del conocimiento del Solicitante al momento de la celebración del contrato.

1.2 Omisiones o Declaraciones Inexactas

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a los que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a Seguros Atlas para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque no haya influido en la realización de un siniestro. Seguros Atlas comunicará en forma auténtica al

Contratante y/o al Asegurado Titular la rescisión del contrato dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que Seguros Atlas conozca la omisión o inexacta declaración. Cuando el contrato de seguro comprenda varias cosas o varias personas y la omisión o inexacta declaración no se refiera sino a algunas de esas cosas o algunas de esas personas, el seguro quedará en vigor para las otras, si se comprueba que Seguros Atlas las habría asegurado solas en las mismas condiciones. Seguros Atlas conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; pero si ésta tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr para Seguros Atlas, el derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados. Si la prima se hubiere pagado anticipadamente por varios períodos del seguro, Seguros Atlas restituirá las tres cuartas partes de las primas correspondientes a los períodos futuros del seguro.

2. Vigencia

La cobertura comienza y termina en las fechas y horas indicadas en la Carátula de la Póliza. La Póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará por períodos subsecuentes de doce (12) meses.

3. Moneda

La prima se expresa y cobra en Pesos Mexicanos (MXN). Los montos de los beneficios y deducibles se expresan en Dólares de los Estados Unidos (USD).

La deducción de la suma asegurada y el Deducible se realizará en Dólares Americanos (USD). La indemnización que proceda según la suma asegurada que haya sido contratada se efectuará en Pesos Mexicanos (MXN) si el gasto médico cubierto incurrió en México y se facturó en Pesos Mexicanos (MXN). Para calcular el tipo de cambio de las prestaciones en Dólares Americanos (USD) u otra moneda extranjera, se observará lo dispuesto por el Artículo 8 de la Ley Monetaria aplicable.

4. Régimen Fiscal

La Póliza estará sujeta a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

5. Notificación del Siniestro

El Asegurado Titular y/o el Contratante deberán efectuar las notificaciones a Seguros Atlas comunicándose al teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación (800.880.4555), o por escrito al correo electrónico precertificacion@bd-atlas.com. Toda notificación debe incluir los datos del Asegurado que recibirá atención médica, los datos del proveedor, la fecha de servicio, así como la condición médica y el tratamiento que se llevará a cabo.

6. Notificación Entre las Partes

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Contratante necesite hacer a Seguros Atlas deberá efectuarlas por escrito, dirigidas a sus oficinas en el domicilio indicado en la Carátula 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. Los requerimientos, avisos y notificaciones de Seguros Atlas para el Contratante se harán al último domicilio del Contratante que sea conocido por Seguros Atlas.

7. Rectificación de la Póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado Titular o el Contratante podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) 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.

De ser devuelta, la Póliza será considerada nula como si nunca se hubiese emitido. Seguros Atlas reembolsará al Contratante la prima pagada menos el monto por concepto de gastos administrativos. De ser devuelta después del período de treinta (30) días naturales, cualquier requerimiento de devolución de primas será procesado de acuerdo a lo establecido en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 18.

8. Modificaciones

Las Condiciones Generales de la Póliza solo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y Seguros Atlas mediante Endosos o cláusulas previamente

registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Por lo tanto, los intermediarios, agentes o cualquier otra persona sin autorización de Seguros Atlas carecen de facultades para efectuar modificaciones o concesiones.

9. Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Atlas que le informe sobre el porcentaje de la prima que corresponda al intermediario o agente por concepto de comisión o compensación directa por su intervención en la celebración de este contrato. Seguros Atlas proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

10. Agravación del Riesgo

Las obligaciones de Seguros Atlas cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, de conformidad con lo previsto en los artículos 52 y 53, fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“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 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de Seguros Atlas quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado Titular, el Contratante, el Beneficiario o sus representantes, 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 sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado Titular, Asegurados Dependientes o Beneficiarios realicen o se relacionen con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Seguros Atlas, si el Contratante, Asegurado Titular, Asegurados Dependientes o Beneficiarios, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fueren condenados mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional. Dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo, y se hayan cumplido las formalidades

establecidas en el derecho mexicano para el reconocimiento de esa resolución en los términos de los tratados internacionales respectivos.

Si el nombre del Contratante, Asegurado Titular, Asegurados Dependientes o Beneficiarios, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, las obligaciones del contrato podrán ser restauradas una vez que Seguros Atlas tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado Titular, Asegurados Dependientes o Beneficiarios dejen de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Seguros Atlas notificará a la autoridad jurisdiccional competente cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que provea lo conducente o que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización

de las condiciones previamente señaladas; de igual forma se notificará a la autoridad correspondiente.

Por ser este un producto con cobertura internacional, se deberá dar cumplimiento a las reglas de Prevención y Lavado de Activos conforme a la regulación en México, así como a las regulaciones de la Oficina de Control de Activos extranjeros de los Estados Unidos (OFAC) y de la Oficina de Implementación de Sanciones Financieras del Reino Unido, conocidas como “UK Sanctions”. Todos los solicitantes y asegurados serán chequeados contra la lista de “Nacionales Especialmente Designados” o “SDN” y su cobertura podría ser revocada en caso de un resultado positivo.

11. Coordinación de Beneficios con Otros Seguros

El Asegurado Titular y/o 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. Esto deberá ser declarado cuando se llene la Solicitud de Seguro de Seguros Atlas o al momento de adquirir cualquier otro seguro.

En caso de siniestro, se deberá presentar verificación del otro seguro y copia de las facturas desglosadas junto con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. Seguros Atlas procederá

a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al Deducible de esta Póliza. Si las coberturas otorgadas bajo esta Póliza estuvieran amparadas en su totalidad o en forma parcial por otras pólizas, 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.

Si el Asegurado Titular y/o el Contratante omitieren el aviso de que se trata esta cláusula o si contrataran diversos seguros para obtener un provecho ilícito, Seguros Atlas quedará liberada de sus obligaciones.

12. Agente de Seguros

12.1 Autorización para Entrega de Información Médica al Agente de Seguros

Al aceptar esta Póliza, el Asegurado Titular declara que específicamente entiende y acepta que su agente de seguros pueda acceder a toda la información médica confidencial (pasada, presente y futura) suya y de sus Dependientes Elegibles y que la misma se entregue a Seguros Atlas, o cualquiera de sus afiliados o subcontratistas. El Asegurado Titular ha autorizado a Seguros Atlas para que pueda en su nombre poner esta información a disposición de su agente de seguros con el fin de facilitar la transferencia de información entre el Asegurado y Seguros Atlas durante el procesamiento de reclamaciones y/o

la prestación de servicios médicos. El Asegurado Titular ha autorizado este acceso a su información médica y por tanto no es una obligación que Seguros Atlas solicite su consentimiento cada vez que tenga que compartir la información médica confidencial. Por tanto, el Asegurado Titular voluntariamente y con conocimiento de causa acepta que Seguros Atlas le dé a su agente de seguros acceso a toda la información médica suya y de sus dependientes, quienes lo han autorizado para ello, en la manera que lo estime conveniente.

12.2 Autoridad

Ningún agente tiene autoridad para cambiar la Póliza o eliminar ninguno de sus términos y condiciones. Ningún cambio en la Póliza será válido después de que ha sido emitida, a menos que sea aprobado por escrito por un oficial autorizado por Seguros Atlas y tal aprobación sea validada mediante una Enmienda a la Póliza. Cualquier error material en los documentos que constituyen el contrato no obligara a Seguros Atlas y podrá corregirse una vez sea detectado a través de una Enmienda a la Carátula de la Póliza.

13. Edad y Requisitos de Elegibilidad

El Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

a) Tener residencia permanente en la República Mexicana.

b) Contar con al menos dieciocho (18) años de edad, excepto los Dependientes Elegibles quienes no están sujetos a este requerimiento, y no mayor de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de solicitar el seguro.

A los Solicitantes mayores de sesenta y cuatro (64) años de edad se les requerirá información médica complementaria para su evaluación. Seguros Atlas podrá reembolsarles hasta un máximo de cincuenta dólares (US\$50) para cubrir el costo de la información médica solicitada, una vez sea aprobada la cobertura a estos Solicitantes.

No hay edad máxima para la renovación de la Póliza.

13.1 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.

13.2 Ajustes 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.

13.3 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 punto 12.2, incluyendo los intereses respectivos.

14. Pago de la Prima

El pago de la prima total a tiempo es responsabilidad del Contratante. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente en los casos de pago de parcialidades dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las veintitrés horas con cincuenta y nueve minutos (23:59) del último día de ese plazo.

14.1 Modalidad del Pago de la Prima

Todas las pólizas son consideradas contratos anuales. Sin embargo, las primas pueden ser fraccionadas en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración

(semestral, trimestral o mensual), cuando así lo autorice Seguros Atlas, y en esos casos se aplicará la tasa de financiamiento que fije Seguros Atlas al momento de la celebración del contrato.

14.2 Recibo de Pago

Seguros Atlas emitirá un recibo para que se efectúe el pago de la prima cuando ésta deba efectuarse en un solo pago. En caso de optar por cubrir la prima pactada en parcialidades, Seguros Atlas emitirá el número de recibos correspondientes. Cada recibo deberá ser pagado en la Fecha de Vencimiento de Pago indicada en el mismo.

14.3 Período de Gracia

El Contratante cuenta con un Período de Gracia que podrá convenirse entre el Contratante y Seguros Atlas para liquidar la prima o la fracción correspondiente que se indica en el recibo. Si no hubiese sido pagado dicho recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las veintitrés horas con cincuenta y nueve minutos (23:59) del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el Período de Gracia, se aplicará un plazo de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo. Si dentro del Período de Gracia ocurriera un siniestro procedente, Seguros Atlas pagará mediante reembolso o pago directo el monto correspondiente.

14.4 Medio de Pago

Los recibos deberán ser pagados 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.

Cuando el medio de pago sea un cargo a tarjeta de crédito, débito o transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.

15. Altas

Podrá darse de alta a cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 13 Edad y Requisitos de Elegibilidad, completando la Solicitud de Seguro por parte del Contratante, previa aceptación de Seguros Atlas.

15.1 Dependientes Elegibles

a) Los Dependientes elegibles son el Cónyuge, Concubina o Concubinario del Asegurado Titular, sus hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de dieciocho (18) años de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal por la autoridad jurisdiccional competente, y que hayan sido incluidos en la Solicitud de Seguro. En caso de incluir como dependientes a hijos adoptados legalmente y/o bajo tutoría legal, se requiere presentar los documentos que establecen el nexo o la relación con el Asegurado Titular.

b) La cobertura para los hijos dependientes que alcancen los dieciocho (18) años de edad se mantiene en vigor hasta la siguiente Fecha de Aniversario o de Renovación. A partir de los dieciocho (18) años de edad, los hijos dependientes que sean estudiantes a tiempo completo en una universidad o centro educativo al momento en que la Póliza es emitida o renovada, pueden continuar siendo Asegurados Dependientes hasta la siguiente Fecha de Aniversario o de Renovación, después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad. Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar al Contratante en cualquier momento una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o centro educativo donde asista el Asegurado Dependiente.

15.2 Adición de Recién Nacidos

a) De Maternidad Cubierta bajo esta Póliza:

Los recién nacidos de una Maternidad Cubierta tienen inclusión sin evaluación de riesgo siempre y cuando no sean producto de un tratamiento de fertilidad. Para incluir al recién nacido en la Póliza de la madre como Asegurado Dependiente sin que sea sometido a evaluación de riesgo, se requiere notificar a Seguros Atlas dentro de los primeros sesenta (60) días a partir de la fecha de nacimiento enviando una copia del acta de nacimiento y pagar la prima adicional correspondiente. Si el recién nacido no es incluido durante dicho

período de sesenta (60) días, se deberá presentar una Solicitud de Seguro y será sometido a evaluación de riesgo.

- b) De Maternidad no cubierta bajo esta Póliza:

Los recién nacidos de una maternidad no cubierta o producto de un tratamiento de fertilidad, no tienen inclusión automática en la Póliza. Para incluir al recién nacido como Asegurado Dependiente, se debe presentar a Seguros Atlas una Solicitud de Seguro y el recién nacido será sometido a evaluación de riesgo.

15.3 Continuidad de Cobertura para Dependientes

- a) Si un Asegurado Dependiente ya no es elegible como se indica en el punto 15.1 Dependientes Elegibles, inciso b), pero cumple con los requisitos para ser Asegurado Titular, podrá solicitar su propia Póliza antes del vencimiento de la Póliza en curso, completando una Solicitud de Seguro sin necesidad de someterse a un nuevo proceso de evaluación de riesgo. Una vez sea aprobado como Asegurado Titular, estará sujeto bajo la nueva Póliza a las mismas condiciones, restricciones y Enmiendas que tenía como Asegurado Dependiente bajo la Póliza anterior.
- b) Para hijas dependientes que hayan estado aseguradas bajo la Póliza de sus padres por más de diez (10) meses consecutivos, aplicará lo

indicado en la Tabla de Beneficios con respecto al Período de Espera para recibir los beneficios de Maternidad, Complicaciones de la Maternidad y del Recién Nacido, y Obtención y Almacenamiento de Células Madre.

- c) Si el Asegurado Titular fallece, los Asegurados Dependientes podrán obtener cobertura bajo una nueva Póliza sin necesidad de evaluación de riesgo siempre y cuando cumplan con los requisitos de elegibilidad indicados en el punto 13 Edad y Requisitos de Elegibilidad. Dichos Asegurados estarán sujetos a las mismas condiciones, restricciones y Enmiendas de la Póliza anterior, y deberán presentar a Seguros Atlas una Solicitud de Seguro, llenando el registro como Contratante, y realizar el pago de la prima correspondiente antes del vencimiento del Período de Gracia de la Póliza anterior. En caso de que dichos Asegurados Dependientes sean menores de edad, se deberá solicitar la existencia de un Contratante, quien a pesar de no tener cobertura alguna, se encargará del pago de la prima y representará legalmente al Asegurado.

16. Bajas

Causarán baja de la cobertura bajo la Póliza los siguientes casos:

- a) Si el Asegurado fallece;
- b) Si un hijo dependiente contrae

matrimonio o deja de ser estudiante a tiempo completo;

- c) Si el Cónyuge deja de estar casado con el Asegurado Titular por divorcio o anulación del matrimonio;
- d) Si la Concubina o Concubinario termina su relación de vida doméstica con el Asegurado Titular.

17. Cancelación

La Póliza se considerará cancelada automáticamente cuando Seguros Atlas reciba aviso por escrito del Contratante comunicando su decisión de no continuar con la cobertura del seguro. El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Seguros Atlas o por el medio por el que hubiera contratado el seguro. El Contratante deberá adjuntar a la solicitud copia de una identificación oficial vigente. Posteriormente, Seguros Atlas proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

Seguros Atlas confirmará al Contratante la fecha de terminación del contrato a través de los mismos medios bajo los cuales se realizó la solicitud, y a su vez devolverá al Contratante la porción de la prima no devengada como se especifica en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 18. En caso del que el cálculo antes citado sea negativo, se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación

de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de Póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos, en el caso de existir.

La cancelación anticipada de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a pagos por Gastos Cubiertos incurridos con anterioridad a la fecha de la cancelación, excepto en caso de fraude. No se cubrirá ningún tratamiento que ocurra después de la fecha de cancelación o no renovación de la Póliza independientemente de cuándo se presentó por primera vez la Enfermedad o Padecimiento, cuando ocurrió el Accidente o cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido.

La devolución al Contratante se realizará en un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando no existan siniestros abiertos en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada. En todo caso, Seguros Atlas no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

18. Devolución de la Prima No Devengada

Si el Contratante o Seguros Atlas cancelan la Póliza después de haber sido emitida, reinstalada o renovada, Seguros Atlas le devolverá al Contratante la porción de la prima no devengada por el tiempo que falta por vencer en la vigencia de la póliza a partir de la terminación de la póliza,

menos los costos administrativos y los costos de emisión de la Póliza hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima neta. Los costos de emisión de la Póliza y treinta y cinco por ciento (35%) de la prima básica no serán devueltos bajo ninguna circunstancia por Seguros Atlas. La porción no devengada de la prima está basada en el número de días correspondientes a la modalidad de los pagos menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la prima no devengada se reembolsará al Contratante si es distinto del Asegurado Titular. Si el Asegurado Titular es la misma persona que el Contratante, el reembolso se realizará al Beneficiario designado por el mismo, o a sus herederos legales o testamentarios, previa presentación de los documentos requeridos por Seguros Atlas.

Si posterior a la fecha de terminación del contrato se reporta un siniestro procedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza terminada, se realizará nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior, y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado. Para efectos de esta cláusula, la parte no devengada será la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia del primer recibo pagado

hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

La devolución al Contratante se realizará en un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de terminación del contrato, siempre y cuando no existan siniestros pendientes en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada. En todo caso, Seguros Atlas, no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

19. Rehabilitación de la Póliza

Una vez cancelada la Póliza por falta de pago de la prima y vencido el Período de Gracia, la Póliza podrá ser rehabilitada si el Contratante paga la prima correspondiente dentro de treinta (30) días naturales a partir del vencimiento del Período de Gracia, sin necesidad de completar una nueva Solicitud de Seguro o cuestionario médico para fines de una nueva evaluación de riesgo.

20. Renovación

Para renovar la Póliza, el Contratante deberá solicitarlo por escrito a Seguros Atlas, dentro de los treinta (30) días anteriores al fin de vigencia del contrato.

Seguros Atlas aplicará en la renovación las condiciones de cobertura congruentes con las

originalmente contratadas, por lo que no se modificarán Períodos de Espera, no se reducirán los límites de edad, ni se solicitarán nuevos requisitos de asegurabilidad.

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. Asimismo, se actualizará el deducible contratado conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica correspondiente.

Seguros Atlas informará con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación a la renovación de la Póliza, los valores de la prima y Deducible 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 con

Seguros Atlas, los beneficios ganados por antigüedad de los Asegurados no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

Si a consecuencia de Enfermedad o Padecimiento, Accidente, acto de autoridad o de delincuencia, el Contratante demuestre que se encontraba totalmente impedido o incapacitado para manifestar su voluntad de renovar dentro del plazo previsto para la renovación, podrá solicitar la renovación a Seguros Atlas dentro de los treinta (30) días posteriores al momento en que hubiese recobrado la capacidad de manifestarlo y sin que el período de la presunta incapacidad o impedimento exceda de seis (6) meses. Seguros Atlas renovará la Póliza en cuestión y reconocerá los derechos derivados de la antigüedad de los Asegurados que dicho plan tenía, así como la contraprestación que resulte de los Gastos Cubiertos que se hubiesen derivado de Enfermedades o Padecimientos cubiertos bajo la Póliza en cuestión, debiendo el Contratante 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 Cubiertos, descontando de los saldos reclamados a cada año la prima que le hubiese correspondido pagar por la renovación del seguro.

20.1 Cambio de Deducible o de Plan

En la Fecha de Aniversario o de Renovación de su Póliza, el Asegurado Titular y/o el Contratante pueden solicitar un cambio de Deducible o de plan. Seguros Atlas se reserva el derecho de aceptar cualquier cambio de Deducible o de plan, o aprobar el cambio bajo ciertas condiciones y/o restricciones.

En caso de que el Asegurado Titular y/o el Contratante soliciten un cambio para un Deducible menor al que tiene vigente o un cambio de plan con mayores beneficios, su aprobación estará sujeta al proceso de evaluación de riesgo. En el evento de que un Asegurado se encuentre bajo tratamiento médico o se le haya diagnosticado una condición médica en una fecha reciente a la solicitud del cambio, no podrá hacerse el cambio de Deducible o de plan.

Durante los primeros diez (10) meses a partir de la fecha efectiva del cambio de plan, los beneficios de Maternidad estarán limitados al menor de los beneficios entre el plan anterior y el actual.

Si el plan anterior no contaba con el beneficio, se deberá cumplir el Período de Espera correspondiente antes de cubrir cualquier gasto relacionado con el mismo.

20.2 Cambio de Prima

Seguros Atlas se reserva el derecho de cambiar en forma general y no en forma individual la prima de esta Póliza en cada Fecha de Aniversario o de Renovación. Ningún Asegurado será penalizado con un incremento en su prima basado en su historial de reclamaciones.

21. Trámite de Siniestros

21.1 Notificación de Trámites de Siniestros

21.1.1 Plazos para la Notificación

Para cumplir con el requisito de notificación, el Asegurado deberá comunicarse con Seguros Atlas al teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación, en los siguientes plazos:

- a) Para cualquier cuidado médico: Deben ser notificados por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico relacionado con los servicios o beneficios que requieren notificación.

- b) Servicios de Emergencia:
Deben ser notificados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al comienzo de la Emergencia. El Asegurado, o alguien actuando en su nombre, deberá comunicarse con Seguros Atlas.

Para efecto de notificación del siniestro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, gozará de un plazo máximo de cinco (5) días hábiles para dar aviso por escrito, si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debido proporcionarlo tan pronto como aparezca el impedimento.

21.1.2 Ventajas de la Notificación

Algunos de los beneficios bajo esta Póliza están sujetos a un requisito de notificación previa. La notificación le permite a Seguros Atlas confirmar la elegibilidad del Asegurado, autorizar los beneficios como corresponde, controlar los costos médicos y negociar mejores descuentos para beneficio del Asegurado.

El Asegurado deberá siempre notificar a Seguros Atlas sobre su intención o necesidad de hospitalizarse o someterse a una cirugía ambulatoria, Exámenes de Diagnóstico y transporte por Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre.

La notificación también le permitirá confirmar con Seguros Atlas si un Proveedor pertenece a su Red de Proveedores, para evitar el pago de posibles penalidades por el uso de Proveedores que estén fuera de la red del plan al momento del tratamiento.

21.1.3 Penalización por Falta de Notificación

Si el Asegurado no cumple el requisito de notificación dentro de los plazos especificados en este artículo, salvo causa ajena no imputable al Asegurado, éste será responsable por el treinta por ciento (30%) del monto de los Gastos Cubiertos, incluyendo el Deducible correspondiente. Esta penalización aplica en pago directo y reembolso.

21.2 Procedimiento Para el Pago de Siniestros

Para obtener el reembolso de Gastos Cubiertos pagados por el Asegurado, éste deberá presentar una reclamación formal a Seguros Atlas que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía de los gastos incurridos. La presentación de una reclamación no es necesaria en aquellos casos en que el Proveedor ha acordado recibir el pago directamente de Seguros Atlas.

Seguros Atlas efectuará los reembolsos de la siguiente manera:

- a) En caso de Accidente, se indemnizarán los Gastos Cubiertos sin aplicación de Deducible hasta el límite de la

Suma Asegurada contratada. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado durante dicho Accidente se considerarán como un solo evento. Cuando la atención médica sea brindada después de noventa (90) días de ocurrido el Accidente, dicho evento será considerado como Enfermedad.

- b) En caso de Enfermedad, la indemnización correspondiente se calculará de la siguiente forma:
- i. Se sumarán todos los Gastos Cubiertos después de ajustar cada concepto a los límites establecidos en la Tabla de Beneficios.
 - ii. Al resultado anterior se le restará el Deducible correspondiente.
 - iii. Del monto resultante se pagará hasta el límite de la Suma Asegurada contratada.

En caso de algún adeudo del Asegurado, Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar dicho adeudo con el crédito que se deba al Asegurado o Beneficiario en términos del Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros.

21.2.1 Pago Directo

Es el procedimiento mediante el cual Seguros Atlas liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un padecimiento cubierto dentro de la Red de Proveedores. Tan pronto Seguros

Atlas disponga de la información completa relacionada con una reclamación, ésta efectuará el pago de los Gastos Cubiertos de acuerdo con las condiciones generales, Enmiendas y Endosos de esta Póliza, directamente a Proveedores en cualquier parte del mundo de acuerdo a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables, según se definen en esta Póliza.

21.2.2 Pago por Reembolso

Es el procedimiento mediante el cual el Asegurado liquida de forma directa al Proveedor los gastos de la atención médica de una Enfermedad o Padecimiento cubierto.

Cuando Seguros Atlas sea debidamente notificada sobre un evento, mas por alguna razón no le sea posible hacer un pago directo al Proveedor y así lo confirme al Asegurado, Seguros Atlas reembolsará al Asegurado Titular el costo de los Gastos Cubiertos de acuerdo con las tarifas Usuales, Acostumbradas y Razonables de que se trate, según lo indicado en la Cláusula 3 Moneda. El total de los pagos recibidos por el Asegurado no podrá nunca exceder el valor total de los gastos incurridos.

21.2.3 Gastos en Moneda Extranjera

En caso de que ocurra un siniestro y los gastos médicos se hayan

efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda según la suma asegurada que haya sido contratada se efectuará en Dólares Americanos (USD) en términos de la legislación aplicable. De ser necesario el pago en México, para calcular el tipo de cambio de las prestaciones en Dólares Americanos (USD), se observará lo dispuesto por el Artículo 8 de la Ley Monetaria aplicable.

21.3 Pruebas y Comprobación del Siniestro

21.3.1 Plazos Para Recibir Pruebas de Reclamación

Cuando se derive alguna obligación para Seguros Atlas, el Asegurado deberá entregar las formas de declaración que le sean proporcionadas y presentar a Seguros Atlas las pruebas necesarias para comprobar que el siniestro ocurrió estando la Póliza en vigor y que la reclamación procede de acuerdo a las condiciones estipuladas en el contrato de seguro.

Las reclamaciones y/o facturas relacionadas con Gastos Cubiertos bajo esta Póliza deberán ser enviadas a Seguros Atlas a la dirección indicada en el Formulario de Reclamación. El Asegurado cuenta con un período de hasta dos (2) años para solicitar la

indemnización. Si Seguros Atlas no recibe la información durante el plazo establecido, no procederá la reclamación, y Seguros Atlas quedará relevada de toda obligación.

Una vez iniciado el proceso de una reclamación, el Asegurado deberá enviar cualquier información adicional solicitada por Seguros Atlas para completar la misma durante el plazo establecido en el párrafo anterior.

21.3.2 Comprobación

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

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 Beneficiario para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas de cualquier obligación.

Si en cualquiera de las obligaciones que tiene con respecto al contrato

el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario cometiera una omisión o negligencia, y a causa de este hecho Seguros Atlas realiza un pago incorrecto o improcedente, el Contratante estará obligado a reintegrar dicho pago a Seguros Atlas.

Deberán presentarse facturas originales detallando cada uno de los servicios prestados de acuerdo con lo estipulado en la Sección V: Cláusulas Generales, punto 21.3.4 de esta Póliza.

21.3.3 Exámenes Médicos: Segunda Valoración Médica

Seguros Atlas se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos, una InterConsulta®, o una segunda valoración médica, asumiendo los costos correspondientes, a cualquier Asegurado cuya Lesión, Enfermedad o Padecimiento sea base de una reclamación, en cualquier momento y con la frecuencia que considere necesaria, mientras se esté evaluando la aprobación de dicha reclamación.

El Asegurado deberá suministrar todas las informaciones requeridas por Seguros Atlas sobre su estado de salud antes, durante y después de la emisión de la Póliza y autorizar a los profesionales o instituciones donde hubiera sido o sea tratado a

fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica del caso.

21.3.4 Documentación e Informes Médicos

Seguros Atlas solicitará todos los expedientes y/o reportes médicos necesarios directamente al Proveedor en los casos que se efectúe el pago directamente al Proveedor, o al Asegurado en el caso de pagos por reembolso. El Asegurado es el máximo responsable para la entrega u obtención de dichos informes o expedientes médicos y de toda la información necesaria para completar su reclamación. Se entiende que para la obtención de dichos reportes, Seguros Atlas necesitará la debida autorización firmada de todos los formularios que requiera el Proveedor de servicios médicos.

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación para el trámite del pago del siniestro:

- a) Formulario de Solicitud de Reembolso de Seguros Atlas, debidamente completado y firmado, conjuntamente con el reporte médico del paciente.
- b) Facturas y recibos originales que incluyan el desglose de gastos de

Hospital o Sanatorio, farmacia, médicos tratantes, Exámenes de Diagnóstico, pruebas de laboratorio, etc., y cumplan con la legislación fiscal respectiva.

Para gastos médicos incurridos en los Estados Unidos, el Asegurado deberá presentar los siguientes documentos, los cuales son proporcionados por los Proveedores médicos:

- a) El CMS-1500 (factura universal de los médicos en los Estados Unidos)
- b) El UB-04 (factura universal de los Hospitales en los Estados Unidos) o
- c) La factura detallada que cumpla con la legislación fiscal respectiva.

Si la información para presentar una reclamación fuese inadecuada o incompleta, podría resultar en el retraso del proceso de reembolso o el cierre temporal de la reclamación hasta tanto se reciba la información requerida dentro de los plazos establecidos por esta Póliza.

Seguros Atlas no retornará la documentación en original que reciba. Si se solicita por escrito, se podrá otorgar copias de dichos documentos. El Asegurado es responsable frente

al Proveedor de todos los gastos no cubiertos bajo esta Póliza.

21.4 Aplicación de Deducible y Suma Asegurada

21.4.1 Aplicación de Deducible

- a) Se aplicará un (1) Deducible por Asegurado por Año Póliza. Para Pólizas familiares, se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles por Año Póliza. Para alcanzar el mismo, se tomarán en cuenta todos los montos aplicados al Deducible por cada uno de los diferentes miembros de la familia en una misma Póliza.
- b) Si el Deducible ha sido cubierto en el País de Residencia y el Asegurado presenta servicios médicos realizados en los Estados Unidos donde el Deducible pudiera ser más alto, la diferencia entre estos dos Deducibles será responsabilidad del Asegurado.
- c) Cualquier Gasto Cubierto que haya sido aplicado al Deducible durante los tres (3) últimos meses del Año Póliza será transferido y aplicado al Deducible del siguiente Año Póliza.
- d) En caso de Accidente, según se define en esta Póliza, el Deducible se exonerará durante la primera Hospitalización Médicamente Necesaria que

siga inmediatamente a dicho Accidente. El Deducible correspondiente será aplicado para cualquier tratamiento posterior.

- e) El Deducible se reducirá en un cincuenta por ciento (50%) al Asegurado que no haya presentado reclamaciones durante tres (3) Años Póliza consecutivos. Este beneficio no aplica en el caso de Deducibles familiares. Una vez que se haya presentado una reclamación, para calificar para este beneficio un nuevo período de tres (3) Años Póliza comenzará a partir de la próxima Fecha de Aniversario o de Renovación. El cambio a otro Deducible o plan que tenga este beneficio no interrumpe el período de tres (3) Año Póliza sin presentar reclamaciones. El menor de los beneficios se aplica hasta que comience un nuevo período de tres (3) Años Póliza. Este beneficio aplica solo a las opciones de Deducible con un valor igual o inferior a cinco mil dólares (US\$5,000). Los chequeos médicos de rutina y las reclamaciones donde Seguros Atlas no emite pagos para un Proveedor o para el Asegurado Titular no se tomarán en cuenta para calificar para este descuento.

21.4.2 Honorarios Médicos, Equipo Médico Durable y Medicamentos

A los efectos de este contrato y sujeto a los términos estipulados en las Condiciones Generales, Seguros Atlas paga servicios Medicamente Necesarios de acuerdo con los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables obtenidos de una base de datos de la industria que se actualiza periódicamente. Dicha base contiene códigos de procedimientos médicos, las tarifas y factores de conversión de acuerdo a la zona geográfica donde los servicios fueron provistos.

En cualquier caso, el Asegurado se puede comunicar con Seguros Atlas donde se le brindará dicha información.

Adicionalmente, los cargos profesionales por concepto de cirugía se reembolsarán de la siguiente manera:

Anestesiólogo: Treinta por ciento (30%) de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados para el cirujano.

Asistente: Veinte por ciento (20%) de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados para el cirujano.

Segundo Asistente (si aplica):

Diez por ciento (10%) de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados para el cirujano.

Asistente Instrumentista: Cinco por ciento (5%) de los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables aprobados para el cirujano.

22. Compensación de Primas Contra Siniestros

Si dentro del Período de Gracia ocurriera un siniestro procedente de acuerdo con las condiciones de la Póliza, Seguros Atlas pagará el monto correspondiente deduciendo la parte de la prima vencida que no haya sido pagada. 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. Plazo para Pago de Indemnizaciones

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, Seguros Atlas pagará al Asegurado o Beneficiario el reembolso que resulte del contrato de seguro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

24. Interés Moratorio

En caso de que Seguros Atlas, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le

haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar el reembolso en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o Beneficiario, según corresponda, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho pago será exigible a partir de que se determine la procedencia.

A continuación se transcribe el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al

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

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

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

Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

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

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

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

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

- IV. 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.”

25. Subrogación

Seguros Atlas tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del Asegurado Titular contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta Póliza, o que sean responsables por haber causado una Lesión cubierta bajo esta Póliza.

El Asegurado Titular siempre debe colaborar con Seguros Atlas entregándole la información necesaria, completando y firmando todos los documentos necesarios para que Seguros Atlas pueda recuperar lo que ha pagado. Esto también significa que el Asegurado Titular debe avisar a Seguros Atlas antes de resolver cualquier reclamación relacionada con Lesiones sostenidas por acción u omisión de otra persona para la cual Seguros Atlas haya pagado o deba pagar beneficios. El Asegurado Titular no debe hacer nada que pueda limitar el derecho de Seguros Atlas a ser plenamente reembolsada.

26. Pago de Gastos Médicos Complementarios

Si la Póliza es renovada de forma ininterrumpida con Seguros Atlas y existe

suma asegurada disponible para cubrir el siniestro, se continuarán pagando los gastos complementarios de los siniestros ocurridos en vigencias anteriores de la Póliza contratada con Seguros Atlas.

27. Apelación de Reclamaciones

En caso de cualquier desacuerdo entre el Asegurado y Seguros Atlas sobre la determinación de una reclamación, el Asegurado podrá solicitar una revisión de dicha reclamación a Seguros Atlas Para comenzar esta revisión, el Asegurado Titular deberá enviar a Seguros Atlas una petición por escrito al correo electrónico servicio@bd-atlas.com, en la que deberá incluir copias de toda la información que considere relevante para reevaluar el caso.

Al recibir la petición, Seguros Atlas determinará si es necesaria alguna información y/o documentación adicional y actuará para obtenerla oportunamente. Seguros Atlas notificará al Asegurado Titular su decisión y las bases de la misma en un plazo de treinta (30) días.

En caso de que el Asegurado dispusiera de nueva información que a su criterio pudiera ser relevante para hacer variar la decisión del Comité de Apelación de Seguros Atlas, éste deberá presentarla en un plazo de quince (15) días hábiles a partir del fallo del Comité sobre el caso. Seguros Atlas revisará la nueva información aportada y emitirá una decisión final e inapelable en un plazo de quince (15) días hábiles.

28. Arbitraje Médico

Cuando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un padecimiento considerado preexistente de conformidad con la cláusula “Cobertura de Condiciones o Padecimientos Preexistentes” 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 la condición o 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 una condición o 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 Asegurado o de sus 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 la condición o 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.

29. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) 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 Seguros Atlas haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la ocurrencia del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha ocurrencia.

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.

En términos del Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la ocurrencia del siniestro, producirá la interrupción de la prescripción. La suspensión de la prescripción sólo procede

por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

30. Competencia

En caso de controversia, el Contratante, el Asegurado Titular y/o el Beneficiario podrán acudir a la Unidad Especializada de Seguros Atlas que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa Ciudad de México, durante el horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas, o a través de atención telefónica al 55.9177.5220 o al 800.849.3916, o por correo electrónico a rلابastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o para presentar alguna queja ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), el Asegurado y/o el Contratante podrán dirigirse a: Av. Insurgentes sur #762 Col. del Valle Delegación Benito Juárez o consultar <http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones> para ubicar la oficina más cercana a su domicilio, o comunicarse al teléfono 55.5340.0999 o al 800.999.8080 o por correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx.

De no conciliarse los intereses o 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 la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

31. Jurisdicción

Queda convenido entre las partes que para todo lo relativo a la interpretación y cumplimiento de las presentes condiciones generales se someterán a las leyes y tribunales competentes en la Ciudad de Mexico, Estados Unidos Mexicanos, renunciando expresamente a cualquier otro fuero que en razón de sus domicilios presentes o futuros pudiera llegar a corresponderles o por virtud de cualquier otra circunstancia.

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 octubre de 2021, con el número CNSF-S0023-0402-2021/CONDUSEF-004854-03.

ANEXO: TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS IMPORTANTES PARA EL CONTRATANTE Y ASEGURADO(S)

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 cuenta legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

- a) 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;

- b) 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;

- c) 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;
- d) 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;
- e) 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;

- f) 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;

- g) 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;
- h) 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

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

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

Artículo 277.- En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de

Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

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

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a

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

Artículo 492: Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

- I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
- II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
 - I. Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
 - II. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir

o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- I. El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo

cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen

- II. La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes
- III. La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- IV. Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a

las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

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 34.- Salvo pacto en contrario, la prima vencerá en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al primer período del seguro; entendiéndose por período del seguro el lapso para el cual resulte calculada la unidad de la prima. En caso de duda, se entenderá que el período del seguro es de un año

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 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

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.

Circular Única de Seguros y Fianzas

4.5.3: En los contratos de seguro de vida y de accidentes y enfermedades que celebren las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas, se deberá observar lo siguiente:

- I. No podrá haber terminación anticipada por parte de la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista;
- II. En los que contengan el rubro para hacer la designación de beneficiarios, se deberá incluir un texto de advertencia en los términos siguientes:

“Advertencia:

“En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

“Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

“La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad,

quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada”, y

- III. La cobertura de fallecimiento no deberá contener exclusiones, salvo que de la operatividad del producto se acredite la necesidad de alguna exclusión para la viabilidad técnica del producto de seguro, por lo que se deberá justificar dicha circunstancia en el registro del producto de seguro respectivo.

Cuando procedan las exclusiones en esta operatividad, la referencia a la cláusula que contenga tales exclusiones se deberá incorporar en la carátula de la póliza, así como en los certificados individuales. Lo anterior, con independencia de que se pueda incorporar una cláusula de suicidio de acuerdo a lo señalado por el artículo 197 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Diario oficial de la federación → CIRCULAR S

Artículo 25.3.- A las instituciones y sociedades mutualistas de seguros autorizadas para realizar operaciones de accidentes y enfermedades.

Considerando la necesidad de dar mayor claridad y precisión a las pólizas de gastos médicos mayores y accidentes personales por lo que se refiere a la cláusula de preexistencia, la Junta de Gobierno de esta Comisión en las sesiones celebradas el 26 de febrero y 25 de junio de 2002, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 36-C y la fracción IV del artículo 108 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, acordó establecer que se considere en las condiciones generales de los contratos de seguros de gastos médicos mayores y accidentes personales que:

- a) La aseguradora determine el criterio que seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que, por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos.
- b) Se establezca un procedimiento arbitral para resolver estos casos mediante arbitraje médico.
- c) Las enfermedades respecto de las cuales se dejaría de aplicar la cláusula de preexistencia mediante la aplicación de periodos de espera.

En esa virtud, esas instituciones y sociedades deberán tomar las medidas necesarias a efecto de considerar los mencionados criterios en el texto de los contratos que sometan a registro de esta Comisión.

Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 8: La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago

precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.



Best Doctors México presta servicios de administración para estos planes internacionales de Seguros Atlas. Esta póliza de seguro ha sido emitida por Seguros Atlas, S.A. en su calidad de Institución Mexicana de Seguros.



Paseo de los Tamarindos No. 60 P.B.
Col. Bosques de las Lomas
Ciudad de México C.P. 05120

Tel. 55.9177.5000
segatlas@segurosatlas.com.mx
www.segurosatlas.com.mx