

Condiciones Generales

**Microseguro Colectivo de
Indemnización Quirúrgica**

Mayo 2013

Contenido

SECCIÓN I	5
OBJETO DEL SEGURO	5
SECCIÓN II	5
DEFINICIONES	5
SECCIÓN III	10
PADECIMIENTOS O PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS	10
APENDICECTOMIA	11
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS	11
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LITIASIS RENAL Y DE VIAS URINARIAS	11
CÁNCER GÁSTRICO, DE PULMÓN, DE COLON, PANCREÁTICO, PRÓSTATICO, DE MAMA Y CERVICOUTERINO	12
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	12
PROSTATECTOMIA	12
HISTERECTOMIA	13
COLECISTECTOMÍA	13
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DIVERTICULOS DEL COLON	13
HERNIOPLASTIA INGUINAL	14
SAFENECTOMIA	14
ADENOAMIGDALECTOMÍA	14
HEMORROIDECTOMÍA , FISURECTOMÍA Y FISTULECTOMÍA	14
SECCIÓN IV	15
CLÁUSULAS GENERALES	15
I. CONTRATO	15

II. COBERTURA	15
III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.....	16
IV. MODIFICACIONES	16
V. MONEDA.....	16
VI. VIGENCIA DEL CONTRATO	16
VII. OTRAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE	17
VIII. REGISTRO DE ASEGURADOS	17
IX. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.	17
X. BAJA DE ASEGURADOS	17
XI. AVISO	18
XII. COMPROBACION DEL EVENTO CUBIERTO.....	18
XIII. PRUEBAS	19
XIV. PRIMAS	19
XV. PLAZO DE GRACIA.....	20
XVI. RENOVACIÓN.....	20
XVII. AJUSTE POR MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS	20
XVIII. BENEFICIARIOS	21
XIX. EDAD	21
XX. INEXACTA DECLARACIÓN DE EDAD	21
XXI. RESIDENCIA.....	21
XXII. PRESCRIPCIÓN	22
XXIII. INDEMNIZACIÓN POR MORA	22
XXIV. COMUNICACIONES.....	22
XXV. COMISIONES.....	23

XXVI. COMPETENCIA.....	23
XXVII. RÉGIMEN FISCAL.....	23
XXVIII. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO (esta cláusula opera solamente para el caso de falsedad de la declaración de salud del asegurado).....	23
SECCIÓN V	24
EXCLUSIONES.....	24
PRINCIPALES CLAUSULAS DE LA PÓLIZA	27

SECCIÓN I

OBJETO DEL SEGURO

Seguros Atlas, S.A., en adelante “La Aseguradora”, de conformidad con el presente contrato y las características de este seguro, se obliga a pagar la **indemnización** que corresponda como consecuencia de que alguno de los miembros de la colectividad asegurada en esta póliza haya sido sometido a un procedimiento quirúrgico o haya sido diagnosticado por primera vez de algún padecimiento, de acuerdo al catálogo de intervenciones quirúrgicas y padecimientos cubiertos mostrado en la carátula de la póliza.

SECCIÓN II

DEFINICIONES

Para los efectos de este Contrato de Seguro son aplicables los siguientes conceptos:

ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

ANTIGÜEDAD

Tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida con la Compañía en ésta póliza.

COLECTIVIDAD

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Es el conjunto de todas las personas que cumplen con los requisitos establecidos por el contratante para ser asegurados.

Dichos requisitos deben ser claros y de aplicación general para evitar que alguna persona sea privilegiada con la cobertura o los beneficios del seguro, sobre el resto de las personas con las que se encuentre en igualdad de circunstancias para pertenecer a la Colectividad Asegurable.

ASEGURADO

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta póliza con derecho a los beneficios de la misma.

ASEGURADO TITULAR

Persona que firma por si mismo y/o por cuenta de terceros, la oferta del seguro.

BENEFICIARIO

Es la persona que tiene derecho al pago de la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza.

CONTRATANTE

Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro y responsable ante “La Aseguradora” de pagar la prima del seguro en su totalidad.

ENDOSO

Documento, generado por “La Aseguradora”, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

PADECIMIENTO CUBIERTO

Se consideran gastos cubiertos los PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y EL PRIMER DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ESPECIFICAS enlistadas en la sección III de este contrato.

Para efectos de esta póliza, las enfermedades y complicaciones que resulten de casos de iatrogenia o de complicaciones a los procedimientos realizados o a las enfermedades tratadas, se considerarán como parte del mismo evento que les dio origen.

HOSPITAL

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos

legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

IATROGENIA

Se refiere a toda alteración del estado del paciente producida por el médico. En ese sentido, es el acto médico que a pesar de haber sido realizado debidamente no ha conseguido la recuperación de la salud del paciente, debido al desarrollo lógico e inevitable de determinada patología.

INDEMNIZACIÓN QUIRÚRGICA

Se refiere al pago de la suma asegurada establecida en la caratula de póliza contratada, que realizará “La Aseguradora” y ocurre cuando se sujeta en la persona del Asegurado, alguna de las intervenciones quirúrgicas cubiertas en el presente contrato.

Y que si bien es cierto su propósito no es cubrir directamente y totalmente la realización de la intervención quirúrgica que experimente el asegurado, si puede ser de los gastos periféricos o derivados de la intervención quirúrgica.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas y que se hace a una persona abriendo y cortando el tejido u órgano dañado con los instrumentos quirúrgicos adecuados.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- i. Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- ii. Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad padecimiento de que se trate, podrá

solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- iii. Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Es aquel intervalo de tiempo, durante el cual queda suspendido y por tanto no operan los beneficios de este Contrato, por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza. Inicia al día siguiente del último día del plazo de gracia y termina cuando “La Aseguradora” acepta recibir el pago completo de la prima o fracción pactada. Las reclamaciones por enfermedades, padecimientos o procedimientos cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante este período, no quedarán cubiertos.

Al momento de originarse un período al descubierto, el Asegurado incluido en la póliza pierde la antigüedad que haya generado en “La Aseguradora”, debiendo cumplir nuevamente con los periodos de carencia de beneficio.

PERIODO DE CARENCIA DE BENEFICIO

Se define como el número de días no cubiertos por ésta póliza por cada padecimiento o procedimiento señalado en su catálogo. En dicho período el asegurado debe estar sin manifestación clínica.

Los padecimientos o procedimientos que ocurran o que sean diagnosticados antes o durante el período de carencia no serán cubiertos, considerándose éstas como preexistentes durante todo el período de vigencia de la póliza.

PLAZO DE GRACIA

Plazo que “La Aseguradora” concede al Asegurado para el pago de la prima o de su primera fracción, en caso de pago en parcialidades. Si dentro del plazo de gracia ocurriese el evento amparado, la Compañía pagará la suma asegurada correspondiente deduciendo la parte faltante de la prima anual vencida que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el plazo de gracia, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesarán automáticamente todos los efectos de este Contrato.

PRIMA

Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Asegurado y/o del Contratante.

PRIMER DIAGNÓSTICO

Se refiere al diagnóstico médico definitivo y a la confirmación por vez primera de uno de los padecimientos cubiertos por la póliza, enlistados en la sección III de este contrato.

RECIBO DE PAGO.

Es el documento en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago distinto, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida conforme se establece en la carátula de la póliza, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del comprobante de pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

El comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

RECLAMACION

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante “La Aseguradora”, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de Procedimientos Quirúrgicos y el primer diagnóstico de las enfermedades específicas cubiertas.

SIGNO

Cada una de las manifestaciones de una enfermedad o afectación por accidente que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

SINIESTRO

Realización de la eventualidad prevista por el presente Contrato que dé origen al pago de la indemnización cubierta.

SÍNTOMA

Fenómeno o anomalía subjetiva, que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza (Indica que algo está sucediendo o va a suceder).

SOLICITUD

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante.

SUMA ASEGURADA

Es la responsabilidad a cargo de La Compañía por pago de cada evento cubierto.

La suma asegurada que corresponda a cada integrante de la colectividad asegurada, no podrá ser superior a 3 veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, elevado al año, con independencia del período de pagos.

TERRITORIALIDAD

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza solo será aplicable dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento o procedimiento cubierto, de acuerdo a la Zona Geográfica o Región de Cotización.

VIGENCIA.

Este contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de póliza.

La vigencia de la póliza será anual con renovación automática, y solamente se podrá cancelar por aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima. La vigencia de la póliza podrá ser menor a un año, cuando se trate de:

- 1) Seguros cuyo pago de prima se realice junto con pagos periódicos de servicios o de productos adquiridos a plazo, y
- 2) Seguros cuyo pago de primas se efectúe con recursos provenientes de apoyos sociales de carácter gubernamental;

SECCIÓN III

PADECIMIENTOS O PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS

Los padecimientos o procedimientos aquí señalados podrán ser cubiertos en su totalidad o una selección de ellos, los cuales se enunciarán en la caratula de la póliza, cobrándose la prima correspondiente a los gastos cubiertos de

conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

APENDICECTOMIA

Extirpación quirúrgica del apéndice cecal que se lleva a cabo para el tratamiento de la inflamación del apéndice (apendicitis aguda) evidenciada y comprobada mediante estudios de laboratorio (estudios de sangre) y gabinete (radiografías, ultrasonido, TAC)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS

Es el procedimiento quirúrgico para dar tratamiento a una fractura, entendida como toda pérdida de la continuidad ósea (Huesos del Cuerpo) originada de una acción súbita, y fortuita de causa externa ajena a la voluntad del asegurado, demostrándose o comprobándose dicha FRACTURA mediante estudios de gabinete clínicamente justificados (Ejemplo: Rx ,o Resonancia Magnética) y que para la recuperación del asegurado sea necesaria una intervención quirúrgica. Si en un solo evento se producen diversas fracturas, se cubrirá únicamente la indemnización señalada en la carátula de la póliza.

NO SE CONSIDERARA COMO PARTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO NO SE INDEMNIZARAN LAS FRACTURAS QUE RESULTEN A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES COMO OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA NI CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD QUE SE DERIVE DE ALTERACIONES DE LA CAPTACION DE CALCIO POR EL CUERPO DEL ASEGURADO, INDEPENDIENTEMENTE DE SUS CAUSAS U ORIGENES, INCLUYENDO LAS DERIVADAS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

NO QUEDAN CUBIERTAS LAS FRACTURAS DE NARIZ NI AQUELLAS INTERVENCIONES PRACTICADAS CON FINES ESTÉTICOS.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LITIASIS RENAL Y DE VIAS URINARIAS

Es el procedimiento quirúrgico, ya sea por cirugía convencional o endoscópica, para el tratamiento de la obstrucción parcial o total de las estructuras urinarias (Riñón y Uretero), por la presencia de litos (piedras) de cualquier índole, demostrada y comprobada mediante estudios de gabinete que revelen fehacientemente la presencia de dichas piedras en alguna de las estructuras urinarias señaladas previamente.

Queda excluida de esta cobertura y no se considerará como parte de ella la litotripsia extracorpórea.

La indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

CÁNCER GÁSTRICO, DE PULMÓN, DE COLON, PANCREÁTICO, PRÓSTATICO, DE MAMA Y CERVICOUTERINO

Diagnóstico, efectuado por un médico oncólogo, de un tumor maligno caracterizado por crecimiento incontrolado y extensión de células malignas, con invasión del tejido normal y que se demuestren o comprueben mediante estudios de imagenología (ultrasonido o tomografía) e histopatología plenamente identificados con nombre del paciente y fecha de realización del estudio.

Esta indemnización no aplica si el primer diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Primer diagnóstico definitivo de infarto agudo del miocardio: muerte del músculo cardíaco producida por obstrucción al suministro de sangre.

El diagnóstico debe ser confirmado por la elevación y descenso típicos de los marcadores cardíacos en sangre, más uno de los siguientes hallazgos:

- Signos y síntomas cardíacos agudos compatibles con infarto cardíaco
- Nuevos cambios electrocardiográficos, con aparición de: elevación o depresión del segmento ST, inversión de la onda T, ondas Q patológicas o bloqueo de la rama izquierda del haz de His.

El diagnóstico deberá comprobarse mediante resumen médico acompañado del trazo electrocardiográfico respectivo y los resultados de los marcadores cardíacos.

Se excluyen otros síndromes coronarios agudos, incluyendo pero no limitado a angina inestable.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

PROSTATECTOMIA

Extirpación o resección quirúrgica parcial o total de la próstata derivada del crecimiento o hipertrofia benigna de la próstata que condiciona alteración en el flujo urinario por obstrucción parcial o total de la uretra en su región prostática, la cual, una vez diagnosticada por exploración física, deberá comprobarse mediante estudios de imagenología (ultrasonido o TAC) plenamente identificados con nombre del paciente y fecha de realización, así como estudios de laboratorio (antígeno prostático).

Queda excluida la resección total o parcial de la próstata derivada de cáncer de próstata.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

HISTERECTOMIA

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de múltiples enfermedades del sistema reproductivo femenino, mediante el cual se extirpa el útero con o sin anexos como ovarios, trompas de Falopio o cuello uterino, justificado y comprobado mediante resumen clínico de médico oncólogo sobre la enfermedad que condiciona dicho procedimiento así como informe de estudio histopatológico, ambos plenamente identificados con nombre de la asegurada y fecha de realización del procedimiento.

Queda excluida la histerectomía con o sin anexos, derivada de cáncer cervico uterino.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

COLECISTECTOMÍA

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de la presencia de piedras (litos) en la vesícula biliar o en los conductos biliares y que origina obstrucción del paso de la bilis al intestino y cambios inflamatorios de dichas estructuras, que amerite resolución quirúrgica y que se demuestre o compruebe mediante estudios de imagenología (como ultrasonido) plenamente identificados con el nombre del asegurado y fecha de realización del procedimiento, así como el reporte del estudio de histopatológico.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE DIVERTICULOS DEL COLON

Es el procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo para el tratamiento de los divertículos del colon, que son pequeñas bolsas o sacos que sobresalen en la pared del intestino grueso y que a menudo se inflaman, se infectan o sufren otras complicaciones. El tratamiento quirúrgico implica usualmente la resección de una parte del colon. Se diagnostican clínicamente y se demuestran o comprueban mediante estudios de imagen (Rx, TAC o colonoscopia) plenamente identificados con nombre del asegurado y fecha de realización.

NO QUEDA CUBIERTO EL TRATAMIENTO MEDICO CONSERVADOR DE LOS DIVERTICULOS, NI NINGUN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO INTESTINAL QUE NO SEA EXPRESAMENTE PRACTICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

HERNIOPLASTIA INGUINAL

Es el procedimiento quirúrgico empleado para la reparación de una hernia o protrusión del contenido intestinal a causa de un defecto de la pared abdominal a nivel de las ingles.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

SAFENECTOMIA

Es el procedimiento quirúrgico para la extirpación de una vena safena y que se emplea para el tratamiento de las várices, caracterizadas por dilatación y tortuosidad de las venas, que se diagnostican clínicamente y mediante estudios de imagen.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

ADENOAMIGDALECTOMÍA

Es el procedimiento quirúrgico para la extirpación de las amígdalas y/o de las adenoides y que se emplea en el tratamiento de la inflamación crónica o aguda de las amígdalas palatinas y las adenoides, causada por agentes infecciosos, que se diagnostica clínicamente. Deberá comprobarse mediante resumen médico identificado con fecha y nombre del asegurado.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

HEMORROIDECTOMÍA , FISURECTOMÍA Y FISTULECTOMÍA

Son procedimientos quirúrgicos utilizados para extirpar venas inflamadas alrededor del ano, extirpar trayectos fistulosos a nivel del ano o extirpar fisuras anales, respectivamente, que se diagnostican clínicamente y que se comprueban mediante estudios de laboratorio o de imagen (ultrasonido, TAC, endoscopía o radiografías). Deberá comprobarse mediante resumen médico identificado con fecha y nombre del asegurado.

Esta indemnización no aplica si el diagnóstico ocurre o se establece antes o durante el periodo de carencia de beneficio indicado en las condiciones de póliza.

SECCIÓN IV

CLÁUSULAS GENERALES

I. CONTRATO.

Forman parte de este contrato la solicitud de seguro, esta póliza, los consentimientos-certificados individuales, el registro de asegurados y los endosos que lleve anexos, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y Seguros Atlas, S.A. en adelante “La Compañía”.

II. COBERTURA

“La Compañía” se obliga a pagar al contratante de esta póliza o a su beneficiario la **suma asegurada contratada** que corresponda por la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por la práctica de un procedimiento quirúrgico específicamente señalado en el catálogo mostrado en la carátula del consentimiento-certificado bajo el rubro de “intervenciones quirúrgicas cubiertas”, a cualquiera de los miembros asegurados en esta póliza. La indemnización se pagará al asegurado titular de cada certificado o en su defecto a su beneficiario que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual y se efectuará por una sola ocasión por procedimiento cubierto en relación a cada asegurado. La indemnización procederá siempre y cuando tanto la programación de la intervención quirúrgica, así como la intervención misma, hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y posteriormente al periodo de carencia especificado dentro del catálogo.
2. Por los gastos funerarios de los asegurados con motivo de su fallecimiento a consecuencia de la práctica de alguna de las intervenciones quirúrgica amparadas o como consecuencia de complicaciones derivadas de esta y durante la misma, siempre que estos eventos ocurran en la vigencia de la póliza y en los términos del presente contrato. El pago de la suma asegura se hará al asegurado titular con motivo del fallecimiento cubierto de algún miembro de la familia asegurada; si ocurre el fallecimiento del asegurado titular, la indemnización se pagará al beneficiario que este último haya nombrado en el consentimiento-certificado individual.
3. Como consecuencia de que cualquiera de los miembros asegurados, haya sido diagnosticado por vez primera, de alguno de los padecimientos indicados bajo el rubro “padecimientos cubiertos” en el catálogo mostrado en el consentimiento-certificado individual, en estos casos, la indemnización se efectuará una sola vez, sin cubrirse eventos subsecuentes y se pagará al asegurado titular de cada certificado o en su defecto a su beneficiario que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual.

La indemnización será única por evento y por asegurado, sin poder acumular pólizas de este mismo producto.

El asegurado acepta y reconoce expresamente que La Compañía no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a la indicada en el catálogo de intervenciones y padecimientos cubiertos.

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos al Asegurado Titular o, su beneficiario que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual, en las oficinas de La Compañía dentro de los 5 días hábiles a la fecha que se reciban todas los documentos que fundamenten la indemnización que La Compañía haya solicitado, de acuerdo a lo citado en la cláusula Comprobación del evento cubierto los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar de la Institución la suma asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

La Compañía tendrá el derecho a solicitar al asegurado o beneficiario toda información o documentos relacionados con el siniestro.

III. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones, (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro) este derecho se hace extensivo al Contratante.

IV. MODIFICACIONES

Las condiciones Generales de la Póliza, sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, lo cual deberá constar por escrito mediante endosos o cláusulas previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada de la Compañía, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

V. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del contratante y/o asegurado a la Compañía, o de está al contratante y/o asegurado y/o beneficiario(s), deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

VI. VIGENCIA DEL CONTRATO

Este contrato tendrá vigencia durante el período de seguro pactado que aparece en la carátula de esta póliza.

VII. OTRAS OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

El contratante se obliga a:

- a) Solicitar seguro para todas aquellas personas que al momento de la expedición de esta póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad Asegurada definido en esta póliza, entregando la Compañía el consentimiento del asegurado.
- b) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada en un plazo máximo de treinta días, remitiendo los consentimientos respectivos.
- c) Comunicar en un plazo máximo de treinta días, las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada.
- d) Comunicar a Seguros Atlas, S.A. cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones de riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas. Si el contratante omite el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesaran de pleno derecho las obligaciones de Seguros Atlas, S.A.
- e) El contratante este se obliga a recibir los certificados para su entrega a los asegurados.
- f) Recabar todos los consentimientos individuales totalmente requisitados y devolverlos a la compañía.
- g) Cuando exista contribución por parte del asegurado para el pago de la prima y el único pagador sea el contratante, esté ultimo será el responsable de recibir y devolver al asegurado la proporción de la prima con la que contribuyo al pago de la prima en los términos en que se haya establecido en la presente póliza.

VIII. REGISTRO DE ASEGURADOS

El Contratante entregará a la Compañía el registro de asegurados, y anotará las altas y bajas en la copia que conserve, enviando a la Compañía una relación que formará parte integrante del propio registro, en el entendido que los asegurados que no aparezcan en esa relación serán dados de baja de pleno derecho de la colectividad asegurable, por así convenirlo las partes.

IX. INGRESOS AL GRUPO ASEGURADO.

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Esto tendrá verificativo únicamente, con el listado de asegurados que proporcione el Contratante a “La Compañía “

X. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado

individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta de riesgo no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, al contratante. Las bajas de pleno derecho tendrán verificativo con la no inclusión de aquellas personas que no desean continuar en la póliza, esto es bajo estricta responsabilidad del Contratante.

XI. AVISO

En cuanto el Asegurado y/o beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de Seguro, deberá ponerlo en conocimiento de **La Aseguradora, en un plazo máximo de 5 días hábiles, mediante aviso por escrito a La Aseguradora**, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto como cese uno u otro.

XII. COMPROBACION DEL EVENTO CUBIERTO

La Aseguradora tiene derecho a solicitar toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- i. El consentimiento-Certificado.
- ii. Formato de reclamación totalmente y debidamente llenado.
- iii. Identificación oficial del Asegurado afectado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- iv. Identificación oficial del Asegurado titular.
- v. El resumen clínico de la institución hospitalaria con nombre completo del paciente y diagnóstico.
- vi. Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.
- vii. En caso de fallecimiento, nota operatoria ratificando muerte en quirófano y el acta de defunción correspondiente.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los **dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen**, La Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Aseguradora no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

El pago de la indemnización deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación siempre que la misma esté debidamente integrada.

XIII. PRUEBAS

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

Cuando La Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico anteriormente a la fecha de Vigencia de la póliza, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

En caso de que La Aseguradora notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y La Aseguradora, para un arbitraje privado.

La Aseguradora acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por La Aseguradora quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral.

El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por La Aseguradora.

XIV. PRIMAS

El monto de la Prima de esta póliza será la que corresponda a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período de seguro de cada Asegurado. En cada renovación, "La Aseguradora" podrá modificar la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados que haya tenido en los periodos de seguro, de acuerdo al procedimiento registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El Contratante se obliga a pagar anualmente, en el domicilio de la Institución, el importe total de la prima. Si los miembros del grupo contribuyen a dicho pago, el Contratante recibirá de ellos la parte correspondiente.

El contratante, en cualquier aniversario de la póliza puede optar por el pago fraccionado de la prima anual mediante exhibiciones mensuales, trimestrales, semestrales o mensuales, en cuyo caso se cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que las partes hayan pactado, señaladas

en la carátula de la póliza. Las exhibiciones correspondientes se pagarán al inicio de cada periodo, según sea el caso.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago distinto, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida en la carátula de la póliza, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice la Compañía, a cambio del comprobante de pago correspondiente; en este último caso, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

Cuando los Asegurados contribuyan al pago de las primas del Seguro y exista por cualquier causa un saldo o monto a favor de quienes pagaron las primas, la Institución cumplirá con su obligación de devolver dichos montos, entregándoselos al Contratante, junto con una relación de la cantidad que le corresponde a cada Asegurado. El Contratante se obliga a distribuir a los Asegurados las cantidades que les corresponda en los términos indicados por la Institución. De igual forma, si al término de la vigencia de la póliza existieren saldos a favor de la “La Compañía” el contratante se obliga para con esta a cubrirlos una vez que se hayan realizado las conciliaciones correspondientes.

XV. PLAZO DE GRACIA

El Contratante dispondrá de treinta días naturales para el pago de la prima; en caso de seguros con periodicidad menor a un año, dicho periodo de gracia podrá ajustarse proporcionalmente a la vigencia de la póliza.

XVI. RENOVACIÓN

La vigencia de la póliza será anual con renovación automática, y solamente se podrá cancelar por aviso del contratante o del asegurado con treinta días naturales de anticipación o por falta de pago de la prima. La vigencia de la póliza podrá ser menor a un año, cuando se trate de seguros cuyo pago de prima se realice junto con pagos periódicos de servicios o de productos adquiridos a plazo, seguros cuyo pago de prima se realice como parte de operaciones de captación de recursos que se realicen conforme a lo previsto en el artículo 4 Bis de la Ley de Ahorro y Crédito Popular, así como seguros cuyo pago de primas se efectúe con recursos provenientes de apoyos sociales de carácter gubernamental.

XVII. AJUSTE POR MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

En el caso de altas de Asegurados, La Compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de Asegurados, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta de riesgo no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, al contratante.

En el caso de bajas de Asegurados que hayan sido indemnizados durante la vigencia de la póliza, no procederá la devolución de primas.

XVIII. BENEFICIARIOS

En caso de que se nombre 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.

XIX. EDAD

La Compañía aceptará el ingreso en el caso asegurado titular y su cónyuge cuya edad sea como mínimo 15 años y hasta 64 de edad, esta edad se ampliará en los casos de renovación ininterrumpida de la póliza hasta los 69 años de edad. Para los hijos del asegurado titular se aceptarán desde el primer día de nacidos hasta los 24 años de edad.

XX. INEXACTA DECLARACIÓN DE EDAD

En caso de que la edad real de un asegurado, en la fecha de su ingreso o renovación de la póliza, sea mayor a los límites establecidos, se dará de baja el asegurado y se devolverá la reserva matemática del contrato en la fecha de su baja.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los Asegurados y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, pruebas fehacientes que demuestren o comprueben la fecha de nacimiento de los Asegurados. Una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

XXI. RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o Asegurado tienen la obligación de notificar a la Aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

Si el Asegurado permanece en el extranjero por más de tres meses continuos, deberá informar previamente a la Aseguradora.

Si el Asegurado no cumple con esta disposición o excede el término mencionado, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

La Aseguradora podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

XXII. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del 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.

XXIII. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al asegurado o al beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

XXIV. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones, solicitudes o avisos que el contratante necesite hacer a la compañía, deberá efectuarlos por escrito dirigido a sus oficinas en la Ciudad de México, DF o en sus oficinas de representación en el interior de la República. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de la compañía excepto que ésta se lo indicare al contratante. Las comunicaciones de la compañía para el contratante se harán en igual forma en el último domicilio del contratante que fuere conocido por la compañía.

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 140 de la Ley General De Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del día catorce de mayo del dos mil cuatro, el Asegurado y/o el Contratante deberá proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos.

XXV. COMISIONES

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

XXVI. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

XXVII. RÉGIMEN FISCAL

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

XXVIII. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO (esta cláusula opera solamente para el caso de falsedad de la declaración de salud del asegurado)

Los Asegurados están obligados a declarar a Seguros Atlas, mediante la declaración de salud que aparece en la consentimiento-certificado (solicitud), para la apreciación del riesgo que influyen en las condiciones convenidas, tal y como conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

En caso de siniestro, las obligaciones de Seguros Atlas quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran falsamente (declaración de salud) y 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 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

SECCIÓN V

EXCLUSIONES

Esta póliza **NO INDEMNIZARÁ** gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos, ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

1. Padecimientos Preexistentes, conforme a la definición de éste contrato.
2. Cualquier tipo de tratamiento que se utilice con fines diagnósticos y no sea de tipo correctivo o terapéutico.
3. Enfermedades, Padecimientos o Procedimientos no cubiertos en forma explícita por este Contrato de Seguro.
4. Cualquier enfermedad o accidente, cuyos síntomas o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier período al descubierto, periodo de carencia de beneficio, de acuerdo a las presentes condiciones, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho período, independientemente a sus causas u orígenes las cuales incluyen accidentes.
5. Enfermedades y/o accidentes, originados por culpa grave del asegurado a consecuencia del alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción. Se considera intoxicación etílica, a partir de 9gr/DL (sangre). En todos los casos se deberá presentar examen de sangre que corrobore o descarte la intoxicación.
6. Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica, quedando liberada “La Aseguradora” cuando este que sean por culpa grave del Asegurado.
7. Enfermedades, lesiones o accidentes resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental, quedando liberada “La Aseguradora” cuando este que sean por culpa grave del Asegurado.
8. Enfermedades, lesiones o padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales, cometidos por el Asegurado y aquellos derivados de riñas, en que el Asegurado haya participado directamente siempre y cuando sea el provocador.
9. Las enfermedades, lesiones o padecimientos de cualquier clase que el Asegurado sufra por el servicio militar, así como de la participación del Asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
10. Lesiones o padecimientos originados por participar en actividades militares o en actos de guerra, rebelión o insurrección o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares.
11. Lesiones o padecimientos, originados mientras el Asegurado esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.
12. Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.

Cláusula 40. ARTICULOS DEL 17 AL 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

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

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

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

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

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

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

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

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

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

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

PRINCIPALES CLAUSULAS DE LA PÓLIZA

PADECIMIENTOS O PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS

Los padecimientos o procedimientos aquí señalados podrán ser cubiertos en su totalidad o una selección de ellos, los cuales se enunciarán en la caratula de la póliza, cobrándose la prima correspondiente a los gastos cubiertos de conformidad con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

COBERTURA

“La Compañía” se obliga a pagar al contratante de esta póliza o a su beneficiario la **suma asegurada contratada** que corresponda por la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por la práctica de un procedimiento quirúrgico específicamente señalado en el catálogo mostrado en la carátula del consentimiento-certificado bajo el rubro de “intervenciones quirúrgicas cubiertas”, a cualquiera de los miembros asegurados en esta póliza. La indemnización se pagará al asegurado titular de cada certificado o en su defecto a su beneficiario que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual y se efectuará por una sola ocasión por procedimiento cubierto en relación a cada asegurado. La indemnización procederá siempre y cuando tanto la programación de la intervención quirúrgica, así como la intervención misma, hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y posteriormente al periodo de carencia especificado dentro del catálogo.
2. Por los gastos funerarios de los asegurados con motivo de su fallecimiento a consecuencia de la práctica de alguna de las intervenciones quirúrgica amparadas o como consecuencia de complicaciones derivadas de esta y durante la misma, siempre que estos eventos ocurran en la vigencia de la póliza y en los términos del presente contrato. El pago de la suma asegura se hará al asegurado titular con motivo del fallecimiento cubierto de algún miembro de la familia asegurada; si ocurre el fallecimiento del asegurado titular, la indemnización se pagará al beneficiario que este último haya nombrado en el consentimiento-certificado individual.
3. Como consecuencia de que cualquiera de los miembros asegurados, haya sido diagnosticado por vez primera, de alguno de los padecimientos indicados bajo el rubro “padecimientos cubiertos” en el catálogo mostrado en el consentimiento-certificado individual, en estos casos, la indemnización se efectuará una sola vez, sin cubrirse eventos subsecuentes y se pagará al asegurado titular de cada certificado o en su defecto a su beneficiario que para tal efecto haya instituido y aparezca en el consentimiento-certificado individual.

La indemnización será única por evento y por asegurado, sin poder acumular pólizas de este mismo producto.

EDAD

La Compañía aceptará el ingreso en el caso asegurado titular y su cónyuge cuya edad sea como mínimo 15 años y hasta 64 de edad, esta edad se ampliará en los casos de renovación ininterrumpida de la póliza hasta los 69 años de edad. Para los hijos del asegurado titular se aceptaran desde el primer día de nacidos hasta los 24 años edad.

BENEFICIARIOS

En caso de que se nombre 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.

COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven del 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.

COMPROBACION DEL EVENTO CUBIERTO

La Aseguradora tiene derecho a solicitar toda clase de información y documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

- i. El consentimiento-Certificado.
- ii. Formato de reclamación totalmente y debidamente llenado.
- iii. Identificación oficial del Asegurado afectado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.
- iv. Identificación oficial del Asegurado titular.

v.El resumen clínico de la institución hospitalaria con nombre completo del paciente y diagnóstico.

vi.Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

vii.En caso de fallecimiento, nota operatoria ratificando muerte en quirófano y el acta de defunción correspondiente.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los **dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen**, La Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que La Aseguradora no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

El pago de la indemnización deberá efectuarse dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación siempre que la misma esté debidamente integrada.

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al asegurado o al beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS).

ARTICULOS DEL 17 AL 21 DEL REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

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

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

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

asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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

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

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

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

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades”.

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

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36- A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0023-0337-2012 de fecha 09/11/2012.”