

CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES INDIVIDUAL O FAMILIAR

SECCION I. Definiciones.

Con el fin de interpretar las condiciones particulares, generales y/o especiales estipuladas en esta póliza a continuación se precisan las siguientes definiciones:

1. Accidente.

Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce la muerte o lesiones en la persona.

2. Accidente cubierto.

Quedará cubierta toda lesión corporal sufrida por el asegurado a consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de esta póliza, siempre y cuando la atención médica sea dentro de los primeros 90 días de ocurrido el accidente, fuera de este período se considerará como enfermedad.

Son materia de esta póliza sólo los accidentes que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

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

No se consideran como accidente cubierto las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el asegurado o sus dependientes económicos y los expresamente excluidos en esta póliza.

3. Asegurado titular.

Es aquella persona para la cual en primera instancia, se solicita la cobertura.

Cuando el asegurado sea menor de edad, toda información requerida en relación al mismo deberá ser firmada por el padre ó tutor.

4. Coaseguro.

Es la cantidad que resulta de aplicar un porcentaje convenido al total de los gastos procedentes, después de aplicar el deducible, la cual quedará a cargo del asegurado.

5. Contratante.

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

6. Costo Usual Acostumbrado.

Son las tarifas o cargos normales efectuados por la mayoría de los proveedores para el mismo servicio médico en un área geográfica, los cuales quedan referidos en el Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas CUA.

7. Deducible.

Es la cantidad fija a cargo del asegurado por cada siniestro.

8. Dependientes económicos.

Se consideran dependientes económicos del asegurado titular: a su cónyuge y a los hijos de ambos que sean: solteros, menores de 25 años y que no obtengan ingreso por trabajo personal.

9. Endoso.

Documento que modifica: bases, términos y condiciones de esta póliza y forma parte de ésta última.

10. Enfermedad.

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

11. Enfermedad cubierta.

Quedará cubierta toda enfermedad cuyos síntomas o diagnóstico se presenten durante la vigencia de esta póliza, excepto las específicamente excluidas.

Son materia de esta póliza sólo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

12. Enfermedad congénita.

Padecimiento con que se nace o que se contrae en el útero.

13. Enfermera.

Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser enfermera general o especializada.

14. Familia asegurada.

El asegurado titular y sus dependientes económicos amparados por esta póliza.

15. Gastos médicos cubiertos.

Aquellos gastos en los que incurre el asegurado, médicamente prescritos y que sean necesarios e indispensables para la atención o tratamiento de un padecimiento cubierto.

16. Hospital o sanatorio.

Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.

17. Hospitalización.

Es la estancia continua mayor de 24 horas en un hospital o sanatorio, siempre y cuando el asegurado sea clasificado como paciente interno.

18. Hospitalización por cirugía ambulatoria.

Es aquel caso en que el asegurado ingresa al hospital o sanatorio, para un procedimiento quirúrgico de corta estancia, es decir, de menos de 24 horas.

19. Médico.

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina y que no sea familiar directo del asegurado pudiendo ser: Médico general, especialista, cirujano u homeópata.

20. Padecimientos.

Término genérico para referirse a una enfermedad o accidente.

21. Pago directo.

Proceso mediante el cual el asegurado recibe atención de médicos y hospitales en convenio con Seguros Atlas, S.A., el pago de las cantidades cubiertas es realizado directamente por Seguros Atlas, S.A. y queda a cargo del asegurado: el deducible, el coaseguro y los gastos no amparados por esta póliza.

La relación Médico-Paciente es responsabilidad del propio asegurado por lo que Seguros Atlas, S.A., solo otorga la facilidad del pago directo pero no asume la responsabilidad por el servicio recibido.

22. Póliza de seguro.

Documento que hace constar el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que, de forma general, particular o especial, regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas, S.A. y el asegurado o contratante.

23. Preexistencia.

Es aquella condición de los padecimientos que en fecha anterior al inicio de la vigencia de esta póliza:

- a) Hayan sido diagnosticados por un médico.*
- b) Hayan sido aparentes a la vista.*
- c) Fueren de los que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidos.*
- d) Haya sido erogado algún gasto, por su atención médica o quirúrgica.*

En casos de controversia sobre considerar si un padecimiento es preexistente, las partes convienen en someterse a un arbitraje médico para resolver lo que en su caso proceda.

24. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios en convenio.

Médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos o gabinetes clínicos, que trabajan en convenio con Seguros Atlas, S.A. y que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio de pago directo o bien, un descuento preestablecido, según catalogo de prestadores anexo a esta póliza.

25. Reembolso.

Proceso mediante el cual el asegurado recibe atención de médicos y hospitales que no estén bajo convenio y el pago de las cantidades cubiertas es realizado por el asegurado, posteriormente deberá presentar la documentación a Seguros Atlas, S.A. para que le sean reembolsados los gastos efectuados, en caso de que el accidente o enfermedad esta bajo cobertura de esta póliza.

26. Siniestro.

La ocurrencia de cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización.

27. Suma asegurada.

Límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas, S.A. por cada asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la carátula, cuadro de especificaciones, endosos, condiciones generales y especiales de esta póliza, para cada cobertura.

28. Tarjeta de identificación.

Tarjeta que se entrega al titular y a los dependientes económicos en su caso, la cual les servirá como identificación ante nuestros prestadores de servicios médicos u hospitalarios en convenio.

SECCION II. Cláusulas.

Cláusula 1. CONTRATO.

Forman parte de este contrato la solicitud de seguro, esta póliza, el cuadro de especificaciones, los endosos que lleve anexos y el registro de asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y Seguros Atlas, S.A..

Cláusula 2. VIGENCIA.

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

Cláusula 3. DOMICILIO.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente seguro, deberá hacerse a Seguros Atlas, S.A. por escrito, en su domicilio indicado en la carátula de esta póliza.

Cláusula 4. TERRITORIALIDAD.

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de los Estados Unidos Mexicanos, a consecuencia de un padecimiento cubierto.

Cláusula 5. COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso deberá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en los términos de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, si dicho organismo no es designado árbitro, podrá acudir a los tribunales competentes de la Jurisdicción a la que corresponda el domicilio de Seguros Atlas, S.A..

Cláusula 6. PRESCRIPCION.

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros.

Cláusula 7. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

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

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a Seguros Atlas, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Cláusula 8. OTROS SEGUROS.

El contratante tiene obligación de dar aviso por escrito a Seguros Atlas, S.A. sobre todo seguro que contrate o haya contratado, cubriendo a las mismas personas, contra los mismos riesgos, indicando además, el nombre de las demás compañías aseguradoras y las sumas aseguradas.

Si el asegurado omitiere intencionalmente el aviso de que se trata esta cláusula o si contratara los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, Seguros Atlas, S.A. quedará liberada de sus obligaciones.

Cláusula 9. MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del contratante y/o asegurado a Seguros Atlas, S.A., 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 época del pago.

Cláusula 10. PRIMAS.

La suma de las primas correspondientes a cada miembro de la familia asegurada de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de cada período del seguro, la edad alcanzada y el sexo mas los gastos de expedición, constituyen la prima de esta póliza.

La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y cubre el período de seguro contratado.

La forma de pago será la que se establezca en la carátula de esta póliza. Si el contratante ha optado por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por períodos de igual duración no inferiores a un mes, con vencimiento al inicio de cada período pactado y se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado en la fecha de celebración del contrato.

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago en parcialidades dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a 3 días ni mayor a 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, mismo que aparecerá en la carátula de esta póliza, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día de ese plazo.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prima convenida debe ser pagada en las oficinas de Seguros Atlas, S.A., contra entrega del recibo correspondiente.

Cláusula 11. ARTICULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

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.

Este derecho se hace extensivo al contratante.

Cláusula 12. MODIFICACIONES.

Las condiciones generales de esta póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre Seguros Atlas, S.A. y el contratante, haciéndose constar mediante cláusulas o endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por Seguros Atlas, S.A., carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cláusula 13. ALTAS EN LA FAMILIA ASEGURADA.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en la definición de dependientes económicos, deberá ser incluida en la cobertura de la presente póliza mediante la solicitud del contratante y aceptación de Seguros Atlas, S.A. conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Si el cónyuge del asegurado es considerado como dependiente de éste, los hijos del matrimonio nacidos durante la vigencia de esta póliza serán amparados desde la fecha de su nacimiento, sin más requisitos que la solicitud por escrito de su alta dentro de los 30 días, siguientes al día de su nacimiento. En caso contrario, su inclusión quedará sujeta a la aceptación por parte de Seguros Atlas, S.A. conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso se requieran.

Cláusula 14. BAJAS EN LA FAMILIA ASEGURADA.

Causarán baja de la cobertura de ésta póliza cualquier asegurado que fallezca o:

- a) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular.
- b) Siendo hijo; contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular

Cláusula 15. REHABILITACION.

No obstante lo establecido en la cláusula de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de su póliza después del periodo de gracia convenido, a que se refiere dicha cláusula.

Seguros Atlas, S.A. podrá rehabilitar esta póliza siempre y cuando se cumplan tanto los requisitos de asegurabilidad como sus políticas de aceptación y rehabilitación. Una vez que Seguros Atlas, S.A. acepte el riesgo rehabilitará esta póliza y fijará la prima que corresponda o la parcialidad de ella si se pactó su pago fraccionado.

Cláusula 16. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO.

El contratante podrá dar por terminado el presente contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 15 días anteriores a la fecha en que cesará el contrato.

Dado el caso, el contratante tendrá derecho a recuperar hasta el 60% de la prima neta pagada no devengada.

En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

Cláusula 17. RENOVACION.

El contratante tendrá derecho a renovar esta póliza, siempre y cuando lo solicite por escrito a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 30 días anteriores a la fecha de término de vigencia.

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

Se considerará fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación al dependiente que:

- a) Siendo cónyuge se separe legalmente del titular y/o cumpla 70 años de edad.
- b) Siendo hijo,- contraiga matrimonio, cumpla 25 años de edad, obtenga ingresos por trabajo personal o deje de depender económicamente del titular

Seguros Atlas, S.A. podrá modificar en cada renovación la tarifa aplicable de acuerdo con los resultados que haya tenido la familia asegurada en los periodos del seguro, siempre y cuando el procedimiento esté apegado a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cláusula 18. PERIODO DE ESPERA.

La eventualidad por concepto de enfermedad queda cubierta después de transcurridos 30 días a partir de la fecha de: inicio de vigencia de esta póliza, última rehabilitación o alta del asegurado, la que resulta posterior.

Esta cláusula no aplicará cuando el asegurado tenga una fecha de antigüedad reconocida anterior al inicio de vigencia de esta póliza.

Cláusula 19. AVISO

Cualquier enfermedad o accidente que pueda ser motivo de indemnización deberá ser notificado a Seguros Atlas, S.A. dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación.

En caso de falta de este aviso, Seguros Atlas, S.A. estará facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

Cláusula 20. PRUEBAS.

Además de las formas de declaración que Seguros Atlas, S.A. proporcione al reclamante, este presentará todas las pruebas de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella, tales como comprobantes, notas,

facturas, recetas, etc., dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el reclamante erogue dichos gastos.

Cláusula 21. COMPROBACION.

Seguros Atlas, S.A. se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación.

La obstaculización por parte del contratante, asegurado o sus dependientes económicos, para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a Seguros Atlas, S.A. de cualquier obligación.

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 69 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cláusula 22. HOSPITALES O SANATORIOS DE BENEFICENCIA.

Seguros Atlas, S.A. no reembolsará al reclamante ningún pago, gasto o donativo que haya efectuado a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración.

Cláusula 23. EDAD.

a) Límites de aceptación.

La edad máxima de aceptación es a los 64 años, renovación a los 69 años y la cancelación será a los 70 años.

b) Comprobación.

Seguros Atlas, S.A. 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, S.A. hará la anotación respectiva y no podrá pedir nuevas pruebas.

c) Ajuste de indemnización.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del asegurado se estuviera pagando prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de Seguros Atlas, S.A. para ese asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, Seguros Atlas, S.A. está obligada a reembolsar la diferencia entre la prima pagada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato, las primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad.

d) Recuperación.

Si Seguros Atlas, S.A. hubiere pagado alguna indemnización, al descubrirse la edad del asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del primer párrafo del inciso c) anterior, incluyendo los intereses respectivos.

Cláusula 24. APLICACION DE LIMITES, DEDUCIBLES Y COASEGURO.

a) Por enfermedad.

Cuando el asegurado presente una reclamación por enfermedad cubierta, se agruparán los gastos cubiertos por enfermedad, se descontará la cantidad del deducible y después, de la cifra obtenida se restará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje de coaseguro a cargo de cada asegurado.

Los totales por cada concepto se someterán a los límites específicos establecidos en esta póliza. No será cubierto el excedente de la acumulación de dichos totales ya ajustados a los límites específicos sobre la suma asegurada contratada.

Para aquellas coberturas limitadas a cierto monto de Suma Asegurada, en caso de siniestro, se procederá en el siguiente orden:

- 1) Se sumarán todos los gastos procedentes.

- 2) Se aplicará el deducible que corresponde.
- 3) Se aplicará el coaseguro que corresponde.
- 4) Del monto resultante se pagará hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada para esa cobertura.

Deducible por familia.

Cuando dos o más miembros de la familia asegurada sufran una misma enfermedad con un período de diferencia de hasta 30 días contados a partir de la fecha en que inició la primera enfermedad, se aplicará un solo deducible.

b) Por accidente.

Salvo pacto en contrario, en caso de que el asegurado presente una reclamación por accidente, no se cobrará ni el deducible ni el coaseguro, es decir, que se reembolsará el 100% de los gastos procedentes después de ajustarlos a los límites establecidos en el contrato.

Cláusula 25. IMPUESTOS.

El pago de impuesto al valor agregado correspondiente a los gastos médicos reembolsados, será cubierto por Seguros Atlas, S.A.. Cualquier otro tipo de impuesto quedará a cargo del asegurado.

Cláusula 26. DEDUCCIONES.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización de acuerdo al Artículo 33 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Cláusula 27. PLAZO PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Seguros Atlas, S.A. pagará al asegurado, o a quien corresponda, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba todas las pruebas que fundamenten la reclamación.

Cláusula 28. PERIODO DE BENEFICIO.

El período de beneficio terminará respecto a cada uno de los asegurados, sin responsabilidad alguna para Seguros Atlas, S.A. al ocurrir cualquiera de los siguientes casos:

- a) La cobertura por cada miembro de la familia asegurada no se encuentre vigente en Seguros Atlas, S.A.*
- b) Los gastos erogados a consecuencia de un accidente o enfermedad cubiertos, agoten la Suma Asegurada contratada.*
- c) Transcurridos 30 días a partir de la fecha de fin de vigencia o cancelación de esta póliza.*

Si el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica u hospitalaria al momento de finalizar su vigencia o cancelar esta póliza, se le pagarán los gastos de dicha atención hasta su terminación, o por 30 días posteriores a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación de esta póliza, lo que ocurra primero.

Cláusula 29. INDEMNIZACION POR MORA.

Si Seguros Atlas, S.A. no cumple con sus obligaciones bajo este contrato deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Cláusula 30. SUMA ASEGURADA APLICABLE AL SINIESTRO.

Si la suma asegurada de esta póliza no fue contratada como una cantidad fija en pesos, la suma asegurada aplicable al siniestro quedará determinada por la cantidad fija equivalente que resulte en la fecha en que haya sido erogado el primer gasto, aún cuando su importe sea inferior al deducible. Una vez determinada dicha suma, permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al siniestro.

Cláusula 31. REINSTALACION DE SUMA ASEGURADA.

Cuando la suma asegurada para un asegurado se agote a consecuencia de la realización de una enfermedad o un accidente cubierto, dicha suma asegurada se encontrará disponible por un tanto más para cubrir otro padecimiento nuevo.

Cláusula 32. GASTOS EN MONEDA EXTRANJERA.

En caso de que los gastos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda de acuerdo a las

condiciones de esta póliza, se efectuará en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana vigente al día en que se efectúen los pagos, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación.

NOTA: *Queda sin efecto para pólizas con suma asegurada sin límite lo especificado en:*

**Cláusula de Suma Asegurada Aplicable al Siniestro.*

**Cláusula de Reinstalación de Suma Asegurada.*

SECCION III. Gastos médicos cubiertos.

El contrato de seguro contenido en esta póliza cubre los padecimientos mencionados a continuación, así como los gastos que se indican siempre y cuando sean estrictamente necesarios para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Todo lo no mencionado como gasto cubierto se considera NO CUBIERTO.

1. Ambulancia terrestre.

Servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital, siempre y cuando sea recomendado por el médico tratante y necesario de acuerdo con las condiciones del asegurado.

2. Anestesiista.

Honorarios profesionales del anestesiista con un máximo del 30% del costo de los honorarios quirúrgicos.

3. Cirugía.

La cantidad que se liquide por este concepto incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos y ayudantes, bajo las condiciones establecidas en el catálogo correspondiente y hasta el límite establecido en esta póliza. En cualquier caso se aplicará como máximo la cantidad señalada para cada operación, en el catálogo de intervenciones quirúrgicas base de esta póliza.

En caso de una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico se procederá según lo establecido en catálogo de intervenciones quirúrgicas, base de esta póliza contratada.

4. Cesárea

Gastos médicos y hospitalarios derivados de la operación de cesárea siempre y cuando dicha operación sea efectuada por causas ajenas a la voluntad de la asegurada y que sea indispensable para la salud del producto y la madre.

La ayuda máxima que se otorgará es la establecida en el cuadro de especificaciones que forma parte de esta póliza a la fecha de la intervención quirúrgica.

Se excluyen las complicaciones, consecuencias y secuelas derivadas de dicha operación.

5. Circuncisión.

Se cubrirán con una suma asegurada de 2 Salarios Mínimos Generales Mensuales sin deducible ni coaseguro los gastos generados por la circuncisión en todas sus modalidades siempre y cuando:

- a) Sea por prescripción médica, y
- b) La madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

6. Cuarto de Hospital

Cuarto privado estándar y alimentos del paciente, incluyendo cama extra para un acompañante.

7. Embarazo y parto.

Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:

- a) Embarazo extrauterino.
- b) Fiebre puerperal.
- c) Preeclampsia.
- a) Toxicosis.
- e) Mola hidatiforme.

8. Enfermeras.

- a) Dentro del hospital.
Honorarios de enfermera general o especial asignada por los roles establecidos en el hospital.
- b) Fuera del hospital.

Honorarios por visitas de enfermera general o especial con un máximo de 3 turnos durante 30 días siempre y cuando sea prescritas por el médico tratante.

9. Eventraciones.

Se cubre el tratamiento de las eventraciones siempre y cuando:

- a) Las pólizas cubran reclamaciones complementarias de un siniestro cubierto por otra compañía.
- b) Dichas eventraciones provengan de cirugías cubiertas de acuerdo a la Cláusula de Periodo de Beneficio.

Limitaciones:

Se cubre el tratamiento de las eventraciones, sólo las que sean a consecuencia de una operación practicada al asegurado dentro de la vigencia de esta póliza, o bien, las que se demuestre que sean consecuencia de un accidente.

10. Litotripsias.

Quedan cubiertas con un máximo de 2 sesiones.

11. Medicamentos fuera del hospital.

Se cubrirán los medicamentos fuera del hospital, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia junto con la receta.

12. Oxígeno.

Gastos originados por consumo de oxígeno dentro del hospital, los originados por el consumo fuera del hospital sólo con la prescripción del médico tratante.

13. Padecimientos congénitos.

Quedan cubiertos los padecimientos congénitos que no se encuentren expresamente excluidos en la Sección de "Exclusiones" y conforme a lo establecido en la Sección de "Limitaciones", en los siguientes casos:

- a) Asegurados nacidos y reportados oportunamente durante la vigencia de esta póliza.
Gastos por enfermedad congénita de los hijos de la pareja cubiertos desde su fecha de nacimiento y nacidos durante la vigencia del seguro, siempre y cuando la madre cuente con al menos 10 meses de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.
- b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de esta póliza.
Gastos por enfermedad congénita solo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados cuando el asegurado:
 - 1. Tiene más de 10 años de edad y,
 - 2. Ha acumulado 2 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.
- c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento y cuya antigüedad haya sido reconocida por Seguros Atlas, S.A.

14. Recién Nacidos.

Gastos médicos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, dichas alteraciones en su conjunto se considerarán como un solo evento.

15. Prótesis.

Compra de prótesis por enfermedad o accidente cubiertos.

16. Renta de equipo.

Los gastos por la renta de equipo de tipo hospitalario y aparatos ortopédicos.

17. Servicios de diagnóstico.

Exámenes de laboratorio y estudios de gabinete realizados por sintomatología previa, siempre y cuando sean indispensables para el diagnóstico o tratamiento de un padecimiento cubierto.

18. Suministros de hospital

Medicamentos, material médico, equipos anestésicos, sala de operaciones, sala de recuperación y curación,

19. Terapias.

Servicio de terapia física, radioactiva o fisioterapia.

20. Transfusiones.

Gastos de transfusiones de sangre, aplicación de plasmas, sueros u otras sustancias semejantes.

21. Visitas o consultas médicas.

Los honorarios por visitas o consultas médicas cuando el asegurado se viere precisado a someterse a tratamiento médico que no amerite cirugía, a razón de una diaria con máximo de 30 visitas. Las visitas post y pre-operatorias se cubrirán cada una de ellas una sola vez.

SECCION IV. Limitaciones.

Pasados los años de cobertura continua que abajo se indican, aplicables para cada asegurado, se cubrirán los padecimientos que no sean preexistentes y que se señalan en cada apartado:

2 años:

- a) La cirugía o tratamiento médico de eventraciones de operaciones practicadas antes de la vigencia de esta póliza.*
- b) La cirugía o tratamiento médico de hernias.*
- c) Cualquier padecimiento ano-rectal, hemorroidectomías, abscesos o fisuras.*
- d) Cualquier padecimiento ginecólogo no excluido, prolapsos, cualquier operación reconstructiva del piso perineal, tumoraciones mamarias, miomectomías o histerectomías.*
- e) Amigdalectomías o adenoidectomías.*
- f) Operaciones de nariz, incluidos senos paranasales; con el deducible estipulado en el cuadro de especificaciones y coaseguro del 50%. Si la operación es a consecuencia de un accidente cubierto no se aplicará período de espera, deducible, ni coaseguro.*
- g) Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores*

3 años:

- a) La cirugía o tratamiento médico de Cifosis, Lordosis o Escoliosis.*

5 años de cobertura continua en Seguros Atlas, S.A.

- a) Queratomileusis: Los gastos médicos y hospitalarios derivados del procedimiento quirúrgico. Se aplicará el deducible estipulado en el cuadro de especificaciones y un coaseguro del 50%.*

SECCION V. Exclusiones.

1. Riesgos no cubiertos.

- a) *Salvo pacto expreso en contrario, se excluye a las personas que no cumplan con los límites de admisión establecidos en el inciso a) de la Cláusula de "EDAD".*
- b) *Enfermedades o accidentes que se originen por practicar o participar en:*
 - b. 1) *Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.*
 - b.2) *Actos delictivos intencionales en que participe directamente el asegurado o la riña.*
 - b.3) *Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.*
 - b. 4) *Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.*
 - b. 5) *Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.*
 - b. 6) *Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.*
 - b. 7) *Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la ejecución o práctica de box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial. Se excluyen dichas lesiones sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.*
- c) *Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de salud.*
- d) *Lesiones o padecimientos producidos por explosiones nucleares o radioactivas.*
- e) *Lesiones o padecimientos producidos por contaminación radioactiva.*

2. Gastos incurridos a consecuencia de:

- a) *Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.*
- b) *Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no, excepto los específicamente cubiertos.*
- c) *Enfermedades congénitas no especificadas como cubiertas.*
- d) *Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como CHECK-UPS.*
- e) *Tratamiento médico de amigdalitis.*
- f) *Embarazo, aborto, legrados uterinos, partos normales, partos anormales, partos prematuros o cualquier otra complicación derivada de ellos, excepto lo específicamente cubierto.*
- g) *Cirugías o tratamientos para control de la natalidad.*
- h) *Cirugía o tratamiento médico de: endometriosis, esterilidad o infertilidad.*
- i) *Cirugía plástica o estética excepto a consecuencia de accidente cubierto.*
- j) *Tratamiento de trastornos de la personalidad, emocionales o mentales que no sean derivados directamente de una alteración órgano-funcional así como cualquiera de sus consecuencias.*
- k) *Intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas.*
- l) *Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.*

- m) Adquisición de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos.*
- n) Cirugía o tratamiento médico para corregir defectos de refracción (salvo lo expresamente cubierto).*
- o) Tratamientos de calvicie u obesidad.*
- p) Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, excepto para aquellos asegurados que han estado cubiertos por la póliza desde su nacimiento.*
- q) Enfermedades ocasionadas por los efectos del alcohol o enervantes.*
- r) Tratamiento para corregir hallux valgus.*
- s) Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.*
- t) Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival cualquiera que sea su origen, excepto aquellos que sean como consecuencia de accidente no excluido en este contrato.*
- u) Cirugía o tratamiento médico del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).*
- v) Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por accidente.*
- w) Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por accidente.*
- x) Cualquier tipo de cirugía o tratamiento médico realizados por quiroprácticos o acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante.*
- y) Gastos realizados por acompañantes del asegurado o sus dependientes económicos durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital, salvo lo expresamente cubierto.*
- z) Cualquier gasto a consecuencia de cirugía o tratamiento médico que no sea proporcionado por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad o, en caso de que estén autorizadas, tales personas sean familiares directos del asegurado o estén expresamente excluidos en esta póliza*