

Condiciones Generales

Gastos Médicos Mayores

Colectivo Empresarial

Atlas Med Plus

Julio/2022

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes

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

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

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

Índice

Aviso de Privacidad Simplificado para Clientes.....	2
Sección I. Definiciones.....	6
Sección II. Coberturas Básicas.....	11
1. Cobertura de gastos médicos mayores	11
1.1 Descripción de la cobertura.....	11
2. Cobertura de gastos funerarios del titular.....	14
Sección II. I Procedimientos sujetos a condiciones adicionales	15
Sección II. II Padecimientos sujetos a condiciones específicas	21
Sección III. Periodo de Espera.....	24
Periodo de espera de 1 año.....	24
Periodo de espera de 2 años.....	24
Periodo de espera de 3 años.....	24
Periodo de espera de 1 año de cobertura continúa en Seguros Atlas	24
Periodo de espera de 3 años de cobertura continúa en Seguros Atlas	24
Periodo de espera de 5 años de cobertura continúa en Seguros Atlas	24
Sección IV. Exclusiones Generales.....	25
Sección V. Cláusulas Generales.....	27
1. Objeto del contrato.....	27
2. Contrato	27
3. Vigencia.....	27
4. Territorialidad	27
5. Moneda.....	27
6. Régimen fiscal	27
7. Notificaciones.....	28
8. Rectificación de la póliza	28
9. Modificaciones.....	28
10. Comisiones	28
11. Agravación del riesgo	28

12.	Otros seguros	29
13.	Edad	29
14.	Certificados individuales	30
15.	Contribución de los asegurados	30
16.	Primas y obligaciones de pago	30
17.	Asegurados y movimientos	31
18.	Derecho de conversión a una póliza individual.....	33
19.	Obligaciones adicionales del contratante.....	33
20.	Omisiones o declaraciones inexactas	34
21.	Terminación anticipada del contrato.....	34
22.	Cambio de contratante.....	35
23.	Rehabilitación.....	35
24.	Renovación	36
25.	Aviso	36
26.	Procedimientos para pago de siniestros	37
27.	Pruebas y comprobación del siniestro	38
28.	Compensación de primas contra siniestros.....	39
29.	Suma asegurada aplicable al siniestro	39
30.	Gastos en moneda extranjera.....	39
31.	Aplicación de deducible, coaseguro y suma asegurada	39
32.	Plazo para el pago de indemnizaciones.....	41
33.	Interés moratorio	41
34.	Periodo de beneficio	44
35.	Relaciones del asegurado con los prestadores de servicios médicos y hospitalarios..	44
36.	Pago de gastos médicos complementarios.....	44
37.	Preexistencias	44
38.	Arbitraje médico	45
39.	Prescripción.....	46
40.	Competencia.....	46

Sección VI. Condiciones de Endosos adicionales para Gastos Médicos Mayores	48
Endoso para reconocimiento de antigüedad	49
Endoso de parto.....	50
Endoso de cesárea.....	51
Endoso de padecimientos preexistentes	52
Cobertura de gastos médicos catastróficos en el extranjero	53
Endoso de sistema autoadministrado	56
Endoso para Med Asistencia.....	57
1. Servicios de asistencia en km.”0”.....	57
2. Servicios de asistencia en toda la República Mexicana.	59
3. Servicios de asistencia en viaje.	61
4. Servicios de asistencia en el extranjero.	64
5. Obligaciones del Asegurado.....	70
6. Exclusiones.....	73
Endoso para cobertura en el extranjero	76
Endoso para cobertura de emergencia en el extranjero	77
Endoso de gastos funerarios	79
Endoso para cobertura en franja fronteriza	80
Endoso por continuación familiar.....	81
Endoso de regionalización	83
Endoso de Recuperación Activa Atlas	84
Anexo. Transcripción de artículos importantes para el Contratante y Asegurado(s).....	88

Sección I. Definiciones

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

1. **Accidente.** Acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta, que produce la muerte o lesiones en la persona del Asegurado.
2. **Asegurado.** Persona física sobre la que operan las coberturas del contrato.
3. **Asegurado Titular.** Persona física sobre la que operan las coberturas del contrato, que siendo miembro de la Colectividad Asegurable, tiene el vínculo o interés lícito con el Contratante.
4. **Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos.** Documento contractual que estipula los importes máximos a indemnizar por concepto de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
5. **Coaseguro.** Cantidad a cargo del Asegurado, que resulta de aplicar el porcentaje convenido al total de los Gastos Médicos cubiertos después de restar el Deducible estipulado en la Carátula de Póliza.
6. **Colectividad.** 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.
7. **Colectividad Asegurable.** Colectividad que cumple con la Elegibilidad.
8. **Contratante.** Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del Contrato de Seguro para sí y/o para terceras personas, y que además se compromete a realizar el pago de la Prima.
9. **Contrato de Seguro.** Contrato por el que la empresa aseguradora se obliga, mediante el cobro de una Prima, a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato.
10. **Cuadro de Especificaciones.** Documento contractual que forma parte de la Póliza que sirve como guía de aplicación de los conceptos enlistados en el documento.
11. **Deducible.** Cantidad estipulada en la Carátula de Póliza y cuyo importe correrá a cargo del Asegurado en cada Siniestro.
12. **Dependiente Económico.** Se considera Dependiente Económico del Asegurado Titular, a su cónyuge o concubina(ario) e hijos; siempre y cuando cumplan con la elegibilidad definida en la Póliza.
13. **Elegibilidad.** Regla clara y de aplicación general determinada por el Contratante y Seguros Atlas, que define a las personas que podrán ser aseguradas.
14. **Emergencia Médica.** Alteración repentina de la salud del asegurado, que se manifiesta a través de signos y síntomas agudos que pone en peligro su vida, su integridad corporal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos. La emergencia médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.
15. **Endoso.** Documento que modifica el Contrato de Seguro y que forma parte de éste.
16. **Enfermedad.** Toda alteración de la salud, que resulte por la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo.

17. **Enfermedad Congénita.** Enfermedad con la cual se nace.
18. **Enfermera.** Persona titulada y autorizada para ejercer su profesión, pudiendo ser Enfermera General o Especializada.
19. **Extraprima.** Cantidad adicional de Prima, que el Asegurado se obliga a pagar a Seguros Atlas, por cubrir un Riesgo Agravado.
20. **Familia Asegurada.** El Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos que se encuentran amparados por la Póliza.
21. **Gasto Médico.** Contraprestación derivada de un servicio médico u hospitalario en que incurre el Asegurado para la atención de un Padecimiento.
22. **Hospital o Sanatorio.** Institución legalmente autorizada para la atención médica o quirúrgica de pacientes.
23. **Hospitalización.** Es la estancia en un Hospital o Sanatorio, siempre y cuando el Asegurado sea clasificado como paciente interno.
24. **Hospitalización por Cirugía Ambulatoria.** Caso en que el Asegurado ingresa al Hospital o Sanatorio, para un procedimiento quirúrgico de corta estancia.
25. **Lesión.** Alteración órgano-funcional que se deriva de cualquier Accidente o Enfermedad.
26. **Médico.** Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, pudiendo ser: médico general, especialista, cirujano u homeópata.
27. **Padecimiento.** Término genérico para referirse a una Enfermedad o Accidente.
28. **Padecimiento Preexistente.** Se consideran padecimientos preexistentes:
 - a) Los que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o que se compruebe mediante el resumen del historial clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
 - b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del historial clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
 - c) Los que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.
29. **Pago Directo.** Proceso mediante el cual, el Asegurado recibe atención de Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, y el pago de los Gastos Médicos Cubiertos es realizado directamente por Seguros Atlas a estos proveedores médicos.
30. **Periodo de espera.** Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en esta Póliza, para que se pueda cubrir un padecimiento o procedimiento de acuerdo a las especificaciones de la Póliza.

Los Periodos de Espera estipulados serán aplicables para cada Asegurado, y se podrán reducir cuando se tenga una fecha de antigüedad reconocida por Seguros Atlas anterior al inicio de

vigencia de la Póliza, excepto para los casos en que se requiera una antigüedad en Seguros Atlas.

- 31. Periodo de gracia.** Plazo que Seguros Atlas concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones.
- 32. Plan.** Se define por la Red Hospitalaria, Deducible, Coaseguro, Suma Asegurada, Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos, Territorialidad, Endosos y Condiciones Especiales contratadas.
- 33. Póliza.** Documento que instrumenta el Contrato de Seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre Seguros Atlas y el Contratante.
- 34. Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.** Médicos, Hospitales, establecimientos de salud, farmacias, laboratorios o gabinetes clínicos, que tienen celebrado un acuerdo con Seguros Atlas para proporcionar sus servicios a los Asegurados.
- 35. Prima.** Aportación económica que debe pagar el Contratante a Seguros Atlas en contraprestación por la cobertura de seguro.
- 36. Reembolso.** Proceso mediante el cual Seguros Atlas indemniza los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza cuando dichos gastos no se hayan pagado directamente por Seguros Atlas al prestador de servicios médicos.
- 37. Seguros Atlas.** Compañía aseguradora registrada con razón social, Seguros Atlas, S.A.
- 38. Siniestro.** La ocurrencia de cualquier Padecimiento cuyos Gastos Médicos puedan ser motivo de indemnización de acuerdo con las condiciones de la Póliza.
- 39. Suma Asegurada.** Límite máximo de responsabilidad de Seguros Atlas, en cada Siniestro reclamado y procedente, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en la Carátula, Cuadro de Especificaciones, Endosos, Condiciones Generales y Especiales de la Póliza.
- 40. Tarjeta de Identificación.** Tarjeta que se entrega al Asegurado Titular y en su caso a los Dependientes Económicos, que les servirá como identificación ante los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios en Convenio.
- 41. Tope de Coaseguro.** Monto máximo que pagará el Asegurado por concepto de Coaseguro en cada Siniestro procedente reclamado a Seguros Atlas.
- 42. Tratamiento Médico.**
 - **Tratamiento médico**

Es el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, o bien físicos, los cuales tienen como finalidad la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.

Excepto los tratamientos médicos quirúrgicos.
 - **Tratamiento médico quirúrgico**

Es el medio de tipo quirúrgico que tiene como finalidad la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de las mismas.
- 43. UMA.** Unidad de Medida y Actualización, publicada en el Diario Oficial de la Federación.

- 44. **UMAM.** Unidad de Medida y Actualización Mensual, se obtiene de multiplicar 30.4 por el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).
- 45. **Urgencia Médica.** Situación en la cual el Asegurado se encuentra en un estado de salud crítico, no existe riesgo inminente de muerte, pero requiere una atención médica, para calmar el síntoma o para prevenir complicaciones mayores del padecimiento cubierto. La urgencia médica desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.
- 46. **USD.** (United States Dollar) Siglas empleadas para referirse a Dólares Estadounidenses.

Definiciones de enfermedades:

- 47. **Angioplastia.** Es la intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación para corrección de estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias.
- 48. **Cáncer:** Como la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.
- 49. **Enfermedades cerebrales.** Padecimiento originado por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas), que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.
- 50. **Enfermedad cerebro/vascular.** Padecimiento que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, con secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal.
- 51. **Insuficiencia renal crónica.** La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.
- 52. **Legrado Ginecológico.** Extracción de tejido de la cavidad uterina como parte del tratamiento de Padecimientos ginecológicos y en ausencia de embarazo o sus complicaciones.
- 53. **Legrado Obstétrico.** Extracción de residuos de membranas fetales de la cavidad uterina como parte del tratamiento único o parcial de un aborto, por cualquier causa o complicación del embarazo en cualquier etapa, incluyendo el puerperio.
- 54. **Neurocirugía.** Es la intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye: el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.
- 55. **Quemadura de tercer grado.** Es aquella donde están comprometidas todas las capas de la piel y se afectan los tejidos que se encuentran debajo de la piel.
- 56. **Sepsis severa.** Cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas en un foco infeccioso, y por la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación

espontánea por existir una situación reactiva especial en el organismo como falta de anticuerpos, defensas bajas, tratamiento inmunosupresor o citostático.

- 57. Trasplante de órganos.** Procedimiento quirúrgico, mediante el cual se inserta en el cuerpo de un asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), provenientes de un donante fallecido o vivo.
- 58. Trauma mayor.** Es una lesión física interna o externa provocada por un hecho violento exterior, y por el cual el paciente puede sufrir incapacidad grave.

Sección II. Coberturas Básicas

1. Cobertura de gastos médicos mayores

1.1 Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un Padecimiento cubierto el Asegurado se somete a un tratamiento médico o quirúrgico, Seguros Atlas pagará o reembolsará al Asegurado o Beneficiario los gastos médicos que se encuentren cubiertos por este contrato de seguro hasta agotar la Suma Asegurada o Periodo de Pago de Cobertura contratado, lo que ocurra primero.

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

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

1.1.1 Gastos hospitalarios

1.1.1.1 Cuarto de hospital.

Gastos originados por el uso de un cuarto privado estándar, incluyendo cama extra para un acompañante, y el consumo de alimentos del paciente.

1.1.1.2 Estancia en salas.

Estancia en salas. Gastos generados por la estancia del paciente en la sala de operaciones, recuperación, cuidados intensivos y curación.

1.1.1.3 Suministros de hospital.

Costo de los medicamentos, material médico y equipos anestésicos que el paciente requiera durante su hospitalización.

1.1.2 Honorarios médicos

1.1.2.1 Honorarios quirúrgicos.

Honorarios de cirujanos, anesthesiólogos y ayudantes, hasta el límite establecido en la Póliza y el monto indicado para cada operación en el “Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos” del contrato.

Cuando se realice una o más cirugías en un mismo tiempo quirúrgico, se procederá según lo establecido en el “Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos”.

1.1.2.2 Honorarios de las enfermeras.

1.1.2.2.1 Dentro del hospital.

Honorarios de Enfermera General o Especial, asignada por los roles establecidos en el Hospital.

1.1.2.2 Fuera del hospital. Cuando sea prescrito por el Médico tratante y medicamento necesario, se cubrirán los honorarios por visitas de Enfermera General o Especial, con un máximo de 3 turnos durante 30 días.

1.1.2.3 Honorarios médicos por consulta.

El monto de honorarios por consultas o visitas médicas hospitalarias se sujetará a lo indicado en el “Catálogo de honorarios médicos y quirúrgico”.

- Cuando el Asegurado deba someterse a tratamiento médico que amerite cirugía se cubrirán las consultas pre y post-operatorias, como máximo 2 de cada una de ellas.
- Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado se cubrirán como máximo 2 visitas diarias hospitalarias por especialista, siempre que sea necesaria su participación en el tratamiento hospitalario.

1.1.3 Medicamentos y otras sustancias

1.1.3.1 Medicamentos.

Costo de medicamentos que sean prescritos por los Médicos tratantes.

Solo en caso de que el medicamento prescrito no esté autorizado para su distribución en México, deberá contar con un permiso de importación emitido por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

El medicamento importado que no esté autorizado para su distribución en México deberá contar con la aprobación para ser distribuidos de la Food and Drug Administration (FDA) o European Medicines Agency (EMA). En cuyo caso se aplicará un coaseguro del 20% independientemente del coaseguro contratado, no aplicará tope de coaseguro ni beneficio de pago directo.

1.1.3.2 Oxígeno.

Gastos originados por el consumo de oxígeno dentro del Hospital, y sólo con la prescripción del Médico tratante se cubrirán estos gastos fuera del Hospital.

1.1.3.3 Transfusiones.

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

1.1.4 Servicios de diagnóstico

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

1.1.5 Servicio de ambulancia

1.1.5.1 Ambulancia terrestre.

Cuando sea recomendado por el Médico tratante y/o necesario de acuerdo con las condiciones de salud del Asegurado, se cubrirá el costo del servicio terrestre de ambulancia hacia y/o desde el hospital.

1.1.6 Insumos y otros servicios de médicos

1.1.6.1 Prótesis.

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

1.1.6.2 Renta de equipo.

Gastos por la renta de equipo hospitalario y aparatos ortopédicos.

1.1.6.3 Terapias.

Costo de los servicios de terapia física y radioterapia.

2. Cobertura de gastos funerarios del titular

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular dentro de la vigencia de la Póliza como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto, Seguros Atlas reembolsará los gastos funerarios a quien demuestre haberlos efectuado, hasta por \$50,000.00 M.N.

Se cubrirán los gastos funerarios del Asegurado siempre y cuando haya estado asegurado en esta Póliza al ocurrir el fallecimiento.

Los gastos funerarios cubiertos son los que se describen a continuación:

- a) Pago de trámites de índole administrativo para la obtención de documentos, permisos y pago de derechos, necesarios para la realización del servicio mortuario.
- b) Recolección del cuerpo del lugar de fallecimiento y traslado al sitio de velación.
- c) Embalsamado
- d) Servicio de tanatoestética
- e) Ataúd.
- f) Uso de sala de velación.
- g) Materiales necesarios para velación en domicilio particular
- h) Traslado del cuerpo en carroza fúnebre del sitio de velación, al lugar de inhumación o cremación
- i) Derechos de uso de fosa en panteón civil o municipal
- j) Pullman de acompañamiento del sitio de velación al lugar de inhumación.
- k) Pago de excavación, construcción e internación en gaveta o nicho.
- l) Costo de cremación.
- m) Urna

Adicionalmente de lo establecido en el documento que hacer en caso de siniestro para hacer efectiva la cobertura deberá presentar a Seguros Atlas el acta de defunción y las facturas correspondientes, las cuales deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó los gastos.

Seguros Atlas se reserva el derecho a solicitar documentación adicional de conformidad con el artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro.

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

Sección II. I Procedimientos sujetos a condiciones adicionales

Salvo por lo expresamente señalado para cada procedimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas condiciones generales.

- 1. Amigdalectomías o adenoidectomías.** Se cubren los gastos médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas.
- 2. Circuncisión.** Se cubren los Gastos Médicos derivados este procedimiento quirúrgico hasta 5 UMAM, no aplica Deducible ni Coaseguro, siempre que sea por prescripción médica.
- 3. Cirugía bariátrica.** Se cubrirá los gastos de la cirugía bariátrica, previa valoración médica por parte de Seguros Atlas, a los Asegurados que tengan un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 unidades o si su IMC es mayor a 35 unidades y tiene alguna Enfermedad relacionada con la obesidad.

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

La cirugía deber ser realizada por un cirujano con certificación vigente para la realización de cirugías de obesidad y enfermedades metabólicas.

Todos los eventos durante la cirugía o post-operatorios serán considerados en su conjunto como un solo evento.

La Suma Asegurada es de 135 UMAM, esta Suma Asegurada no estará sujeta a reinstalación alguna.

Este procedimiento tiene un Periodo de Espera de 5 años de cobertura continua en Seguros Atlas.

- 4. Cirugías con robot Da Vinci.** Se cubren cirugías realizadas con el Robot Da Vinci con un coaseguro del 20% para todo el tratamiento quirúrgico, independientemente del coaseguro contratado, no aplica beneficio de pago directo ni tope de coaseguro.
- 5. Cirugía de Hallux Valgus.** Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico aplicando un Coaseguro del 50%. Este procedimiento tiene un Periodo de Espera de 3 años de cobertura continua en Seguros Atlas.
- 6. Cirugía de nariz y senos paranasales.** Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 2 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas. Para efectos de esta cirugía será necesario contar

con una segunda valoración médica, salvo que sea necesaria por una emergencia médica o accidente.

7. **Cirugía de rodilla.** Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda opinión médica, salvo que sea necesaria por una emergencia médica o accidente.
8. **Cirugía o tratamiento médico de cifosis, lordosis o escoliosis.** Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico después de transcurridos 3 años a partir de la fecha de antigüedad reconocida del Asegurado por Seguros Atlas. Para efectos de esta cirugía será necesario contar con una segunda opinión médica, salvo que sea necesaria por una emergencia médica o accidente.
9. **Cirugía o tratamiento médico de endometriosis.** Se cubren los Gastos Médicos derivados del procedimiento de Endometriosis con el Deducible y Coaseguro de la Póliza y no aplicara beneficio de pago directo.
10. **Cirugía para corregir defectos de refracción.** Se cubren los Gastos Médicos derivados de este procedimiento quirúrgico aplicando el deducible de la póliza y Coaseguro del 50% independientemente del coaseguro contratado.
11. **Legrado ginecológico.** Se cubren los Gastos Médicos derivados de Legrado Ginecológico, a partir del 5 año de antigüedad reconocida.
12. **Litotripsias.** Se cubre el costo de este procedimiento, con máximo de 4 sesiones. Para tener derecho a este tratamiento el asegurado deberá de haber cumplido con el Periodo de Espera de 1 año que se indica para el padecimiento litiasis en vías urinarias, biliares y en vesícula biliar.
13. **Trasplante de órganos.** Se cubren los Gastos Médicos del donador de órganos que sean necesarios para el trasplante, cuando el Asegurado sea receptor del órgano hasta por \$90,000 M.N.
14. **Tratamiento de células mesenquimales.** Se cubren los Gastos Médicos para el tratamiento de células mesenquimales.

Todos los gastos en que se incurra afectarán la Suma Asegurada del siniestro, sin embargo, para todos los gastos relacionados directamente con el tratamiento de células mesenquimales en su conjunto, aplicará un límite máximo de suma asegurada de 75 UMAM por padecimiento.

14.1 Tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas (PRP)

Se cubren los gastos por el tratamiento médico de Plasma Rico en Plaquetas en los siguientes casos:

- a) Tendinopatías.
- b) Lesiones musculares.
- c) Lesiones ligamentarias.
- d) Artrosis.
- e) Lesiones de cartílago articular.
- f) Meniscopatías.
- g) Contracturas.
- h) Desgarros Musculares.

Lo anterior siempre que el padecimiento que lo ocasiono sea procedente.

Solo se cubrirá el tratamiento de PRP al asegurado, si:

- 1. Cuenta con un mínimo de plaquetas de 150,000/ml.
- 2. No presenta algún tipo de infección o sintomatología (conteo de leucocitos menor a 110,000/ml).
- 3. No se encuentra ingiriendo medicamentos que puedan alterar la función plaquetaria (antiinflamatorios no esteroideos, uso de corticoides) al momento de la realización del tratamiento.

14.1.1 Exclusiones del tratamiento con Plasma Rico en Plaquetas (PRP)

No será procedente la indemnización por el tratamiento PRP si el asegurado ha sido diagnosticado previamente con una o más de las siguientes enfermedades:

- 1. Cáncer en los últimos 5 años previos al procedimiento.**
- 2. Síndrome de disfunción plaquetaria.**
- 3. Trombocitopenia crítica.**
- 4. Septicemia.**
- 5. Enfermedades auto-inmunes descontroladas.**
- 6. Enfermedades cardiovasculares descontroladas.**
- 7. Infección o fiebre en los últimos 14 días previos al procedimiento.**
- 8. Infección en el sitio de procedimiento.**

14.2 Tratamiento con Células Madre

Se cubren los gastos por el tratamiento médico de Células Madre Hematopoyéticas en padecimientos cubiertos, en los siguientes casos:

- a) Trasplante de médula ósea.
- b) Osteoartrosis de grandes articulaciones.
- c) Diabetes con problemas circulatorios en extremidades.
- d) Parálisis cerebral.
- e) Trastornos en discos intervertebrales.

14.2.1 Conceptos cubiertos para el tratamiento de células madre

1. Estimulación celular con límite de 6 aplicaciones, previa a la extracción mediante punción.
2. Material clínico, quirúrgico y fármacos, utilizados para la extracción de la médula ósea.
3. Honorarios del especialista anesthesiólogo, de acuerdo al tabulador contratado en la póliza.
4. Honorarios del especialista hematólogo que haya realizado la extracción de la médula ósea al asegurado, de acuerdo al tabulador contratado en la póliza.
5. Insumos y procesamientos en laboratorios especializados y autorizados.
6. Traslado del producto final al quirófano para la implantación de las células mesénquimas.

14.2. 2 Límites aplicables a los tratamientos de células madre

Se cubren como máximo 2 intentos.

14.3 Consideraciones para los tratamientos de células mesenquimales:

Los gastos médicos erogados por los tratamientos de células mesenquimales, se cubrirán de acuerdo a lo siguiente.

1. Sólo se cubrirá en Instituciones autorizadas para el manejo de estos productos biológicos, y autorizado mediante licencia sanitaria avalada por la Comisión Nacional para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). No se aceptarán intermediarios de distribución.
2. Solo se cubrirá cuando la obtención de tejido sea realizada por un hematólogo debidamente certificado en la materia.
3. El tratamiento debe programarse en coordinación con Seguros Atlas con 10 días hábiles de anticipación.
4. No aplica beneficio de pago directo ni tope de coaseguro.
5. Solo se cubrirá mediante Pago Directo.

14.4 Periodo de espera para los tratamientos de células mesenquimales

A este procedimiento se le aplicará un Periodo de Espera de 1 años de cobertura continúa en Seguros Atlas.

14.5 Exclusiones para los tratamientos de células mesenquimales

No se cubrirán los gastos médicos del tratamiento de células mesenquimales:

- 1. De intermediarios para la obtención del producto.**
- 2. Si la obtención de tejido se realiza por un médico diferente a un hematólogo debidamente certificado en la materia.**
- 3. De tratamientos que no hayan sido programados en el plazo estipulado.**

14.6 Documentos para el trámite de siniestros de células mesenquimales

Adicionalmente a los documentos requeridos por la compañía deberá presentar el Protocolo de Estudio y Tratamiento en el que avale ser candidato a este procedimiento y segunda valoración médica por un médico designado por Seguros Atlas, esta última sin costo para el asegurado.

15. Tratamiento por daño psiquiátrico. Se cubren los gastos médicos del tratamiento psiquiátrico que requiera el Asegurado, si a juicio de su médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, requiere de dicho tratamiento.

15.1 Siempre que los padecimientos se encuentren cubiertos bajo las condiciones de la Póliza y sean como consecuencia de:

15.1.1 Accidente cuyas lesiones pongan en riesgo la vida del Asegurado.

15.1.2 alguna de las siguientes enfermedades en fase terminal:

- a) Cáncer.
- b) Accidente vascular cerebral.
- c) Infarto al miocardio.
- d) Insuficiencia renal.
- e) Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias.
- f) SIDA

15.1.3 Haber sufrido alguno de los siguientes eventos:

- a) Politraumatizado.
- b) Amputaciones.
- c) Quemaduras de tercer grado.

15.2 Si dentro de la vigencia de la Póliza contratada con Seguros Atlas ocurre uno de los siguientes eventos y esto se demuestra mediante la presentación del acta del Ministerio Público:

- a) Robo con violencia.
- b) Secuestro.
- c) Violación.

15.3 Limitaciones para el tratamiento psiquiátrico

1. Máximo 24 consultas por evento, quedando únicamente cubiertos los honorarios del médico psiquiatra hasta un máximo de 0.5 UMAM por consulta.

Si el asegurado estuviese en tratamiento por un evento enlistado y sufriera algún otro evento de los aquí previstos, el tratamiento de 24 consultas iniciará nuevamente, y en ningún caso será acumulativo con el (los) anterior (es).

2. Todos los medicamentos necesarios durante el tratamiento amparado.
3. Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.
4. **Los diversos resultados del tratamiento por daño psiquiátrico no representan prueba de diagnóstico clínico de los padecimientos arriba señalados que pudieran ser cubiertos por la Póliza.**

15.4 Exclusiones de tratamiento de psiquiátrico

Se excluyen los gastos por honorarios del médico y los medicamentos que prescriba, cuando dicho médico no cuente con acreditación de la especialidad en Siquiatría de Enlace, o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.

Sección II. II Padecimientos sujetos a condiciones específicas

Salvo por lo expresamente señalado para cada padecimiento que a continuación se menciona, serán aplicables, los demás términos y condiciones establecidos en estas condiciones generales.

1. **Padecimientos Congénitos.** Gastos Médicos necesarios para el tratamiento de Padecimientos Congénitos para:
 - a) Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la Póliza, y que sean reportados a Seguros Atlas a efecto de ingresarlo como parte de la Colectividad asegurada, durante los 30 días siguientes a su nacimiento.
 - b) Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza, que hayan cumplido 5 años de edad, y sólo si sus primeros síntomas o signos aparecen o son diagnosticados dentro de la vigencia de la Póliza.
 - c) Asegurados cubiertos continuamente por cualquier compañía de seguros desde su nacimiento, y cuya antigüedad sea reconocida por Seguros Atlas.

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

2. **Recién nacidos prematuros.** Gastos Médicos derivados de las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros. Todas las alteraciones presentadas, en su conjunto se considerarán como un solo Siniestro.
3. **Tratamiento de Eventraciones.** Se cubren los Gastos Médicos del tratamiento de las Eventraciones derivadas de una operación practicada al Asegurado a consecuencia de un Padecimiento cubierto por la Póliza.
4. **Complicaciones del Embarazo y Parto.** Gastos Médicos originados por las siguientes complicaciones del Embarazo o Parto:
 - a) Atonía Uterina
 - b) Eclampsia
 - c) Embarazo Anembrionico
 - d) Embarazo Extrauterino
 - e) Fiebre Puerperal
 - f) Mola Hidatiforme
 - g) Óbito
 - h) Placenta Acreta
 - i) Placenta Previa
 - j) Preeclampsia
 - k) Toxicosis Gravídica

5. **SIDA.** Se cubren los gastos médicos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), los cuales sean causados directamente por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), de acuerdo a lo siguiente:

La compañía se limita a pagar el gasto médico relacionado a este padecimiento de acuerdo a los siguientes límites:

Suma asegurada:	100,000.00 USD
Deducible:	500.00 USD
Coaseguro:	10% en Territorio nacional 20% en Territorio extranjero, en caso de que tenga derecho a cobertura en el extranjero.

Será condición indispensable que la infección del VIH se diagnostique por primera vez durante el periodo de vigencia de la cobertura; el asegurado deberá contar con una prueba serológica de ELISA donde indique que el VIH es positivo y una prueba de Western Blot en el que se indique un conteo de células CD4 menor que 500/mm³, y tenga uno o más de los siguientes diagnósticos comprobados por microscopia o cultivo:

1. Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Cáncer cervical invasivo.
3. Coccidioidomicosis, diseminado o extrapulmonar.
4. Criptococosis extrapulmonar.
5. Criptoesporidiosis intestinal crónico (con más de un mes de duración).
6. Citomegalovirus retinitis (con pérdida de visión).
7. Encefalopatía relacionada con el VIH.
8. Herpes simple.
9. Úlcera crónica (de más de un mes de duración).
10. Bronquitis, neumonitis o esofagitis.
11. Histoplasmosis, diseminada o extrapulmonar.
12. Isosporiasis intestinal crónica de más de un mes de duración.
13. Sarcomas de Kaposi.
14. Linfoma no Hodking de células B o fenotipo inmunológico no determinado, y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt) o sarcomas inmunoblástico, linfoma histiocítico difuso, linfoma indiferenciado, sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad.
15. Linfoma inmunoblástico.
16. Linfoma primario cerebral.
17. Hicobacterias, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonares.
18. Neumonía por pneumocystis carinni.
19. Neumonía recurrente.

20. Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
21. Septicemia por salmonella no recurrente.
22. Toxoplamosis cerebral.
23. Síndrome de desgaste.
24. Microbacterias Kansasii diseminadas o extrapulmonares.
25. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar.
26. Diseminación extrapulmonar por M.Avium o M. Kansasii.
27. Estrongiloidosis extraintestinal.
28. Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide.
29. Complejo demencial o encefalopatía por VIH.
30. Infección extrapulmonar o diseminada por microbacterias de otras especies que no sea lepra.

5.1 Exclusiones para el padecimiento de SIDA

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

Sección III. Periodo de Espera

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

Periodo de espera de 1 año

Litiasis en vías urinarias, biliares y en vesícula biliar.

Periodo de espera de 2 años

- a) **Amigdalectomías o adenoidectomías.**
- b) **Operaciones de Nariz, incluidos Senos Paranasales.**

Periodo de espera de 3 años

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

Periodo de espera de 1 año de cobertura continua en Seguros Atlas

- a) **Tratamiento de células mesenquimales.**

Periodo de espera de 3 años de cobertura continua en Seguros Atlas

- a) **Cirugía de Hallux Valgus.**

Periodo de espera de 5 años de cobertura continua en Seguros Atlas

- a) **Cirugía Bariátrica.**

Para determinar el cumplimiento del plazo de los periodos de espera definidos, se contarán los días transcurridos desde la fecha de antigüedad reconocida por Seguros Atlas al asegurado en esta Póliza o desde su fecha de alta en la Póliza de Seguros Atlas, de acuerdo a lo indicado en cada periodo de espera, o última rehabilitación, la que resulte posterior, y la fecha del siniestro. Si la diferencia anterior es mayor a los plazos definidos se puede concluir que cumple con el Periodo de Espera.

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

Sección IV. Exclusiones Generales

Con excepción de lo específicamente cubierto, y salvo pacto expreso en contrario entre el Contratante y Seguros Atlas, adicionalmente a lo establecido en las coberturas, padecimientos o procedimientos la Póliza no cubre los Gastos Médicos de:

- 1. Pagos o donativos que se hayan efectuado a hospitales, sanatorios de beneficencia, establecimientos de caridad, asistencia social o a cualesquiera otros semejantes en donde no se exija remuneración o de atención gratuita.**
- 2. Cirugía o tratamiento médico proporcionado por familiares directos del Asegurado, por instituciones o personas no autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.**
- 3. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus Dependientes Económicos durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.**
- 4. Complicaciones derivadas de Padecimientos, Cirugías y Tratamientos expresamente excluidos en el contrato. Salvo lo estipulado en la sección II.2 punto 1 y 3 de estas condiciones generales.**
- 5. Padecimientos Congénitos. Salvo lo estipulado en la sección II.2 punto 1 de estas condiciones generales.**
- 6. Padecimientos preexistentes, hayan sido declarados o no.**
- 7. Se excluyen los gastos erogados antes de cumplir el periodo de espera.**
- 8. Padecimientos ocasionados por los efectos del alcohol o enervantes.**
- 9. Padecimientos producidos por explosión y/o contaminación nuclear o radioactiva.**
- 10. Padecimientos que se originen por practicar o participar en:**
 - a) Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
 - b) Actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado, o la riña cuando el Asegurado sea el provocador.**
 - c) Aviación privada en calidad de tripulante, pasajero o mecánico.**
 - d) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.**
 - e) Conducción de motocicletas o vehículos de la misma categoría o similares, ya sea como piloto o acompañante.**
 - f) Cualquier deporte de forma profesional.**
 - g) La ejecución de equitación, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, sin importar la circunstancia o modalidad bajo la cual hayan sido ejecutadas o realizadas tales actividades.**
- 11. Cirugía estética y cosmetológica.**
- 12. Cirugía o tratamiento médico de esterilidad o infertilidad.**

13. Cirugía o tratamiento médico de estrabismo, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
14. Cirugía o tratamiento médico para control de la natalidad.
15. Tratamiento de alcoholismo o toxicomanía.
16. Tratamiento de calvicie u obesidad.
17. 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.
18. Tratamiento dental, maxilar, alveolar o gingival, que sea necesario a consecuencia de una Enfermedad.
19. Tratamiento médico de Amigdalitis o Adenoiditis.
20. Tratamiento médico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), a excepción de lo indicado en la sección II.2 punto 5.
21. Tratamiento médico no quirúrgico para corregir defectos de refracción.
22. Tratamientos realizados por Quiroprácticos o Acupunturistas, a excepción de aquellos casos en que dicho tratamiento haya sido prescrito por el médico tratante para Padecimientos cubiertos por la Póliza.
23. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
24. Tratamiento o cirugía experimental.
25. Aborto, Embarazo, Legrado Obstétrico causado por tratamientos anticonceptivos, Partos Anormales, Partos Normales, Cesáreas, Partos Prematuros y Maternidad. Salvo lo estipulado en la sección II.2 punto 4 de estas condiciones generales.
26. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud conocidos como "CHECK-UPS".
27. Adquisición, compra o renta de aparatos auditivos, lentes de contacto o anteojos, compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y alerones ortopédicos.
28. Envenenamiento de cualquier naturaleza, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
29. Inhalaciones de gas de cualquier clase, salvo que haya sido ocasionado por Accidente.
30. Intento de suicidio o lesiones autoinfligidas.
31. Epidemias declaradas oficialmente por las autoridades de Salud.
32. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.

Sección V. Cláusulas Generales

1. Objeto del contrato

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

2. Contrato

Los documentos que a continuación se mencionan constituyen prueba del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y Seguros Atlas: la Solicitud de Seguro, la Póliza, la Carátula de Póliza, los Certificados Individuales, Condiciones Generales, Catálogo de Honorarios Médicos o Quirúrgicos, Cuadro de Especificaciones, el Registro de Asegurados, los Recibos de Pago y en su caso Endosos anexos, Cuestionarios médicos, Condiciones Especiales y Lista de Asegurados con Padecimientos Excluidos.

3. Vigencia

El periodo de validez del contrato inicia y termina en la fecha y hora indicadas en la carátula de la Póliza.

4. Territorialidad

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

Para la cobertura de Gastos Médicos Catastróficos en el Extranjero se amparan los gastos médicos realizados en el Extranjero.

5. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, deberán efectuarse en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha del pago.

6. Régimen fiscal

El régimen fiscal de la Póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúen los pagos derivados de este contrato.

7. Notificaciones

Todas las comunicaciones y notificaciones que el Contratante necesite hacer a Seguros Atlas, deberá efectuarlos por escrito a su domicilio indicado en la carátula de la Póliza o en sus oficinas de representación en el interior de la República Mexicana. Los agentes no están autorizados para recibirlos a nombre de Seguros Atlas, excepto que ésta se lo indique al Contratante. Los requerimientos, avisos y notificaciones de Seguros Atlas para el Contratante se harán en el último domicilio del Contratante que sea conocido por Seguros Atlas.

8. Rectificación de la póliza

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.

9. Modificaciones

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

10. Comisiones

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

11. Agravación del riesgo

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

De conformidad con lo establecido en el artículo 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuando por causa de agravación esencial del riesgo la empresa aseguradora rescinda el contrato, la responsabilidad de Seguros Atlas terminará quince días naturales después de la fecha en que comunique su resolución al Contratante, la notificación será a través de los mismos medios bajo los cuales fue contratado el seguro.

12. Otros seguros

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

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

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

13. Edad

Para efectos de esta Póliza se considerará como edad el número de años cumplidos a la Fecha de Alta indicada para cada Asegurado en el Certificado Individual.

- a) La edad máxima de aceptación es de 69 años.

Los límites de edad indicados aplican salvo que se especifique algo en contrario en la Póliza.

Requisitos de asegurabilidad

Para poder ser asegurado en la Póliza el asegurado deberá cumplir lo siguiente:

- a) Cumplir con los límites de edad de aceptación.
- b) Para personas entre 65 y 69 años deberán comprobar que estuvieron asegurados la vigencia inmediata anterior en la Póliza del Contratante.
- c) En cada aniversario de la Póliza el Asegurado que supere los 69 años de edad solo podrá ser asegurado siempre y cuando compruebe ser empleado activo del contratante o mantenga el vínculo que dio origen a incluirlo en la Colectividad Asegurada.
- d) La aseguradora podrá solicitar cuestionarios médicos para asegurados mayores de 69 años o cuando se requiera por las características de riesgo de la colectividad.

Seguros Atlas se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la edad declarada por los Asegurados. Una vez efectuada la comprobación, Seguros Atlas realizará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

Cuando la comprobación de la edad indique que la edad real del(los) Asegurado(s) se encuentra fuera de los límites de admisión establecidos por Seguros Atlas, el Contrato o Certificado correspondiente quedará rescindido automáticamente y la obligación de la compañía será devolver la Prima neta no devengada pagada correspondiente.

Si la edad de los Asegurados está comprendida dentro de los límites de admisión establecidos anteriormente y a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se estuviera pagando una prima menor o mayor de la que correspondería por la edad real, Seguros Atlas cobrará o devolverá la diferencia entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Las Primas posteriores se ajustarán de acuerdo con la edad real.

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

14. Certificados individuales

Seguros Atlas expedirá y entregará al Contratante, los Certificados Individuales de cada uno de los integrantes de la colectividad Asegurada los cuales contendrán la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono, domicilio de Seguros Atlas,
- b) Firma del funcionario autorizado de Seguros Atlas,
- c) Operación de seguro, número de la Póliza y del Certificado Individual,
- d) Nombre del Contratante,
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado,
- f) Fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado,
- g) Suma asegurada o regla para determinarla en cada beneficio,
- h) Nombre de los beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable de la designación y
- i) Transcripción de artículos de esta Póliza.

15. Contribución de los asegurados

En su carácter de asegurados, estos podrán contribuir al pago de la Prima por conducto del Contratante, quien realizara el entero de la misma a la compañía. En caso de que existan devoluciones o reembolsos de Prima a favor del Contratante, el Asegurado tiene derecho a la proporción con la que éste contribuyó para el pago de la misma; la devolución o reembolso se realizará de conformidad con lo establecido en la cláusula de “Obligaciones adicionales del contratante”.

16. Primas y obligaciones de pago

16.1 Obligaciones de pago

La Prima Total convenida deberá ser pagada en su totalidad por el Contratante.

16.2 Prima

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato, la obligación del Contratante y/o Asegurados corresponderá al total del periodo de cobertura.

La forma de pago es en una sola exhibición correspondiente al plazo del seguro contratado. Salvo convenio en contrario, la Prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración, y en este caso se aplicará la tasa de financiamiento que fije Seguros Atlas al momento de la celebración del contrato.

16.3 Recibo de pago

Para que se efectúe el pago de la Prima, Seguros Atlas emitirá un Recibo para los casos en que ésta deba pagarse en una sola exhibición.

En caso de optar por cubrir la Prima pactada en parcialidades, Seguros Atlas emitirá el número de recibos correspondientes.

Cada Recibo deberá ser pagado a la fecha de inicio de vigencia indicada en el mismo.

16.4 Periodo de gracia

El Contratante cuenta con un periodo de gracia que podrá convenirse entre el Contratante y Seguros Atlas para liquidar la Prima o la fracción correspondiente que se indica en el Recibo. Si no hubiese sido pagado dicho Recibo dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el periodo de gracia, se aplicará un plazo de 30 días naturales siguientes a la fecha de inicio de vigencia del recibo.

16.5 Medio de pago

Los Recibos deberán ser pagados por el Contratante a través del uso de los distintos medios de pago que al efecto autorice Seguros Atlas, y a falta de convenio expreso, en las oficinas de Seguros Atlas.

Cuando Seguros Atlas y el Contratante pacten el pago de prima a través de los siguientes mecanismos:

- i. Transferencia electrónica, el estado de cuenta o recibo donde aparezca el folio o número de confirmación de dicha transacción hará prueba del pago.

17. Asegurados y movimientos

17.1 Registro de asegurados

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, Seguros Atlas formará un Registro de Asegurados de este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla.

- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo.
- d) Operación y plan de seguros de que se trate.
- e) Número de Certificado Individual.
- f) Coberturas contratadas.

A solicitud del Contratante, Seguros Atlas deberá entregar copia de este registro.

17.2 Alta de asegurados en la Póliza

Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato, y que hayan dado su consentimiento para ser aseguradas dentro de los 30 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 y cumplan con los requisitos establecidos por la compañía.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su autorización después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, Seguros Atlas, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos adicionales para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando Seguros Atlas exija requisitos adicionales para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 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.

17.3 Baja de asegurados en la Póliza

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, Seguros Atlas 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 a través del Contratante quien realizó el entero de la misma.

Para efectos de este inciso, se entenderá por prima neta, la prima de tarifa previa disminución del costo de adquisición.

Causarán baja de la Póliza todos los miembros de la Familia Asegurada cuyo Asegurado Titular fallezca o deje de pertenecer a la Colectividad asegurada. La baja será efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del titular o su separación de la Colectividad asegurada.

Asimismo, causará baja de la cobertura de la Póliza, cualquier asegurado que fallezca o que siendo miembro de la Familia Asegurada deje de ser Dependiente Económico del Asegurado Titular.

17.4 Reporte de movimientos

El Contratante reportará por escrito los movimientos de Altas o Bajas de Asegurados dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran.

En caso de que Seguros Atlas realice indebidamente indemnizaciones, a causa de omisión o negligencia en el Reporte de Movimientos por parte del Contratante, éste último se obliga a reintegrar dicho pago a Seguros Atlas.

17.5 Ajuste de movimientos de asegurados o cambios de cobertura

En caso de Alta o de Baja de Asegurados; de aumento o disminución de beneficios; Seguros Atlas cobrará o devolverá al Contratante, según sea el caso, una Prima calculada en días exactos desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo de seguro a quienes la hayan aportado en la proporción correspondiente.

18. Derecho de conversión a una póliza individual

El Asegurado que se separe definitivamente de la Colectividad Asegurada, previa solicitud tendrá derecho a que le sea expedida solo por un año una Póliza anual de Gastos Médicos Mayores Individual, hasta por la misma Suma Asegurada y mediante el pago de la Prima correspondiente sin que para ello requiera pruebas de asegurabilidad.

Para ejercer este derecho, la persona separada de la Colectividad asegurada deberá presentar su solicitud por escrito a Seguros Atlas dentro de los 30 días siguientes a la fecha de separación de la Colectividad asegurada y siempre que la edad del Asegurado se encuentre comprendida dentro de los límites de edad de aceptación de Seguros Atlas.

La Póliza de Gastos Médicos Mayores Individual que sea expedida no cubre el pago de Gastos Médicos complementarios de los Siniestros ocurridos en la Póliza colectiva.

19. Obligaciones adicionales del contratante

También serán obligaciones del Contratante:

- a) Solicitar la cobertura de este seguro para todas las personas que al momento de la expedición de la Póliza cumplan con las características para formar parte de la colectividad asegurada y con los requisitos establecidos por la compañía.

- b) Comunicar a Seguros Atlas en un plazo máximo de 30 días los movimientos de Asegurados: Bajas a partir de la separación definitiva del Asegurado de la Colectividad y nuevos ingresos a partir de que cumplan con la Elegibilidad.
- c) Informar a Seguros Atlas cualquier cambio que opere en la situación de los asegurados y que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas.
- d) Recibir los Certificados Individuales y entregarlos a los asegurados, así como hacer de su conocimiento las condiciones y endosos de la Póliza.
- e) Entregar a Seguros Atlas, la información necesaria para la elaboración del Registro de Asegurados.
- f) En caso de que el Asegurado contribuya al pago de la Prima, el Contratante tiene la obligación de:
 - i. Recabar las contribuciones de todos los asegurados y pagarlas a Seguros Atlas.
 - ii. Recibir por parte de Seguros Atlas y entregar a los asegurados los reembolsos de a la que tuviere derecho.

20. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o Asegurados están obligados a declarar por escrito a Seguros Atlas, de acuerdo con la solicitud o cuestionarios, todos los hechos y datos requeridos para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

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

Seguros Atlas comunicará en forma auténtica al contratante y/o al asegurado y/o beneficiarios, la rescisión del contrato y/o certificados correspondientes, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que Seguros Atlas conozca la omisión o inexacta declaración.

21. Terminación anticipada del contrato

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del Contrato, presentando una solicitud por escrito en las oficinas de Seguros Atlas o por el medio por el que hubiera contratado el seguro.

Para efectos de lo anterior el Contratante deberá adjuntar a la solicitud una identificación oficial vigente del mismo que formule la solicitud, posterior a ello, Seguros Atlas le proporcionará un acuse de recibo, clave de confirmación o número de folio.

Seguros Atlas confirmará la fecha de terminación del contrato al Contratante, a través de los mismos medios bajo los cuales se realizó la solicitud, a su vez devolverá al Contratante la parte no devengada

del resultado de restar a la prima neta pagada el costo de adquisición y el monto de siniestros ocurridos procedentes conocidos hasta la fecha de terminación del contrato, en caso del que el cálculo antes citado sea negativo se entenderá que el importe a devolver es igual a cero. Para la determinación de la prima neta pagada antes citada no se considerarán los derechos de Póliza, recargos por pago fraccionado e impuestos en el caso de existir.

Si posterior a la fecha de terminación del Contrato, se reporta un siniestro precedente ocurrido dentro del periodo de vigencia de la Póliza terminada, se realizará nuevamente el cálculo indicado en el párrafo anterior y el Contratante deberá devolver la diferencia entre cálculo inmediato anterior y el nuevo cálculo para proceder al pago del siniestro reportado.

Para efectos de esta cláusula la parte no devengada será; la diferencia entre la fecha de terminación del contrato y la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado, dividido entre el número de días transcurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia del primer recibo pagado hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

La devolución al Contratante se realizará en un plazo no mayor a 30 días hábiles posteriores a la fecha de terminación del Contrato, siempre y cuando no exista(n) siniestro(s) abierto(s) en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada

En todo caso, Seguros Atlas no podrá negarse o retrasar el trámite de la cancelación del contrato sin que exista una causa justificada.

22. Cambio de contratante

Para el caso de los Seguros cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, Seguros Atlas podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las 12 horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En caso de rescindir el contrato, Seguros Atlas devolverá a quienes hayan aportado la Prima, de manera proporcional, la Prima Neta no devengada de los recibos pagados 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” y de conformidad con lo establecido en la cláusula de “Obligaciones adicionales del contratante” de estas condiciones generales.

23. Rehabilitación

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

La rehabilitación del seguro contratado podrá efectuarse presentando la información actualizada en la contratación de la Póliza, sin que esto implique la aceptación de la rehabilitación. Una vez que Seguros Atlas acepte el riesgo rehabilitará la Póliza y/o Endoso(s), y fijará la Prima que corresponda.

24. Renovación

El Contratante para renovar la Póliza, tendrá que solicitarlo por escrito a Seguros Atlas, con al menos diez días naturales de anticipación al fin de vigencia del contrato, mediante el uso del formato correspondiente, que le sean proporcionados por Seguros Atlas, quien podrá aceptar o no la renovación de la misma.

Cada renovación será por un periodo de vigencia hasta por un año, sin requisitos de asegurabilidad para los integrantes de la Colectividad que estuvieron asegurados en la vigencia inmediata anterior, siempre y cuando los términos y condiciones en las que fue contratada la Póliza se mantengan sin modificaciones y que reúnan los requisitos de las presentes Condiciones Generales en la fecha de vencimiento del Contrato.

A partir de cualquier renovación, no quedaran cubiertos los integrantes cuyas edades estén fuera de los límites de admisión establecidas en estas Condiciones Generales.

En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa vigentes obtenidas como resultado de calcular y actualizar los procedimientos técnicos y parámetros de la prima conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

25. Aviso

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

Salvo disposición en contrario de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, gozarán de un plazo máximo de 5 días para dar aviso por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto como desaparezca el impedimento.

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

26. Procedimientos para pago de siniestros

En caso de siniestro se deberá presentar toda la documentación necesaria a Seguros Atlas para que se realice el pago de los Gastos Médicos Cubiertos por la Póliza, dicha documentación se establece en el documento “Que hacer en caso de siniestro”.

Las formas para el pago de siniestros son los siguientes:

26.1 Pago Directo

Bajo este procedimiento de pago de siniestros Seguros Atlas liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto a los proveedores de la red médica.

26.2 Reembolso

Bajo este procedimiento de pago de siniestros el Asegurado liquida de forma directa los gastos de la atención médica de un Padecimiento cubierto al prestador de Servicios Médicos que este haya elegido.

Únicamente se reembolsará el impuesto del valor agregado (IVA) del monto de siniestro procedente, si la factura presentada para el trámite de siniestros es a nombre de Seguros Atlas. Cualquier otro tipo de impuesto, no será reembolsado.

26.3 Programación de cirugías

Bajo este procedimiento de pago de siniestros el Asegurado y su médico programan una cirugía de un padecimiento cubierto dentro del periodo de cobertura de la Póliza, se le dará un anticipo del 60% de los gastos presupuestados que estén cubiertos.

El asegurado cuenta con un plazo de treinta días naturales, a partir de la fecha en que recibió el anticipo, para presentar la comprobación de los gastos efectuados. En caso contrario, Seguros Atlas cobrará un interés equivalente a la tasa de interés de Certificados de la Tesorería (CETES) a 28 días publicado por el Banco de México (BANXICO), que haya estado vigente durante el lapso comprendido entre los días en que otorgó el anticipo y en el que comprobó los gastos, más 4 puntos porcentuales sobre dicha tasa.

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

En caso de que realice el trámite de su siniestro como programación de cirugía no será aplicable el beneficio de pago directo.

26.4 Segunda Valoración Médica

Cuando exista duda por parte de Seguros Atlas referente al padecimiento, tratamiento y/o procedimiento por el cual se esté tramitando una reclamación, la compañía solicitará al asegurado se someta a una segunda valoración médica con un médico especialista en la materia que Seguros Atlas designe, con la finalidad de verificar la procedencia de la reclamación.

La segunda valoración médica no tiene costo para el asegurado.

27. Pruebas y comprobación del siniestro

27.1 Pruebas

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

27.2 Comprobación

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

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

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

Si en cualquiera de las obligaciones que tiene el Contratante, Asegurado o Beneficiario con respecto al Contrato, cometiera una omisión o negligencia, y a causa de este hecho Seguros Atlas realiza un pago incorrecto o improcedente, el Contratante estará obligado a reintegrar dicho pago a la Compañía.

27.3 Siniestros en periodo de gracia

Si dentro del periodo de gracia ocurriera un siniestro procedente de acuerdo con las condiciones de la Póliza, Seguros Atlas pagara el monto correspondiente deduciendo la parte de la Prima vencida que no ha sido pagada.

28. Compensación de primas contra siniestros

Seguros Atlas tendrá el derecho de compensar la prima que se adeude, con la indemnización debida al Beneficiario de acuerdo con el Artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

29. Suma asegurada aplicable al siniestro

En caso de que ocurra un siniestro y la suma asegurada haya sido contratada en una unidad diferente a la Moneda Nacional, la Suma Asegurada aplicable al Siniestro se determinará por la cantidad fija equivalente en pesos de acuerdo con la unidad de referencia que se haya contratado y que haya estado vigente cuando fue erogado el primer gasto del Siniestro. Aun cuando su importe sea inferior al Deducible.

Una vez determinada dicha Suma Asegurada, permanecerá constante hasta que se extinga cualquier derecho relativo al Siniestro.

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

La unidad de referencia que se haya contratado se especificara en la carátula de la Póliza.

30. Gastos en moneda extranjera

En caso de que los gastos médicos se hayan efectuado en moneda extranjera, la indemnización que proceda conforme a las condiciones de la Póliza, se efectuará en Moneda Nacional al "Tipo de cambio para solventar obligaciones en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana" que haya publicado el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación vigente al día en que se efectúe la indemnización por parte de Seguros Atlas.

31. Aplicación de deducible, coaseguro y suma asegurada

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

31.1 En caso de Accidente

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

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

Cuando la atención médica sea brindada después de 90 días de ocurrido el Accidente, dicho evento será considerado como Enfermedad.

31.2 En caso de Enfermedad

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

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

31.2.1 Padecimientos o Procedimientos amparados con suma asegurada distinta a la de la Póliza

Para estos casos se sumarán todos los Gastos Médicos Cubiertos sin ajustar cada concepto a los límites establecidos en el contrato y se aplicarán los incisos b), c) y d) del apartado 31.2 anterior.

31.2.2 Deducible por familia

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

31.2.3 Tope de coaseguro

El Tope de Coaseguro no se aplicará a los Coaseguros indicados en los Endosos y coberturas que se adhieran a estas Condiciones Generales.

De igual forma, no se impondrá Tope de Coaseguro para los gastos, Padecimientos y procedimientos quirúrgicos que indiquen un Coaseguro determinado.

31.2.4 Beneficio de Pago Directo

Si el Asegurado recibe atención médica de forma conjunta con Médicos y Hospitales en convenio con Seguros Atlas, se reducirá el Deducible y Coaseguro contratado con máximo 1 UMAM y 10 puntos porcentuales respectivamente.

Queda a cargo del Asegurado los gastos no amparados por la Póliza.

El beneficio de pago directo solo aplica si se elige la forma de pago de siniestro “pago directo”.

31.2.5 Catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos

El catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos que se utilizara para determinar el monto de siniestro procedente, será el que se encuentre vigente al momento de la reclamación.

El catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos aplicable a gastos médicos efectuados en territorio nacional lo podrá consultar en la página web de Seguros Atlas www.segurosatlas.com.mx. En el caso de los honorarios médicos y quirúrgicos aplicables en el extranjero, se le proporcionará la información completa al momento de tramitar su siniestro.

32. Plazo para el pago de indemnizaciones

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

33. Interés moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario, según corresponda, una indemnización por mora de acuerdo con lo señalado en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho pago será exigible a partir de que se determine la procedencia.

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

“ARTÍCULO 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

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

- I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido

por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

34. Periodo de beneficio

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

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

35. Relaciones del asegurado con los prestadores de servicios médicos y hospitalarios

Debido a que el asegurado elige libremente a los Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios, la atención que proporcionen conformará una relación contractual con el Asegurado ajena a Seguros Atlas.

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

36. Pago de gastos médicos complementarios

Una vez que Seguros Atlas acepte la renovación de la Póliza, se continuaran pagando los gastos complementarios de los siniestros ocurridos en la vigencia inmediata anterior hasta el remanente de la Suma Asegurada asignada al siniestro.

37. Preexistencias

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

- a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, o que se compruebe mediante el resumen del historial clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Cuando Seguros Atlas cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen del historial clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de padecimientos, Seguros Atlas como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al asegurado que se hubiera sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

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

38. Arbitraje médico

Cuando Seguros Atlas determine como improcedente la reclamación de los Gastos Médicos por un Padecimiento considerado preexistente, de conformidad con la cláusula de "Preexistencia" de estas Condiciones Generales, y a elección del Contratante y/o Asegurado, se podrá resolver esta controversia mediante un Arbitraje Médico independiente.

Para tal efecto, el Contratante y/o Asegurado comunicará por escrito a Seguros Atlas su decisión de someterse al Arbitraje Médico.

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

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

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

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

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

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

39. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en 2 años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del Artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que Seguros Atlas haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del Siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

En términos del Artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y el Artículo 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del Siniestro producirá la interrupción de la Prescripción, mientras que la suspensión de la Prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el Artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

40. Competencia

En caso de controversia, el contratante, el asegurado y/o el beneficiario, podrá acudir a la Unidad Especializada que se encuentra ubicada en Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120 Delegación Cuajimalpa, Ciudad de México, con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas así como nuestra atención telefónica al (55) 9177-5220 o al 800-849-3916 y correo electrónico rlabastida@segurosatlas.com.mx en donde, en su caso, se atenderá la consulta o reclamación planteada.

Para orientación o presentar alguna queja ante la CONDUSEF podrá dirigirse a: Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Delegación Benito Juárez o consulte <http://www.condusef.gob.mx/gbm/?p=mapa-delegaciones>; para ubicar la oficina más cercana a su domicilio o comunicándose al teléfono (55) 5340-0999 o al 1800-999-8080 y correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx; de no conciliarse los intereses o someterse las partes al arbitraje de la misma, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante la autoridad judicial competente. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Sección VI. Condiciones de Endosos adicionales para Gastos Médicos Mayores

De especificarse como contratado en la Póliza, y haberse obligado el Contratante a efectuar el pago de la prima respectiva, en los casos en los que proceda, la Póliza a la cual se agrega el mismo, se extiende a cubrir lo establecido en dicho endoso.

Salvo por lo expresamente señalado en el endoso, serán aplicables, los términos y condiciones establecidos en las condiciones generales y demás endosos contratados; en caso de controversia prevalecerá lo establecido en dicho Endoso.

Solo podrán modificarse mediante acuerdo entre las partes mediante un endoso especial en el que se especifiquen las condiciones pactadas, el cual deberá estar firmado por un funcionario de Seguros Atlas.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso para reconocimiento de antigüedad

Mediante este endoso el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza se hace constar que la misma cuenta con reconocimiento de antigüedad.

Seguros Atlas reconoce el tiempo que cada Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gastos Médicos Mayores previamente a la contratación de esta Póliza en alguna institución de seguros autorizada para operar en México.

El reconocimiento de antigüedad opera de acuerdo a lo siguiente:

- El beneficio de reconocimiento de antigüedad es únicamente para la reducción de periodos de espera.
- En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en Seguros Atlas, sólo se considerará el periodo acumulado en esta compañía.
- Para poder otorgar este beneficio, es necesario que lo solicite en los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de alta del Asegurado.
- La fecha de antigüedad en Seguros Atlas, la antigüedad nacional y la antigüedad en el extranjero se asignarán por cada Asegurado previa comprobación.

El reconocimiento de antigüedad no equivale a cubrir padecimientos preexistentes.

Se excluyen los gastos erogados antes de cumplir con los periodos de espera estipulados en el contrato.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso de parto

Mediante el presente endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que la misma cuenta con la cobertura de Parto, en caso de que sea realizado dentro de la vigencia de la Póliza, la cobertura operará de acuerdo con lo siguiente:

1. La territorialidad del presente endoso se establece de acuerdo al plan contratado.
2. La suma asegurada máxima otorgada por asegurada es de 20 UMAM por evento, en caso de parto múltiple se le otorgara un 50% adicional de la suma asegurada.
3. Estarán cubiertas la asegurada titular o cónyuge y las hijas solteras aseguradas en la Póliza.
4. En la presente cobertura no se aplicará deducible ni coaseguro.

Los gastos cubiertos bajo este endoso son los siguientes:

- Honorarios del cirujano.
- Anestesiólogo.
- Hospital.
- El costo de uso de cuna normal con máximo de 3 días.
- Atención de pediatra al recién nacido al momento del parto.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a las que se adhiere este endoso, se excluyen:

1. **Gastos derivados de maternidad subrogada y cualquier complicación derivada para la madre subrogante.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso de cesárea

Mediante el presente endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que la misma cuenta con la cobertura de Cesárea, en caso de que sea realizado dentro de la vigencia de la Póliza, la cobertura operará de acuerdo con lo siguiente:

1. La territorialidad del presente endoso se establece de acuerdo al plan contratado.
2. La suma asegurada máxima otorgada por asegurada es de 20 UMAM por evento, en caso de parto múltiple se le otorgara un 50% adicional de la suma asegurada.
3. Estarán cubiertas la asegurada titular o cónyuge y las hijas solteras aseguradas en la Póliza.
4. En la presente cobertura no se aplicará deducible ni coaseguro.

Los gastos cubiertos bajo este endoso son los siguientes:

- Honorarios del cirujano.
- Anestesiólogo.
- Ayudante.
- Hospital.
- El costo de uso de cuna normal con máximo de 3 días.
- Atención de pediatra al recién nacido al momento del nacimiento.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a las que se adhiere este endoso, se excluyen:

1. **Complicaciones, consecuencias y secuelas derivadas de dicha intervención quirúrgica.**
2. **Gastos médicos de maternidad subrogada y cualquier complicación derivada para la madre subrogante.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso de padecimientos preexistentes

Mediante este endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que se elimina la exclusión de preexistencia.

Quedan cubiertos los gastos erogados derivados de padecimientos preexistentes después de transcurrido el periodo de espera indicado en la póliza para este endoso.

Para efectos de esta cobertura, salvo pacto expreso en contrario, no será aplicable el Endoso de reconocimiento de antigüedad.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a las que se adhiere este endoso, se excluyen:

Gastos erogados antes de cumplir con el periodo de espera indicado en la póliza para este endoso.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Cobertura de gastos médicos catastróficos en el extranjero

1. Descripción de la cobertura

Si el Asegurado se ve precisado a someterse a un tratamiento médico o quirúrgico o a realizarse algún procedimiento quirúrgico en el extranjero, Seguros Atlas pagara de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Suma asegurada de 1'000,000.00 USD.
- Deducible y coaseguro, se aplican los contratados en la cobertura básica de gastos médicos y no aplica la condición que pudiera tener contratada la póliza referente a reducción de deducible y/o coaseguro así como bonificaciones por pago directo.
- Tope de coaseguro, No aplica.
- Catálogo de honorarios quirúrgicos y médicos, independientemente del contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de honorarios médicos se sujetará al límite superior del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range).

Para efectos de esta cobertura se cubren los gastos médicos de:

Tratamientos médicos o quirúrgicos para tratar:

- a) **Cáncer.** Se cubren los gastos médicos de cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia.

No estará cubierto cualquier tipo de cáncer no invasivo in-situ, ni el cáncer de piel, excepto el melanoma maligno invasivo (a partir del Nivel Clark III).

- b) **Politraumatismo.** Se cubre los gastos médicos del tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor y las rehabilitaciones.

- c) **Quemaduras graves.** Se cubre los gastos médicos derivados del tratamiento de quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos 20% de la superficie del cuerpo.

- d) **Sepsis severa.** Se cubre los gastos médicos de sepsis severa, si el asegurado es hospitalizado y requiere terapia en una en una unidad de cuidados intensivos y presenta al menos cuatro de los siguientes fenómenos:

1. Cultivo de sangre positivo.
2. Temperatura rectal mayor que 38.5 grados.
3. Anemia.
4. Leucocitosis (>12,000.00) o leucopenia (< 4.000.00).
5. Trombocitopenia < 150,000.00.
6. Trastornos en la coagulación.
7. Acidosis metabólica.

- e) **Insuficiencia renal crónica.** Se cubren los gastos médicos de diálisis.

Procedimientos quirúrgicos:

- a) **Neurocirugía.** Si se el asegurado es hospitalizado y se le diagnóstica apoplejía cerebral, se cubren los gastos médicos de la neurocirugía.

Con la cobertura de este procedimiento se cubren también enfermedades cerebrovasculares y las neoplasias.

- b) **Cirugía cardiaca.** Se cubren los gastos médicos de cirugía y angioplastia de enfermedades de las arterias coronarias, si dos o más arterias coronarias son estrechas o tienen una obstrucción en más del 70% y previamente presentaron síntomas de angina de pecho.

Se cubre la cirugía con “by-pass” y angioplastía mediante la utilización de un catéter.

- c) **Trasplante de órganos.** Se cubren únicamente los gastos médicos de trasplantes de órganos, cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles, o sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida, y que sean realizados por médicos e instituciones registradas y legalmente habilitadas por las autoridades competentes.

Se cubre el trasplante de uno o alguna combinación de los siguientes órganos, siempre que sea médicamente necesario: corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, algunos trasplantes de médula ósea, los cuales se indican más adelante.

Trasplantes de médula ósea cubiertos:

Trasplante autólogo de médula ósea para tratar:

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

Trasplante alogénico de médula ósea para tratar:

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

Los Trasplantes de médula ósea con fines experimentales no están cubiertos.

2. Periodo de espera

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

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

3. Exclusiones de la cobertura de gastos médicos catastróficos en el extranjero

En adición a las mencionadas en las exclusiones generales, se excluye todo gasto, tratamiento médico o procedimiento quirúrgico o padecimiento derivado de:

1. Gastos médicos del Asegurado después de transcurridos 90 días de estancia continúa en el extranjero.

2. Tratamientos médicos y/o procedimientos quirúrgicos en territorio nacional.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso de sistema autoadministrado

Seguros Atlas previa solicitud del Contratante emite el presente endoso, el cual se indicará en la carátula de la Póliza.

Salvo por lo expresamente aquí señalado, se aplicarán las condiciones generales del seguro, por lo que en caso de controversia prevalecerá lo establecido en el presente endoso.

Para que pueda otorgarse este endoso deberá cumplirse:

- a) Se solicite el seguro para el 100% del personal elegible.
- b) La Póliza cubra al menos 100 asegurados, al inicio de vigencia de la Póliza.
- c) Lo asegurados no contribuyan al pago de la prima.

La Prima a cobrar o devolver correspondiente a los movimientos de alta o baja de Asegurados realizados durante la vigencia de la Póliza se efectuará al finalizar la vigencia de la misma.

Salvo en los casos donde el importe de Prima del endoso por movimiento de alta o baja de Asegurados sea igual o mayor al 10% de la Prima Neta inicial establecida en la carátula de la Póliza, Seguros Atlas cobrará o devolverá la Prima correspondiente a dicho endoso en la fecha en que ocurra.

Ajuste final de primas.

La suma de la Prima de todos los asegurados dados de alta menos la suma de la Prima de los asegurados que causaron baja, será el monto a cobrar o devolver al Contratante. Para efectos del cálculo del ajuste final de prima no se considerarán los endosos descritos en el párrafo anterior.

El cálculo de la prima de las altas y bajas se realizará de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de "Asegurados y movimientos".

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2017 con el número CNSF-S0023-0316-2017/CONDUSEF-001649-07.

Endoso para Med Asistencia

Mediante este Endoso, se hace constar que la Póliza cuenta con los siguientes servicios asistenciales.

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

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

1.1 Traslado Médico terrestre local.

Si el Asegurado a causa de Enfermedad o Accidente, que le provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que lo atienda, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará, el traslado del Asegurado al centro Hospitalario más cercano, si fuera necesario por razones médicas se realizará el traslado, bajo la supervisión médica, por los medios más adecuados, incluyéndose sin limitación, ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o estándar al centro Hospitalario más cercano y apropiado de acuerdo a las heridas o lesiones que el Asegurado presente.

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

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

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

1.2 Traslado Médico de emergencia para tratamientos Médicos inexistentes en la ciudad de residencia permanente del Asegurado.

Cuando el Asegurado sufra un Accidente o Enfermedad y cuyo tratamiento no exista en ningún centro hospitalario de su ciudad de residencia permanente, a criterio del equipo médico del proveedor de servicios, en conjunción con el médico tratante, se gestionará su traslado en ambulancia terrestre, línea aérea comercial o en ambulancia aérea a la ciudad más cercana, con un límite máximo de \$10,000 U.S.D. por evento dentro de la República Mexicana y Estados Unidos de América.

1.3 Segunda opinión médica a nivel mundial.

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

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

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

1.3.1 Confirmación, corrección y/o reconfirmación del diagnóstico.

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

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

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

- Envío de muestras de tejidos para estudios anatomo-patológicos, comparativos de diagnóstico, investigación y re-diagnóstico al exterior.
- Concertación de citas personales en cualquier centro Médico internacional ante cualquier requerimiento del Asegurado o de su Médico de cabecera.
- Solicitudes de cama en el exterior ante eventuales derivaciones.
- Pre-admisión para trasplantes y/o cirugía o consultas en el exterior.
- Envío de información sobre nuevas pautas terapéuticas de determinadas enfermedades.
- Alternativas terapéuticas de determinadas patologías complejas
- Búsqueda y envío de medicamentos no comercializados en México.

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

1.4. Informaciones previas a un viaje.

El proveedor de servicios proporcionará, a solicitud del Asegurado la siguiente información:

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

2. Servicios de asistencia en toda la República Mexicana.

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

2.1 Orientación médica telefónica.

A petición del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios le asistirá orientándole telefónicamente, las 24 horas de todos los días del año, sobre problemas menores o dudas con relación a:

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

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

- a) La visita de un Médico General a domicilio, en cuyo caso el Asegurado pagará los primeros \$300.00 Pesos M.N. por la visita.
- b) Una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario, en cuyo caso el Asegurado pagará los primeros \$300 pesos M.N. cuando sea una consulta con un médico general y los primeros \$400.00 Pesos M.N cuando sea una consulta con un médico especialista.
- c) El envío de una ambulancia, con las condiciones mencionadas en la sección 1.1 anterior.

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

2.2 Referencia de servicios de enfermería general a domicilio.

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

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

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

2.3 Asistencia Psicológica

2.3.1 Orientación psicológica telefónica

A solicitud del Asegurado el Proveedor gestionará la Orientación Telefónica, sobre cómo afrontar problemas o trastornos generados por:

1. Padecimiento de enfermedades terminales del propio Asegurado o de alguno de sus padres, cónyuge, hijos o hermanos.
2. Pérdida por el fallecimiento de alguno de los padres, cónyuge, hijos o hermanos del Asegurado.
3. Ayuda para identificar o detectar síntomas sobre desórdenes alimenticios, cuyo desenlace pudiesen provocar enfermedades tales como anorexia, bulimia, compulsión por ingesta de alimentos, etc.
4. Apoyo familiar de pareja o individual.
5. Referencias sobre qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

Este beneficio se proporcionará, sin límite de llamadas. El Proveedor no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por los médicos especialistas, por omisiones del Asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.3.2 Referencias Psicológicas

A solicitud del Beneficiario, se le proporcionará referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente, para tratamientos de mediano y largo plazo, relacionados con cualquiera de los aspectos mencionados en el numeral "2.3.1". Sin límite de eventos.

La referencia mencionada, incluye concertación de cita con un Psicólogo y/o la referencias de Medico de la Red del Proveedor existente, con un costo preferencial de \$300 Pesos M.N la consulta más procedimientos.

2.4 Asistencia Nutricional

2.4.1 Orientación Nutricional Telefónica

A solicitud del Asegurado, el Proveedor gestionará la Orientación Telefónica, sobre los siguientes aspectos:

1. Ideas de cómo calcular el peso ideal.
2. Indicaciones para obtener el cálculo de masa corporal.
3. Dietas sencillas para toda la familia y estilos de vida.
4. Rutinas de ejercicio, cuánto, cuándo y cómo hacerlo y bajo qué situaciones se requiere la supervisión de un médico.
5. Desórdenes alimenticios no críticos.
6. Referencias de qué tipo de especialistas se deberán consultar, para cualquiera de los aspectos anteriormente mencionados.

El Proveedor no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por los médicos especialistas, por omisiones del Asegurado o si éste no sigue las instrucciones de manera precisa.

2.4.2 Referencias Nutricionales

A solicitud del Asegurado, se le proporcionará referencias del tipo de especialistas que se deberán consultar recurrentemente para tratamientos de mediano y largo plazo, para el análisis y diagnóstico de la situación ajena a una buena nutrición del propio Asegurado o por desórdenes alimenticios.

La referencia mencionada, incluye concertación de cita y/o la referencia de Médico Especialista de la Red del Proveedor existente, con un costo preferencial de \$300 pesos la consulta más procedimientos.

3. Servicios de asistencia en viaje.

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

3.1 Traslado Médico.

En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que atienda al Asegurado, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

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

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

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

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

3.2 Gastos de hotel por convalecencia.

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

3.3 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

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

3.4 Traslado a domicilio.

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

3.5 Traslado a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el proveedor de servicios, realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

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

3.6 Regreso anticipado al domicilio.

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

3.7 Localización y reenvío de equipajes y efectos personales.

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

3.8 Transmisión de mensajes urgentes.

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

3.9 Asistencia administrativa.

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

3.10 Referencia de abogados.

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

El costo de dicho abogado será pagado por el Asegurado directamente a quien preste el servicio según las tarifas vigentes de éstos, en el momento que el prestador del servicio así se lo solicite al Asegurado. Los costos ocasionados por fianzas, cauciones y/o multas de cualquier clase, también

serán por cuenta del Asegurado. **Seguros Atlas y el proveedor de servicios no serán responsables ante el Asegurado respecto a los servicios prestados por dicho abogado.**

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

3.11 Asistencia jurídica a consecuencia de asalto.

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

3.12 Referencia médica.

Cuando un Asegurado necesite Asistencia Médica, el equipo Médico del proveedor de servicios, aconsejará al Asegurado sobre cuáles son las medidas que en cada caso se deban tomar.

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

- a) Por una visita personal de un Médico, o
- b) Concertando una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario que será pagado por el Asegurado.

4. Servicios de asistencia en el extranjero.

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

4.1 Gastos Médicos y de Hospitalización.

En caso de que un Asegurado sufra un Accidente o repentina Enfermedad durante un viaje y durante el período de vigencia de este contrato, el proveedor de servicios gestionará, los servicios Médicos necesarios hasta el límite máximo de \$10,000.00 U.S.D. por año.

El médico tratante, gestionará la Asistencia Médica necesaria para mitigar el Padecimiento, misma que consistirá en el tratamiento paliativo, inicial y urgente del Padecimiento en el lugar donde se encuentre el Asegurado, hasta la llegada a un centro hospitalario para continuar el tratamiento del Padecimiento, en caso de que la

asistencia en el lugar donde se encuentre el Asegurado no sea suficiente para estabilizarlo y superar el Padecimiento, la asistencia se realizara hasta que el médico Tratante y el Equipo Médico del proveedor de servicios determinen que el asegurado se encuentra estable.

Se incluye cualquier acción médica necesaria, hasta el límite máximo por año para mitigar la Emergencia Médica siempre y cuando se encuentre en peligro eminente la vida del Asegurado y estas acciones sean necesarias para estabilizarlo.

Cualquier tipo de Gasto adicional, o tratamiento médico que no sea destinado a mitigar la Emergencia Médica a consideración del Médico tratante y el Equipo Médico del proveedor, corren a cargo del Asegurado.

Quedan excluidos costos de ortesis, prótesis, lentes de contacto, aparatos auditivos, dentaduras, cirugía plástica, revisiones de salud periódicas "check up" o rutinarias, Gastos Médicos y de Hospitalización realizados fuera del país de residencia cuando hayan sido prescritos antes de comenzar el viaje u ocurridos después del retorno del Asegurado, o que no sean destinados a la mitigación de un Padecimiento, así como los Gastos Médicos posteriores a que el Asegurado fue estabilizado.

4.2 Gastos dentales.

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

La Asistencia por urgencia dental, está limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dental, con la finalidad de que el Asegurado pueda continuar con el Viaje. Se excluye de forma enunciativa más no limitativa, cualquier tratamiento odontológico de largo plazo, implantes, dentaduras, o prótesis.

La Asistencia no cubre ningún tratamiento odontológico de largo plazo, ni los medicamentos que se le prescriban al Asegurado.

4.3 Envío de medicamentos, no existentes en un país.

Si durante un viaje y a consecuencia de un Accidente o Enfermedad del Asegurado, el equipo Médico del proveedor de servicios de acuerdo con el Médico tratante determinan la necesidad de utilizar un medicamento no existente localmente, el proveedor de servicios gestionará, el envío de una cantidad suficiente del medicamento al lugar donde se encuentre el Asegurado.

Se establece un límite máximo de \$500.00 U.S.D. anuales (por Asegurado) para los gastos de gestión a cargo del proveedor de servicios, los excedentes correrán a cargo del Asegurado.

4.4 Traslado Médico.

En caso de que un Asegurado sufra una Enfermedad o Accidente tales que el equipo Médico del proveedor de servicios, en contacto con el Médico que atienda al Asegurado, recomienden su Hospitalización, el proveedor de servicios gestionará:

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

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

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

En cada caso, el Equipo Médico del proveedor en coordinación con el médico tratante decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

La decisión final del traslado será tomada por el representante o familiar facultado legalmente para ello, quien, conociendo los riesgos de dicho traslado, deberá dar su autorización de forma expresa y eximirá de cualquier tipo de responsabilidad a Seguros Atlas y el proveedor de servicios, derivada por cualquier detrimento a la salud del Asegurado a consecuencia del traslado Médico.

Este servicio está limitado a un máximo de 3 (tres) eventos por año y Póliza o 3 (tres) eventos por año y certificado.

4.5 Gastos de hotel por convalecencia.

El proveedor de servicios gestionará, los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel elegido por el Asegurado, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el Médico local y el equipo Médico del proveedor de servicios. Este servicio está limitado a \$200.00 U.S.D. por día, con un máximo de 10 (diez) noches naturales consecutivas por año.

Este servicio solamente será aplicable cuando el Asegurado haya perdido los arreglos de hospedaje que haya contratado de manera inicial, y deba prolongar su estancia por indicación médica a consecuencia haber estado hospitalizado.

4.6 Boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje.

En caso de Hospitalización del Asegurado por causa de Accidente o Enfermedad y de que su Hospitalización se prevea de una duración superior a 10 (diez) días naturales, el proveedor de servicios gestionará, y pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado un boleto ida y vuelta (clase económica) con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a fin de acudir a su lado, además el proveedor de servicios gestionará, el hospedaje de la persona designada, hasta un máximo de \$300.00 U.S.D. por día, durante 10 (diez) días naturales consecutivos por año.

El hotel seleccionado deberá encontrarse en la localidad en donde se encuentre el Asegurado el recibir el alta y prescripción médica.

La persona que se designe deberá ser mayor de edad de conformidad con la regulación del lugar de destino, contar con la documentación que le sea requerida para realizar el viaje conforme lo indique la regulación aplicable, y ser competente legalmente para tomar decisiones en relación con la salud del Asegurado.

Este servicio incluye únicamente la emisión del boleto, cualquier gasto o servicio adicional, como podría ser y sin limitar, equipaje documentado, cambio de clase, alimentación o transportación hacia o desde el aeropuerto, no están incluidos.

4.7 Repatriación a domicilio.

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

En cada caso, el Equipo Médico del proveedor en coordinación con el médico tratante decidirá cuándo es el momento más apropiado para el traslado y determinará las fechas y los medios más adecuados para el traslado.

La decisión final del traslado será tomada por el representante o familiar facultado legalmente para ello, quien, conociendo los riesgos de dicho traslado, deberá dar su autorización de forma expresa y eximirá de cualquier tipo de responsabilidad a Seguros Atlas y el proveedor de servicios, derivada por cualquier detrimento a la salud del Asegurado a consecuencia del traslado Médico.

4.8 Repatriación a domicilio en caso de fallecimiento / entierro local.

En caso de fallecimiento del Asegurado el proveedor de servicios gestionará, las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal) y se hará cargo de:

- a) La repatriación del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad de residencia permanente del Asegurado; o,

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

4.9 Regreso anticipado al domicilio.

El proveedor de servicios gestionará, los gastos suplementarios para el regreso anticipado del Asegurado, por avión de línea regular (Clase económica), en caso de fallecimiento de cualquiera de los padres, hijos, hermanos, cónyuge, concubina o concubinario, en la ciudad de residencia permanente, **siempre que el Asegurado no pueda utilizar su boleto original para el regreso.**

4.10 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.

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

Para que este Servicio de Asistencia sea aplicable, el referido equipaje debe haber sido documentado por el Asegurado conforme a los lineamientos emitidos por la aerolínea y contar con el comprobante correspondiente.

Este beneficio no será aplicable para localización de equipaje de mano o de cualquier otro tipo de equipaje que el Asegurado no haya documentado, para el cual el Asegurado haya adquirido un boleto de viaje, ni para el equipaje que haya extraviado con anterioridad a su documentación o posterior al arribo en el lugar de destino.

En consecuencia, es requisito indispensable para hacer válido este beneficio, que el Asegurado comparta al prestador de servicio el recibo o comprobante, expedido por la compañía de transporte, que avale que el equipaje haya sido debidamente documentado por el Asegurado con anterioridad a su extravío. Este Servicio de Asistencia será únicamente aplicable cuando se requiera la asistencia con un aviso máximo de 24 horas después de llegada al destino. El auxilio de localización será realizado por un periodo máximo de 15 (quince) días a partir de la notificación al prestador de servicios.

Este beneficio solamente podrá aplicarse cuando exista una notificación previa por parte del Asegurado a la compañía de transporte. El Asegurado deberá proporcionar la documentación e información necesaria que le sea solicitada al momento de requerir este servicio.

4.11 Transmisión de mensajes.

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

4.12 Asistencia administrativa.

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

4.13 Referencia de abogados.

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

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

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

4.14 Transferencia de fondos para la defensa legal.

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

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

Previamente al desembolso de cualquier transferencia de pagos por el proveedor de servicio, el Asegurado o su representante deberán depositar la cantidad equivalente en cualquier oficina o representación de proveedor de servicio.

4.15 Referencia médica.

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

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

- a) Por una visita personal de un Médico, o

- b) Concertando una cita con un Médico, o en un centro Hospitalario que será pagado por el Asegurado.
- c) Referirlo a un centro hospitalario

El costo generado por alguno de los incisos correrá a cargo del Asegurado.

Seguros Atlas y el proveedor no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas.

4.16 Transferencia de fondos para Gastos Médicos.

En caso de Accidente o Enfermedad el proveedor de servicios transferirá fondos al Asegurado, para el pago de Gastos Médicos, desde \$300.00 U.S.D. y hasta por un máximo de \$5,000.00 U.S.D. por evento.

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

4.17 Prescripción de medicamentos olvidados

Si durante un viaje, el Asegurado llegara a requerir de un medicamento que haya olvidado, extraviado o se termine durante su viaje y éste haya sido prescrito previo a su salida, el Equipo Médico del proveedor gestionará, a través de una consulta médica, la expedición de una receta para poder adquirir dicho medicamento, o su sustituto, que esté disponible en el país donde se encuentre el Asegurado. El costo del medicamento será cubierto por el Asegurado.

Límites: Peso Máximo = 5.0 Kilogramos

Volumen Máximo = 0.5 Metros cúbicos

Costo: costo del Artículo + impuestos + costo del envío + 10% del costo del Artículo.

5. Obligaciones del Asegurado.

A) Solicitud de asistencia.

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

Desde la Ciudad de México o por cobrar desde cualquier parte del mundo

(55) 5254 7086

Desde el interior de la República Mexicana

8007160843

En donde deberá facilitar los datos siguientes:

- a) Indicará el lugar donde se encuentra y número de teléfono donde el proveedor de servicios podrá contactar con el Asegurado o su representante.

- b) Su nombre y su número de Póliza Individual y/o Certificado de Gastos Médicos Mayores Colectivo de Seguros Atlas.
- c) Describirá el problema o dolencia que le aqueje y el tipo de ayuda que precise.

En caso de que el servicio no sea coordinado de manera inicial y directa por el proveedor de servicios no será cubierto.

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

B) Traslado Médico o repatriación.

En los casos de traslado Médico y a fin de facilitar una mejor intervención del proveedor de servicios, el Asegurado o su representante deberán facilitar:

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

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

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

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

C) Normas generales.

a) Mitigación.

El Asegurado está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

b) Cooperación con el proveedor de servicios.

El Asegurado deberá cooperar con el proveedor de servicios para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando al proveedor de servicios los

documentos necesarios, ayudar al proveedor de servicios y con cargo a este, a cumplimentar las formalidades necesarias.

c) Prescripción de las reclamaciones.

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 2 años posteriores a la fecha en la que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

d) Subrogación.

El proveedor de servicios quedará subrogado, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Asegurado, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que hayan dado lugar a la gestión de los servicios de asistencia.

6. Exclusiones

Para efectos de este endoso aplican las siguientes exclusiones:

- a) Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizados por los asegurados en contra de la prescripción de algún Médico o durante viajes de duración superior a 90 días naturales, no dan derecho a los servicios de asistencia.
- b) Las situaciones de asistencia ocurridas fuera del período de vigencia de la Póliza y/o Certificado.
- c) Los asegurados no tendrán derecho a ser reembolsados por el proveedor de servicios.
- d) Los Gastos Médicos, Hospitalarios y farmacéuticos dentro de la República Mexicana.
- e) Cualquier tipo de gasto Médico, farmacéutico u Hospitalario inferior a \$50.00 U.S.D., realizado fuera de la República Mexicana.
- f) Los servicios de asistencia que el Asegurado haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
- g) El proveedor de servicios se verá imposibilitado de brindar el servicio de Segunda Opinión Médica cuando no sea remitida, por parte del Asegurado, la documentación completa requerida por el equipo Médico del proveedor de servicios.
- h) Cuando el diagnóstico inicial informado, no justifique médicamente la obtención de una Segunda Opinión Médica.
- i) El proveedor de servicios no se hace responsable por el caso de pérdida del material, enviado por el paciente.
- j) El proveedor de servicios no se hace responsable en los casos en que por imposibilidad técnica u otros imponderables debidamente acreditados no se llegue a concretar la obtención de una respuesta.
- k) El proveedor de servicios no se hace responsable por el contenido de las respuestas elaboradas por los expertos Médicos contactados.
- l) También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa de:
 - i. Huelgas, Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, asonada, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - ii. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
 - iii. Los servicios de asistencia cuando fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas, impidan proporcionar dichos servicios.
 - iv. Autolesiones o participación del Asegurado en actos criminales.
 - v. La participación del Asegurado en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
 - vi. Los causados por mala fe del Asegurado.

- vii. La práctica de deportes como profesional, la participación en competencias oficiales y en exhibiciones.
- viii. La participación del Asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, de coches y en cualquier clase de carreras y exhibiciones, así como en pruebas de velocidad, seguridad, resistencia y/o pericia.
- ix. Enfermedades, Accidentes o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica o por ingestión de bebidas alcohólicas.
- x. Para los servicios de asistencia en viajes, cualquier Enfermedad preexistente, crónica o recurrente y la convalecencia se considerará como parte de la Enfermedad, así como cualquier Enfermedad, padecida, diagnosticada o conocida por el Asegurado, antes de iniciado el viaje.
- xi. Embarazos en los últimos tres meses antes de la “Fecha probable de parto”, así como este último y los exámenes prenatales no dan derecho a los servicios de ambulancia de ningún tipo.
- xii. Enfermedades mentales o alienación y estados depresivos. Salvo estados depresivos para lo estipulado en el numeral 2.3 de este endoso.
- xiii. Exámenes de la vista, con el fin de conseguir o corregir una graduación, así como procedimientos quirúrgicos como queratotomías radiales u otro tipo de cirugías con el fin de modificar errores refractarios.
- xiv. Suicidio o Enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- xv. La muerte o lesiones originadas, directa de actos realizados por el Asegurado con dolo o mala fe.
- xvi. Lesiones o Padecimientos menores, tales que no ameriten traslado en ambulancia, como pueden ser: Gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, mencionadas de manera ilustrativa, más no limitativa.
- xvii. Si por cualquier circunstancia el Asegurado se encontrara en calidad de detenido por cualquier autoridad.
- xviii. Si los horarios de los aeropuertos y/o condiciones físicas o meteorológicas no permiten efectuar la operación segura de transporte.
- xix. El Asegurado no tenga identificación.
- xx. La falta de la autorización expresa para el traslado del Asegurado por parte del Médico tratante, que certifique su estabilidad clínica.
- xxi. Rescate o aquellas situaciones en las que el Asegurado se encuentre bajo circunstancias que obstaculicen o impidan el acceso a él o que pongan en peligro la vida de las personas que pudiesen proporcionarle los servicios de asistencia, por encontrarse en lugares o zonas remotos, inaccesibles, de muy difícil y peligroso acceso, o muy lejanos a una población o vía donde pueda circular con seguridad y adecuadamente una ambulancia, una grúa, así como cualquier lugar o terreno cuya morfología o circunstancias exijan el concurso de especialistas en rescate de cualquier tipo. A continuación se expresan de forma enunciativa más no limitativa, algunos ejemplos; Bosques, selvas, caminos, desiertos, montañas, mares, lagos, presas, ríos, playas, sitios alejados de carreteras y poblaciones, así como barrancos, cuevas, laderas,

picos y cimas de cerros, montañas, sierras y demás Accidentes del terreno o lugar.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de junio de 2022, con el número BADI-S0023-0011-2022/CONDUSEF-G-00998-006.

Endoso para cobertura en el extranjero

Mediante este endoso, se hace constar que la Póliza tiene la cobertura de gastos médicos en el extranjero.

Quedan cubiertos los gastos médicos que efectúe en el extranjero un Asegurado que radique permanentemente en México.

Son aplicables las condiciones generales, especiales y endosos de la Póliza. La Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro contratados serán únicos, independientemente de donde se reciba la atención médica.

No se aplicará ninguna reducción de deducible o coaseguro, tanto en reembolso, cirugía programada o pago directo.

En atención en el extranjero no aplica tope de coaseguro.

Independientemente del catálogo de honorarios quirúrgicos y médicos contratado para gastos en territorio nacional, los gastos en el extranjero se sujetarán al límite inferior del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range).

La fecha de antigüedad en el extranjero para cada asegurado será la reconocida por Seguros Atlas para esta cobertura y será independiente de la fecha de antigüedad reconocida para la cobertura nacional.

No procederá el siniestro cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia continua mayor de 90 días en el extranjero.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de noviembre de 2016 con el número BADI-S0023-0094-2016/CONDUSEF-G-00514-002.

Endoso para cobertura de emergencia en el extranjero

Esta cobertura ampara los Gastos Médicos que sean derivados del tratamiento médico y/o quirúrgico de una emergencia médica que requiera el Asegurado mientras se encuentre viajando fuera de la República Mexicana, siempre y cuando la emergencia médica ocurra dentro de los primeros noventa días naturales continuos de viaje.

La Suma Asegurada para esta cobertura es de 100,000 U.S.D. por padecimiento cubierto, con deducible de 100 U.S.D. y sin coaseguro.

Para efectos del presente endoso se cubren los siguientes Gastos Médicos:

- Gastos hospitalarios con cuarto semiprivado, los demás gastos hospitalarios se cubren de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza.
- Honorarios médicos de cirujanos, anestesiólogo y ayudantes.
- Servicios de diagnóstico necesarios durante su estancia hospitalaria.
- Servicios de ambulancia terrestre desde el lugar del evento hacia el hospital.
- Costo de prótesis, necesarios para el tratamiento quirúrgico de la emergencia.

La emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación crítica del estado agudo del padecimiento, manteniendo sus signos vitales dentro de los parámetros normales y el paciente es egresado del hospital o del servicio de urgencias, para continuar su tratamiento fuera de éste.

Se considerarán terminados los beneficios de esta cobertura cuando concluye la emergencia médica o cuando se agote la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

Independientemente del catálogo de honorarios quirúrgicos y médicos contratado para gastos en territorio nacional, en el extranjero el pago de honorarios médicos se sujetará al rango menor del catálogo Physicians' Fee & Coding Guide (Fee Range). Al momento en que el asegurado tramite su siniestro se le proporcionará toda la información necesaria para efectuar el pago del mismo, incluido el costo de los honorarios médicos que se indica en el catálogo Physicians' Fee & Coding Guide que se encuentre vigente al momento de la reclamación.

Cuando el trámite de los Gastos Médicos sea a través de Pago Directo, no se elimina el pago del Deducible y solo se aceptará esta forma de pago para siniestros cuyo monto ascienda a los 3,000 U.S.D. Los siniestros menores a dicho monto deberán tramitarse vía reembolso.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a la que este endoso se adhiere las siguientes:

- 1. Complicaciones del Embarazo.**
- 2. Parto y Cesárea.**
- 3. Gastos del recién nacido.**
- 4. Cualquier atención al recién nacido prematuro.**
- 5. Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- 6. Estudios de cualquier tipo, medicamentos e intervenciones programadas, después de atendida la emergencia médica.**
- 7. Emergencias médicas que inicien después de transcurridos 90 días de estancia continua en el extranjero.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de febrero de 2020 con el número BADI-S0023-0013-2020/CONDUSEF-G-00515-003.

Endoso de gastos funerarios

Mediante este endoso, se hace constar que la Póliza tiene la cobertura de gastos funerarios.

En caso de ocurrir el fallecimiento de cualquier Asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto dentro de la vigencia de la Póliza, Seguros Atlas reembolsará los gastos funerarios al Asegurado Titular y en su ausencia a quien demuestre haberlos efectuado, hasta por la suma asegurada contratada e indicada en la caratula de la póliza.

Se cubrirán los gastos funerarios del Asegurado siempre y cuando haya estado asegurado en esta Póliza al ocurrir el fallecimiento.

Los gastos funerarios cubiertos son los que se describen a continuación:

- a) Pago de trámites de índole administrativo para la obtención de documentos, permisos y pago de derechos, necesarios para la realización del servicio mortuario.
- b) Recolección del cuerpo del lugar de fallecimiento y traslado al sitio de velación.
- c) Embalsamado
- d) Servicio de tanatoestética
- e) Ataúd.
- f) Uso de sala de velación.
- g) Materiales necesarios para velación en domicilio particular
- h) Traslado del cuerpo en carroza fúnebre del sitio de velación, al lugar de inhumación o cremación
- i) Derechos de uso de fosa en panteón civil o municipal
- j) Pullman de acompañamiento del sitio de velación al lugar de inhumación.
- k) Pago de excavación, construcción e internación en gaveta o nicho.
- l) Costo de cremación.
- m) Urna

Adicionalmente de lo establecido en el documento que hacer en caso de siniestro para hacer efectiva la cobertura deberá presentar a Seguros Atlas el acta de defunción y las facturas correspondientes, las cuales deberán ser expedidas a nombre de la persona que realizó los gastos.

Seguros Atlas se reserva el derecho a solicitar documentación adicional de conformidad con el artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguro.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de enero de 2017 con el número BADI-S0023-0006-2017/CONDUSEF-G-00516-002.

Endoso para cobertura en franja fronteriza

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

Esta cobertura se sujetará a las siguientes condiciones:

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 7 de marzo de 2013 con el número BADI-S0023-0022-2013/CONDUSEF-G-00517-002.

Endoso por continuación familiar

Mediante el presente endoso, el cual se adhiere y forma parte de esta Póliza, se hace constar que la misma cuenta con la cobertura de continuación familiar.

Si dentro de la vigencia de esta Póliza y como consecuencia de un padecimiento cubierto, el Asegurado Titular fallece o es dictaminado en estado de invalidez total y permanente por un médico especialista en Medicina del Trabajo, Seguros Atlas cubrirá a:

- Los Dependientes Económicos que se encuentren asegurados en esta Póliza al momento de ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular.
- El Asegurado Titular y los Dependientes Económicos que se encuentren asegurados en esta Póliza al momento que se dictamine la invalidez total y permanente del Asegurado Titular.

Eximiéndolo(s) del pago de prima correspondiente y manteniendo vigente la póliza o el certificado durante el periodo de cobertura que inicia desde la ocurrencia del fallecimiento o del dictamen de invalidez total y permanente hasta finalizar la vigencia en curso y hasta por los siguientes 4 años del aniversario de esta Póliza.

Cuando exista una póliza o un asegurado que se encuentre haciendo uso del beneficio de este endoso, la responsabilidad de Seguros Atlas terminará cuando:

- Transcurra el periodo de cobertura establecido en el presente Endoso.
- Fallezca o alcance el límite máximo de edad de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales o no cumpla con la elegibilidad establecida en la Póliza que le dio derecho a ser beneficiado por esa cobertura.

Limitaciones

- Este endoso no será aplicable para asegurados titulares mayores de 64 años.

Definición de invalidez total y permanente

Para efectos de esta Póliza, se entenderá que el Asegurado se invalida de manera total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad se ve imposibilitado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos o aptitudes.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez total y permanente: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de este endoso se entiende por pérdida de una mano a la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y por pérdida de un pie, a la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Requisitos para avalar el estado de invalidez total y permanente.

•El Asegurado deberá presentar a Seguros Atlas el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una Institución de Seguridad Social o médico con cédula profesional certificado y especialista en Medicina del Trabajo, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez total y permanente. Dichos documentos serán evaluados por Seguros Atlas, en caso de que no proceda el reclamo, el rechazo será emitido por un médico especialista en la materia, certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo.

•No procederá la reclamación si el Asegurado cuenta con la capacidad económica para solventar los tratamientos médicos existentes para corregir el padecimiento causante del estado de invalidez total y permanente, siempre que la evolución de la Enfermedad le permita someterse al tratamiento.

•Seguros Atlas, a su costa, podrá pedir, cuando lo estime necesario, en no más de una ocasión por año, solicitar se constate que continúa el estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

Exclusiones:

En adición a las exclusiones de la póliza a las que se adhiere este endoso, se excluyen:

- 1. Fallecimiento o invalidez total y permanente, por un padecimiento no cubierto por esta Póliza.**
- 2. No se considerará invalidez total y permanente, cuando el estado de invalidez total y permanente sea consecuencia de:**
 - **Enfermedades psiquiátricas con o sin manifestaciones psicósomáticas.**
 - **Radiaciones atómicas.**
 - **Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento, o drogas, excepto las prescritas por un médico.**
 - **Lesiones que sufra el Asegurado por negligencia grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de junio de 2017 con el número BADI-S0023-0042-2017/CONDUSEF-G-00519-002.

Endoso de regionalización

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

Si el asegurado se atiende en hospitales de la Ciudad de México o su zona conurbada, participará con 7 puntos porcentuales adicionales al coaseguro que le corresponda conforme a las condiciones de la póliza, los cuales no serán computables para el Tope de Coaseguro en caso de haberlo contratado.

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

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 9 de enero de 2012 con el número BADI-S0023-0002-2012/CONDUSEF-G-00518-002.

Endoso de Recuperación Activa Atlas

1. Definiciones

Atención Médica. Los gastos de hospitalización o clínicas, tratamientos, honorarios médicos y medicamentos que incurra el asegurado para atender la discapacidad.

CHECK-UPS. Exámenes Médicos generales para comprobación del estado de salud.

COFEPRIS. Comisión Federal para la protección contra riesgos sanitarios.

Discapacidad. Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación en una persona, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Física. Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Mental. Alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Sensorial. Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Envejecimiento. Proceso dinámico, continuo e irreversible, que ocasiona la acumulación de una gran variedad de daños o desgaste moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales de una persona, aumentando el riesgo de la enfermedad y dependencia. (OMS)

FDA “U.S. Food and Drug Administration”. Agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos.

Órtesis. Es un apoyo o dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Se pueden clasificar en base a su función en: estabilizadoras, funcionales, correctoras y protectoras.

Programas de rehabilitación. Plan encaminado al desarrollo o ejecución de un conjunto de procedimientos de atención médica tendientes a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria o para optimizar las capacidades tendientes y funciones de las personas con discapacidad.

Prótesis. Extensión artificial que reemplaza o sustituye la función de una parte del cuerpo que no existe bien por amputación o agenesia.

Terapias rehabilitadoras. Procesos para que personas alcancen y mantenga un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica.

Servicios médicos adicionales. Aquellos necesarios que se requieren para la atención de la discapacidad provocada por enfermedades o accidentes cubiertos, mismos que sean tendientes a evitar en lo posible complicaciones, detener la evolución o daño físico, incluyendo la adaptación de prótesis y ayudas funcionales que se requieran de acuerdo con la justificación médica.

2. Descripción Cobertura

Beneficio adicional para el pago y/o reembolso de gastos cubiertos derivados de la atención médica por una discapacidad derivada de un accidente o enfermedad ocurrido dentro de la vigencia del presente beneficio.

Este **beneficio adicional** es una extensión de la cobertura básica, que cubre las necesidades médicas de las secuelas generadas por accidentes y enfermedades cubiertas y que a consecuencia de éstos se generó en el asegurado una discapacidad o limitación física, mental, intelectual y sensorial, que le impone barreras para interactuar con el entorno social, así como en lo posible, una inclusión en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás.

Este beneficio cubre al Asegurado, si sufre algunas de las discapacidades mencionadas en el capítulo de definiciones y que esté relacionada o cuyo origen sea como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la cobertura básica.

Siempre que este beneficio aparezca como contratado en la carátula de la póliza, la Aseguradora pagará al Asegurado, los gastos médicos que sean estrictamente necesarios para atender la discapacidad relacionada con el accidente o enfermedad cubierto hasta por el monto de la suma asegurada contratada de programas de rehabilitación, terapias rehabilitadoras y servicios médicos adicionales. Se pagará el beneficio por el tiempo que dura su condición, la cobertura esté en vigor o hasta la edad de 70 años, lo que ocurra primero.

La compra, sustitución o reposición de órtesis, sillas de ruedas, aparatos auditivos, muletas, andaderas y bastones, estará sujeta a la previa autorización de la aseguradora y únicamente será cubierta con la prescripción médica del especialista en la discapacidad de que se trate.

Cada año el Asegurado dispondrá de la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para la atención de la discapacidad. Cualquier cantidad que reembolse y/o pague la Aseguradora se le aplicará el coaseguro estipulado en la carátula, sin tope, y se sujetara a las condiciones generales de la póliza. Este coaseguro adicional e independiente al estipulado en la cobertura básica.

En caso de que así lo requiera la Aseguradora, los gastos médicos materia del presente beneficio, podrán estar sujetos en cuanto a su procedencia, por una segunda opinión médica, la cual correrá a cargo de la Aseguradora y será emitida por un especialista de la discapacidad de que se trate.

Edad máxima de aceptación de esta cobertura: 64 años.

No aplica para este beneficio la condición que puede tener contratada en la póliza referente la reducción de coaseguro, así como bonificaciones por Pago Directo.

Las penalizaciones por acudir a hospitales de un nivel hospitalario más alto al contratado en la cobertura básica, no se aplicarán para este beneficio.

EXCLUSIONES PARA BENEFICIO ADICIONAL

Este beneficio adicional no cubre las discapacidades que se generen por los accidentes o enfermedades no cubiertas por la cobertura básica a al cual se adhiere este beneficio de acuerdo con lo siguiente:

- **Cualquier discapacidad derivada de una enfermedad o accidente ocurrido fuera de la vigencia de este beneficio.**
- **Gastos médicos originados por envejecimiento, edad avanzada o discapacidades generadas por factores externos no relacionados con accidentes o enfermedades cubiertas por la cobertura básica.**
- **Tratamientos no prescritos por un médico especialista en la discapacidad de que se trate.**
- **Gastos médicos y tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, de enfermedades mentales ocasionadas por factores externos, no relacionados con accidentes o enfermedades cubiertas por la cobertura básica.**
- **Los gastos médicos derivados por: programas de rehabilitación o terapias rehabilitadoras o servicios médicos adicionales, que no son necesarios médicamente para la atención de la discapacidad que sufre el asegurado y no le ayudan a interactuar con el entorno social, así como su inclusión en la sociedad.**
- **Traslados de ambulancia terrestre, salvo que sea para asegurado que tenga una condición de cuadripléjico, o para aquella persona que tenga una discapacidad que lo inhabilita a moverse por sí mismo, y por lo tanto sea dependiente de un tercero.**
- **Traslados en Ambulancia aérea.**

- **Tratamientos no médicos como: hipnotismo, quelaciones y/o magnetoterapia, naturistas o vegetarianos.**
- **“Checks up”, curas de reposo o descanso**
- **Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico, medicamento experimental o en investigación que no esté aprobado por COFEPRIS y la FDA.**

RECLAMOS DE GASTOS MÉDICOS

A fin de que Seguros Atlas pueda autorizar el reembolso de los gastos, el asegurado-discapacitado o su representante legal, deberán acreditar el estado de Discapacidad, para lo que será necesario presentar lo siguiente:

- Historia Clínica o Resumen Clínico.
- Certificado médico de discapacidad relacionada con el accidente o enfermedad cubiertos, que justifique o sustente la necesidad de cubrir los servicios médicos.
- Informe médico con la justificación del gasto o terapia a cubrir, relacionado con el padecimiento o discapacidad cubierta. Así como se deberá indicar duración del tratamiento y número de sesiones.
- Informe de Accidente o Enfermedad, en formato de la Aseguradora.
- Facturas con los requisitos fiscales respectivos, relacionadas con los gastos o de servicios médicos requeridos para la atención de la discapacidad.
- Resultados de los estudios de diagnóstico y laboratorio, según sea el caso.
- Recetas médicas con el requerimiento de los medicamentos los cuales deberán estar aprobados por COFEPRIS Y FDA.
- En caso de enfermeras, terapias o programas de rehabilitación se deberán presentar las bitácoras de servicio con nombre del asegurado, número de póliza, nombre del proveedor, cédula y registro respectivo, número de sesiones totales, fecha y firma del asegurado y proveedor.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 22 de noviembre de 2019, con el número BADI-S0023-0057-2019/CONDUSEF-G-01176-001.

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

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

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

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

- I. Los Dividendos que, en su caso se otorguen, se calcularán considerando la Experiencia Propia del Grupo o Colectividad, o la Experiencia Global de la Aseguradora de que se trate, lo que se justificará en la nota técnica respectiva al momento del registro del producto de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo. Se entenderá por:
 - a) Experiencia Propia, cuando la prima del Grupo o Colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad del mismo o bien de las pólizas de Seguro de Grupo o del Seguro Colectivo que pertenezcan al mismo grupo empresarial. Para el caso de los seguros de vida, el número de Integrantes del Grupo o Colectividad no podrá ser inferior a mil al inicio de la vigencia del contrato. Para el caso de los seguros de accidentes y enfermedades, el número mínimo de Integrantes del Grupo o Colectividad deberá permitir la aplicación de procedimientos actuariales, de tal manera que las hipótesis adoptadas en el cálculo de la prima tengan un grado razonable de confiabilidad. Sólo se podrán integrar Grupos o Colectividades constituidos, cuando pertenezcan al mismo grupo empresarial y, en conjunto, cumplan con lo previsto en la fracción V del artículo 2 de este Reglamento, y
 - b) Experiencia Global, cuando la prima del Grupo o Colectividad no esté determinada con base en su Experiencia Propia;
- II. El otorgamiento de Dividendos deberá estar convenido expresamente en la póliza al momento de su contratación;
- III. Los Dividendos sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los Dividendos, se determinará con base en el procedimiento que la Aseguradora establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión. En el caso de Experiencia Global, los Dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de la Aseguradora de que se trate. Para efectos del cálculo de Dividendos a otorgarse en los Seguros de Grupo, podrá considerarse hasta el monto de la prima correspondiente a la suma asegurada máxima que se establezca para otorgarse sin requisitos médicos, excluyendo del cálculo de Dividendos todas aquellas primas pagadas por el excedente a dicha suma. En este caso, deberá mantenerse el principio establecido

en la fracción IV de este artículo, en lo relativo a la prima pagada respecto de la suma asegurada que sirva de base para el cálculo de los Dividendos;

- IV. Cuando los asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado;
- V. La determinación de los Dividendos a pagar se realizará conforme a lo siguiente:
 - a. En caso de Experiencia Propia, al finalizar la vigencia de la póliza;
 - b. En caso de Experiencia Global, al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente, y REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
 - c. En el caso de pólizas multianuales, los Dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

El cálculo de los Dividendos a pagar se realizará en las fechas señaladas en los incisos anteriores, con independencia de las fechas en las que se realice el cálculo de los Dividendos para la constitución de reservas técnicas correspondientes;

- VI. Sólo podrán pagarse Dividendos calculados conforme a lo establecido en las fracciones I a V anteriores;
- VII. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos;
- VIII. En las pólizas multianuales, el pago de Dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza, y
- IX. Cualquier acuerdo referente a la compensación de siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza contra Dividendos pagados, deberá establecerse en la documentación contractual.

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:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- 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:

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

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

- b) Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- c) En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- d) Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- e) En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- f) Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 25.- Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba esta póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza o de sus modificaciones.

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

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

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

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Artículo 48.- La empresa aseguradora comunicará en forma auténtica al asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

Le recordamos los datos de contacto de nuestra Unidad Especializada y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) para consultas o reclamaciones relacionadas con este seguro:

Unidad Especializada

Ubicación: Paseo de los Tamarindos 60 Planta Baja, Col. Bosques de las Lomas C.P. 05120
Delegación Cuajimalpa, Ciudad de México

Teléfono: (55) 9177-5220 o al 800-849-3916

Correo electrónico: rlabastida@segurosatlas.com.mx

Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas

CONDUSEF

Ubicación: Av. Insurgentes Sur 762, Planta Baja, Col. Del Valle, C.P. 0310, Ciudad de México

Teléfono: (55) 5340-0999 y 800-999-8080

Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Horario de atención: consulte la información relativa a los horarios de atención de la oficina más cercana en <http://www.condusef.gob.mx/gbmx/?p=mapa-delegaciones>.

Puede consultar en la página de internet de Seguros Atlas www.segurosatlas.com.mx para conocer otros servicios de Med Asistencia, como:

- Referencia de laboratorios clínicos.
- Referencia a gabinetes Médicos de imagen.
- Descuento y referencia dental.
- Paciente plus.
- Referencia de ópticas.

DERECHOS

COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

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

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

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

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

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

Para que conozcas las condiciones generales de

nuestros seguros ponemos a tu disposición nuestro sitio web:

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

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

EN CASO DE QUE OCURRA EL SINIESTRO TIENES DERECHO A:

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

- Al pago de una indemnización por mora de conformidad a lo establecido al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, si Seguros Atlas no cumpliera con sus obligaciones asumidas en el Contrato de Seguro, al hacerse exigibles legalmente.
- Acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, para solicitar la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a arbitraje.

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

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015 con el número RESP-S0023-0530-2015/CONDUSEF-G-00698-002.